

Medicare A y B *Al Día*



Boletín para proveedores de MAC JN

Octubre 2014



En esta edición

Se añade programa de bienestar cardíaco.....	5
Disponibles pautas oficiales de ICD-10.....	7
Actualizaciones de EFT en PECOS.....	8
Tarifas de PPS de los centros psiquiátricos.....	13
Revisión previa al pago.....	22
Nuevas pruebas con dispensa	26

Entusiasmo por las herramientas Web pone al centro de cirugía a la vanguardia

Si usted fuera a hablar con Allison Wakeland sobre las [herramientas de autoservicio en la Web](#) de First Coast Service Options, ella suena como una presentadora de la red de compras desde el hogar (home shopping network). Ella habla abiertamente sobre los beneficios de cada herramienta Web con tanto entusiasmo, que usted quiere buscar su tarjeta Visa® y comprar uno inmediatamente.

Afortunadamente, para los proveedores del cuidado de la salud que le dan servicios a los beneficiarios de Medicare, estas herramientas son gratis. Y NeuroSpinal Associates, un grupo de médicos en Bradenton, FL y el RiverWalk Surgical Center afiliado, comparten el entusiasmo de Wakeland al utilizarlas.

Wakeland conduce los esfuerzos de facturación de Medicare para el grupo de cirujanos e interviene para ayudar a presentar las reclamaciones del centro cuando es necesario. Al asegurarse de que las reclamaciones sean presentadas de manera puntual y correcta, Wakeland se ha convertido en un súper usuario de las [herramientas Web de First Coast](#).

Ella marca sus páginas más utilizadas y cita el uso de negocio para cada una de las 15 herramientas disponibles en el sitio. “Yo estoy en las páginas de las herramientas de [búsqueda de LCD](#) y de las [tarifas fijas](#)

todos los días. El sitio permanece abierto en mi pantalla todo el día por tanto usarlas,” dice Wakeland.

“La búsqueda de LCD es muy útil para la documentación médica. Las LCD nos ayudan a educar a los doctores sobre lo que necesitan documentar. Provee una gran cantidad de detalles. Le muestro a los doctores la LCD y reviso con ellos lo que tienen que documentar en forma de códigos de diagnósticos,” añadió.

El centro de cirugía ambulatorio y la oficina médica afiliada procesan más de 300 reclamaciones al mes. El setenta por ciento de sus pacientes son beneficiarios de Medicare,

“El sitio se pone mejor cada día y todo es gratis. Yo obtengo mucha información al utilizarlo.”

– Allison Wakeland,
NeuroSpinal Associates



Ver **ENTUSIASMO**, en la página 6



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Ambulancia

Factor de inflación de ambulancia de 2015 y ajuste de la productividad.....3

Centros de enfermería especializada

Actualización anual de 2015 de los códigos de HCPCS para SNF CB.....3

Facturación

Transición de las cargas de trabajo del contratista administrativo.....4

CMS emite la actualización del manual para clarificar el procesamiento.....4

Se añade el programa de bienestar cardíaco del instituto Benson-Henry.....5

CMS publica los archivos trimestrales de fijación de precios.....6

Actualización de 2015 para los pagos de bonos de áreas.....7

ICD-10

Disponibles las pautas oficiales de ICD-10-CM para codificación7

Información general

Actualización de CY 2015 a los requerimientos de AIC para ALJ.....7

Disponibilidad de ayudas y servicios.....8

Hoja informativa revisada sobre el proceso de apelación.....8

Inscripción del proveedor

Actualizaciones de la transferencia electrónica de fondos en PECOS.....8

Medicare como pagador secundario

CMS actualiza la definición de cónyuge.....9

Problemas de procesamiento

Reclamaciones de FDG PET.....9

Recursos educativos

Calendario de eventos.....10

MLN Connects™ Provider e-News.....11

Parte A

Problemas de procesamiento

Retención de reclamaciones de MA.....12

Retención en ciertas reclamaciones del método II de CAH.....12

Sistema de pago prospectivo

Actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios.....12

Tarifas fijas

Tarifas PPS de los centros psiquiátricos de pacientes hospitalizados.....13

Gráficos

Preguntas más frecuentes.....14

Denegaciones más frecuentes.....15

Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....16

Determinaciones locales de cobertura

Parte A.....17

Revisiones a las LCD existentes

Hemophilia clotting factors.....18

Actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes.....18

Viscosupplementation Therapy for knee.....19

Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) –Parte A: Tanzeum™.....19

Contactos de Parte A de Puerto Rico.....20

Contactos de Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....21

Parte B

Evaluación y manejo

Revisión previa al pago para los códigos CPT® de servicio de E/M.....22

Facturación

Formulario de reclamación en papel revisado CMS-1500 (versión 02/12).....23

Actualización del sistema de pago de ASC de octubre de 2014.....24

Información General

Ya no se aceptarán las solicitudes de reapertura enviadas por fax.....25

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa.....26

Gráficos

Preguntas más frecuentes.....27

Denegaciones más frecuentes.....28

Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....29

Determinaciones locales de cobertura

Parte B.....30

Revisiones a las LCD existentes

Hemophilia clotting factors.....31

Viscosupplementation Therapy for knee.....31

Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) –Parte B: Tanzeum™.....32

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....33

Contactos de Parte B de Florida.....34

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....35

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 10
Octubre de 2014

Publications staff

Kathleen Cruz
Sofía Lennie
Terri Drury
Martin Smith
Mark Willett
Robert Petty

Medicare A y B Al Día es publicado mensualmente por First Coast Service Options Inc. la división de asistencia y educación al proveedor, para informar a los proveedores de Medicare.

Las preguntas concernientes a esta publicación o su contenido pueden ser enviadas por fax a:

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

ICD-9 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 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 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8895
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de octubre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3090CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2014

La petición de cambio (CR) 8895 publicó 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 CR fue revisada el 7 de octubre para la actualización del ajuste de productividad multifactorial, el cual ajusta el factor de inflación. El artículo asociado fue revisado el 9 de octubre para reflejar dichos cambios así como la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la URL.

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 0.60 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 1.50 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3090CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3090, 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 tiene la intención de brindar 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.

Centros de enfermería especializada

Actualización anual de 2015 de los códigos de HCPCS para la facturación consolidada del centro de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*: MM8943
Número de petición de cambio relacionado: 8943
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de octubre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3088CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron que publicarán, en diciembre, la actualización anual de 2015 de los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para la facturación consolidada del centro de enfermería especializada (SNF CB).

Para la primera semana de diciembre de 2014, los nuevos archivos de códigos para el procesamiento del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la Parte B y los nuevos archivos para el procesamiento de MAC de la Parte A estarán disponibles en <http://www.cms.gov/Medicare/Billing/SNFConsolidatedBilling/index.html>.

Una vez la actualización sea publicada, CMS recomienda firmemente a los proveedores que lean la información "General Explanation of the Major Categories" localizada

en la parte inferior de la actualización de MAC para comprender las categorías principales, incluyendo las exclusiones adicionales las cuales no están conducidas por los códigos HCPCS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8943.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8943, 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/R3088CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3088, CR 8943

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

Facturación

Transición de las cargas de trabajo del contratista administrativo de Medicare al nuevo contratista(s) bancario

Número de *MLN Matters*: MM8847
 Número de petición de cambio relacionado: 8847
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de septiembre de 2014
 Fecha de efectividad: 19 de septiembre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R240FM
 Fecha de implementación: 30 de septiembre de 2014

Resumen

En 2010, Medicare suspendió el uso de las cuentas de término para pagar los gastos de servicios bancarios y adjudicó los contratos de servicios comerciales por cinco años, a través de una competencia completa y abierta, a dos bancos que son responsables por el desembolso de pagos autorizados al contratista administrativo de Medicare y pagos del proyecto de demostración para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Los dos contratos bancarios comerciales actuales se terminan en el año fiscal 2015. Este artículo es informativo y está destinado a comunicarle que Medicare volvió a ofrecer una licitación de sus contratos bancarios. Los dos nuevos contratos de cinco

años han sido adjudicados a US Bank y Citibank. La transición comenzó en agosto de 2014 y terminará en 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/MM8847.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8847, 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/R240FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 240, CR 8847

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar 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 emite la actualización del manual para clarificar el procesamiento de reclamaciones para los servicios de laboratorio

Número de *MLN Matters*: MM8883
 Número de petición de cambio relacionado: 8883
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de septiembre de 2014
 Fecha de efectividad: 22 de diciembre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3071CP
 Fecha de implementación: 22 de diciembre de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente una clarificación sobre la política de facturación de la jurisdicción para las tarifas de recolección de muestras y gastos autorizados de viaje cuando las pruebas se realizan por laboratorios independientes para los beneficiarios de Medicare.

De acuerdo con CMS, el lugar donde el laboratorio independiente realiza la prueba determina la jurisdicción para la facturación apropiada. Si una muestra de laboratorio se origina en una jurisdicción diferente de donde se examina la muestra, la reclamación debe ser

presentada en la jurisdicción donde se realizó la prueba.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8883.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8883, 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/R3071CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3071, CR 8883

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.

Se añade el programa de bienestar cardíaco del instituto Benson-Henry al beneficio de ICR

Número de *MLN Matters*: MM8894

Número de petición de cambio relacionado: 8894

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de octubre de 2014

Fecha de efectividad: 6 de mayo de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R175NCD y R3084CP

Fecha de implementación: 4 de noviembre de 2014



Resumen

Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 6 de mayo de 2014, el beneficio de rehabilitación cardíaca intensiva (ICR) ha sido expandido para incluir el programa de bienestar cardíaco del instituto Benson-Henry (Benson-Henry Institute Cardiac Wellness Program).

Un programa de rehabilitación cardíaca intensiva (ICR) debe mostrar que cumplió con uno o más de los siguientes para sus pacientes:

- Afectó positivamente la progresión de la enfermedad coronaria;
- Redujo la necesidad de cirugía de bypass coronario; o
- Redujo la necesidad de intervenciones coronarias percutáneas

En adición, el programa debe demostrar una reducción estadísticamente significativa en cinco o más de las siguientes medidas:

- Lipoproteína de baja densidad
- Triglicéridos
- Índice de masa corporal
- Presión arterial sistólica
- Presión arterial diastólica

La necesidad de medicamentos para el colesterol, presión arterial y diabetes

Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 6 de mayo de 2014, los contratistas estarán ajustando las reclamaciones que lleguen a su conocimiento pero no buscarán en sus archivos reclamaciones procesadas antes de la implementación de 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/MM8894.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8894, 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/R175NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3084CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 175, CR 8894 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3084, CR 8894

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com



ENTUSIASMO

De la página 1

con cerca de un tercio de esos pacientes inscritos en los planes de Medicare Advantage. Debido a estos números, NeuroSpinal Associates y RiverWalk necesitan que Wakeland se mantenga al corriente de los cambios en la facturación de Medicare.

“Puede tomar 30 días o más para descubrir que presentamos una reclamación con el pagador erróneo. Este retraso puede aumentar rápidamente,” dice Wakeland. “Los pacientes no siempre tienen conocimiento de que están cubiertos por un plan Advantage. Frecuentemente, nos dicen que están inscritos en Medicare.” Wakeland dice que verificar el estatus de pagador secundario de un paciente y la elegibilidad de Medicare [a través de el Secure Provider Online Tool \(SPOT\) de First Coast](#) ha mejorado grandemente las operaciones de oficina.

Varias de las [herramientas de autoservicio Web de First Coast](#) incluyen funciones integradas que permiten a los proveedores ver información importante a través de múltiples canales. Por ejemplo, cuando Wakeland revisa las [tarifas fijas](#) para un procedimiento en particular, ella puede hacer clic en el documento de la LCD asociada si existe alguna.

La herramienta de búsqueda de tarifas fijas ofrece una ventana desplegable para que los proveedores revisen si presentar la reclamación requiere algún modificador. “Nosotros verificamos para asegurarnos de que los modificadores son aplicables al código CPT® que el doctor está facturando,” dice ella.

La [verificación del modificador](#) y la [hoja de cálculo interactiva de evaluación y manejo](#) también juegan un

rol importante en los esfuerzos de cumplimiento de la oficina. Con la hoja de cálculo de evaluación y manejo respaldando su facturación, Wakeland dice que el equipo de facturación lo utiliza para verificar los códigos dictados por los médicos. “Tengo la hoja de cálculo abierta en mi pantalla mientras voy verificando lo que el médico ha dictado,” dijo Wakeland.

En adición a la práctica de presentar reclamaciones limpias, Wakeland dice que las herramientas juegan un rol crítico en la mejora de calidad en sus oficinas. Ella utiliza el [reporte de resumen de datos del proveedor \(PDS\)](#) para evaluar las reclamaciones devueltas. Además de encontrar las tendencias en el procesamiento de las reclamaciones, Wakeland dice que el reporte de PDS es útil para identificar dónde su personal de oficina podría necesitar adiestramiento adicional.

“Si vemos una lista de códigos que está faltando de manera regular, podemos ir a la hoja de cálculos para ver quién está ingresando dichos códigos y entonces adiestramos en cuanto a esto,” dijo ella.

Wakeland también toma ventaja de las [oportunidades de adiestramiento en línea y en persona](#) ofrecidas por First Coast. Ella asistió al seminario [Medicare Speaks](#) en Orlando y escucha la mayoría de los webinars. “Una vez obtenga mi certificación en facturación médica, tengo la intención de aprovechar al máximo los créditos CEU disponibles a través de First Coast University.”

Cuando se le preguntó qué le diría a sus compañeros en otras prácticas médicas, ella dice, “El sitio se pone mejor cada día. Y todo es gratis. Yo obtengo mucha información al utilizarlo.”

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

CMS publica los archivos trimestrales de fijación de precios del precio promedio de venta para los medicamentos de la Parte B de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8912

Número de petición de cambio relacionado: 8912

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de septiembre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3072CP

Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que en enero de 2015 se hará el lanzamiento de los archivos de fijación de precios del precio promedio de venta (ASP) para los medicamentos de la Parte B de Medicare y, posiblemente, la revisión de archivos de octubre de 2014, julio de 2014, abril de 2014 y enero de 2014.

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago de las reclamaciones de los medicamentos de la Parte B de Medicare, que se pagan por separado, procesadas o que se procesaron nuevamente en o después del 5 de enero de 2015, con fechas de servicio

del 1 de enero de 2015 hasta el de 31 de marzo 2015.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8912.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8912, 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/R3072CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3072, CR 8912

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 2015 para los pagos de bonos de áreas de escasez de profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*: MM8942

Número de petición de cambio relacionado: 8942

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de octubre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3087CP

Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que el archivo anual de 2015 del pago de bonos para las áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA) se hará disponible para los pagos del bono HPSA en las reclamaciones aplicables con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2015, hasta el 31 de diciembre de 2015.

Se anima a los proveedores a revisar [la página Web de bonos del médico](#) para determinar si se debe añadir el modificador AQ a las reclamaciones con el fin de recibir los pagos de bonos. Los proveedores también deben revisar el sitio Web de bonificaciones del médico para

ver si el código postal en el que se prestan los servicios, recibirá automáticamente los pagos de bonos HPSA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8942.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8942, 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/R3087CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3087, CR 8942

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

ICD 10

Disponibles las pautas oficiales de ICD-10-CM para codificación y reporte

Las [pautas oficiales de ICD-10-CM para codificación y reporte](#) de 2015 están ahora disponibles en la página Web [2015 ICD-10-CM y GEM](#) y también en el sitio Web de los [centros para el control y la prevención de enfermedades](#).

- Los cambios narrativos del texto aparecen en negrilla

- Los artículos subrayados se han movido dentro de las pautas desde la versión del año fiscal 2014
- Las itálicas se utilizan para indicar las revisiones a los cambios del encabezado

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

Información general

Actualización de CY 2015 a los requerimientos de AIC para ALJ y apelaciones de la corte del distrito federal

El Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) requiere una reevaluación anual de la cantidad de dinero en controversia requerida para una audiencia del juez de derecho administrativo (ALJ) (revisión de tercer nivel) o revisión de la corte del distrito federal (quinto nivel).

- Petición de audiencia de ALJ:** la cantidad que tiene que permanecer en controversia para las peticiones de audiencia de ALJ presentadas a partir del 31 de diciembre de 2014, es \$140. Esta cantidad aumentará

a \$150 para las peticiones de audiencia de ALJ presentadas a partir del 1 de enero de 2015.

- Revisión de la corte del distrito federal:** la cantidad que debe permanecer en controversia para las peticiones de revisión de la corte del distrito federal presentadas a partir del 31 de diciembre de 2014, es \$1,430. Esta cantidad aumentó a \$1,460 para las apelaciones presentadas a la corte del distrito federal a partir del 1 de enero de 2015.

Disponibilidad de ayudas y servicios auxiliares



La sección 504 del Rehabilitation Act de 1973 (sección 504), 29 U.S.C. § 794 prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad en los programas y actividades asistidas y conducidas por el gobierno federal.

Para información sobre la disponibilidad de ayudas auxiliares y servicios, por favor visite <http://www.medicare.gov/about-us/nondiscrimination/nondiscrimination-notice.html>.

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

Hoja informativa revisada sobre el proceso de apelación

La hoja informativa del [proceso de apelación de Medicare](#) (ICN 006562) fue revisada y ahora está disponible en formato descargable. Esta hoja informativa está diseñada para proporcionar educación sobre los cinco niveles de apelaciones de las reclamaciones originales de Medicare (Medicare Parte A y Parte B). Esta incluye detalles para

explicar cómo el proceso de apelación de Medicare se aplica a los proveedores, médicos participantes y los suplidores participantes, además de incluir más información sobre los recursos disponibles relacionados con las apelaciones.

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

Inscripción del Proveedor

Actualizaciones de la transferencia electrónica de fondos en el sistema de inscripción del proveedor en línea PECOS

Durante el último año, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) escucharon sus comentarios sobre el [sistema de inscripción del proveedor en línea \(PECOS\)](#) e hicieron mejoras para incrementar el acceso a más información. Ahora, más que nunca, PECOS es más fácil de usar con las actualizaciones de la transferencia electrónica de fondos (EFT) que ahora se encuentran disponibles.

Si un proveedor/suplidor desea enviar un cambio para la información de EFT, deberá seleccionar "Perform a change of Information to current enrollment information" (realizar un cambio de Información a la información actual de inscripción). **Nota:** Todos los cambios de EFT deben hacerse a través del escenario de cambio de información.

Los proveedores/suplidores pueden editar toda la información de EFT, excepto el número de ruta de tránsito y/o el número de cuenta del depositante, una vez ingresado y guardado. Una vez guardado, si un proveedor/

suplidor necesita actualizar el número de ruta de tránsito y/o número de cuenta del depositante, el proveedor/suplidor debe eliminar toda la información y volver a ingresar la nueva información.

PECOS ahora recogerá una fecha de inicio y de terminación de EFT para capturar el plazo cuando la información financiera es válida. La fecha de inicio es la fecha en que los fondos se destinarán a la información de la cuenta ingresada. La fecha de terminación es la fecha en que los fondos ya no serán dirigidos a la información de la cuenta ingresada.

PECOS también ha sido actualizado para mostrar el formulario CMS-588 más actualizado, que ahora recoge la dirección de la calle y el código postal de la institución financiera bajo "Financial Institution Information" (información financiera de la institución).

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

Encuentre sus favoritos utilice Clics rápidos

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar la información útil y urgente en nuestro sitio Web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de Clics rápidos. Localizado en el lado derecho de la página de inicio, este menú conveniente le permite acceder a las páginas más populares en el sitio – con un sólo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita. Utilice Clics rápidos.

Medicare como pagador secundario

CMS actualiza la definición de cónyuge para incluir los matrimonios entre personas del mismo sexo para Medicare como pagador secundario

Número de *MLN Matters*: MM8875

Número de petición de cambio relacionado: 8875

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de octubre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R106MSP

Fecha de implementación: 1 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que ya no está prohibido aplicar la provisión de Medicare como pagador secundario (MSP) para el trabajador de edad, a los individuos en un matrimonio entre personas del mismo sexo.

A partir del 1 de enero de 2015, una persona tiene derecho a Medicare, como cónyuge, en base a las normas de Social Security Administration y esa persona es un "cónyuge" para propósitos de las provisiones de MSP del trabajador de edad.

La política de Medicare se aplicará tanto para los matrimonios del sexo opuesto como del mismo sexo, siempre y cuando un matrimonio sea válido en la

jurisdicción en la que se llevó a cabo, incluyendo uno de los 50 estados, el Distrito de Columbia o un territorio de los Estados Unidos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8875.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8875, 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/R106MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 106, CR 8875

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

Reclamaciones de FDG PET para tumores sólidos

Problema

Las reclamaciones de tomografía por emisión de positrones (PET) con fluorodeoxiglucosa (FDG) para tumores sólidos, presentadas desde el 6 de octubre hasta el 10 de noviembre, serán retenidas para asegurar que los sistemas de Medicare pueden calcular los pagos de forma precisa. Específicamente, estas son reclamaciones que contienen A9552 del Healthcare Common procedure Coding System (HCPCS) para todas las condiciones oncológicas. Vea [el artículo de MLN Matters® MM8739](#) para información adicional.

Resolución

Estas reclamaciones serán procesadas a partir del 11 de noviembre, después de que el sistema haya sido

completamente probado.

Estatus/fecha de solución

Abierto. Estas reclamaciones serán procesadas a partir del 11 de noviembre, después de que el sistema haya sido completamente probado.

Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte de los proveedores.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

Noviembre de 2014

Almuerzo y capacitación de Medicare: modificador 24 (B)

Cuando: 13 de noviembre de 2014

Hora: 11:30 a.m. - 12:30 a.m.

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/274038.asp>

Almuerzo y capacitación de Medicare: modificador 25 (B)

Cuando: 20 de noviembre de 2014

Hora: 11:30 a.m. - 12:30 p.m. ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/274039.asp>

Almuerzo y capacitación de Medicare: modificador 58 (B)

Cuando: 25 de noviembre de 2014

Hora: 11:30 a.m. - 12:30 p.m. ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/274041.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, 25 de septiembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-09-25-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 2 de octubre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-10-02-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 9 de octubre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-10-09-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 16 de octubre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-10-16-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>.



Problemas de procesamiento

Retención de reclamaciones de Medicare Advantage de FQHC

Problema

Las reclamaciones de Medicare Advantage (MA) de los centros de salud federalmente calificados (FQHC), para los proveedores que son pagados bajo el sistema de pago prospectivo (PPS), serán retenidas por los contratistas administrativos de Medicare (MAC) para los códigos de procedimiento G0466, G0467, G0468, G0469 o G0470 (visita de FQHC: paciente nuevo, paciente establecido, examen físico preventivo inicial o visita de bienestar anual, paciente nuevo de salud mental o paciente establecido de salud mental) del 1 de octubre de 2014, hasta que una corrección de los sistemas se implemente el 27 de octubre de 2014.

Resolución

Las reclamaciones del 1 de octubre de 2014 serán

retenidas hasta que una corrección del sistema se implemente el 27 de octubre de 2014.

Estatus/fecha de resolución

Abierto. Las reclamaciones serán retenidas hasta que una corrección del sistema se implemente el 27 de octubre de 2014.

Acción del proveedor

Ninguna.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Retención en ciertas reclamaciones del método II de CAH para servicios de anestesiólogos y CRNA

Problema

Las reclamaciones del método II de hospitales de cuidado crítico (CAH) para los servicios de anestesiólogos y enfermeras graduadas certificadas en anestesiología (CRNA), fuera del rango de código de anestesia normal (00100 - 01999), y facturados con el código de ingreso 0963 o 0964 están siendo retenidas debido a pagos inexactos.

Resolución

Las reclamaciones serán retenidas hasta que una corrección del sistema sea implementada el 24 de noviembre de 2014.

Estatus/fecha de resolución

Abierto. Las reclamaciones serán retenidas hasta que una corrección del sistema sea implementada el 24 de noviembre de 2014.

Acción del proveedor

Ninguna.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Sistema de pago prospectivo

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

Número de MLN Matters: MM8873 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8873

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de septiembre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R3080CP

Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

La petición de cambio (CR) 8873 publicó la actualización de octubre de 2014 del editor de códigos ambulatorios integrados. Este artículo fue revisado el 30 de septiembre para reflejar la CR 8873 revisada, emitida el 26 de septiembre. El descriptor largo para C9135 en la Tabla 2 se revisó y el código de APC (clasificación de pagos ambulatorios) para J9171 en la Tabla 7 ha sido revisado. Los detalles de la CR también fueron cambiados.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

publicaron actualizaciones clave para el sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital de 2014.

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

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

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la próxima página

ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

pago son necesarios en base a las comunicaciones más recientes del precio de venta promedio. CMS incorporará adiciones, cambios y supresiones a HCPCS, clasificación del pago ambulatorio, modificador de HCPCS, indicadores de estatus y códigos de ingreso en el editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) y el pricer OPPS de octubre de 2014.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8873.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8873,

emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3080CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3080, CR 8873

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

Tarifas fijas

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

Número de *MLN Matters*: MM8889 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8889

Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de septiembre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R3082CP

Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

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 para el año fiscal 2015. Este artículo fue revisado el 2 de octubre de 2014, para reflejar la CR 8889 revisada, emitida el 30 de septiembre. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder la CR han sido revisados. El resto de la información permanece igual.

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/R3082CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3082, 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.

Suscripción a Medicare Parte A

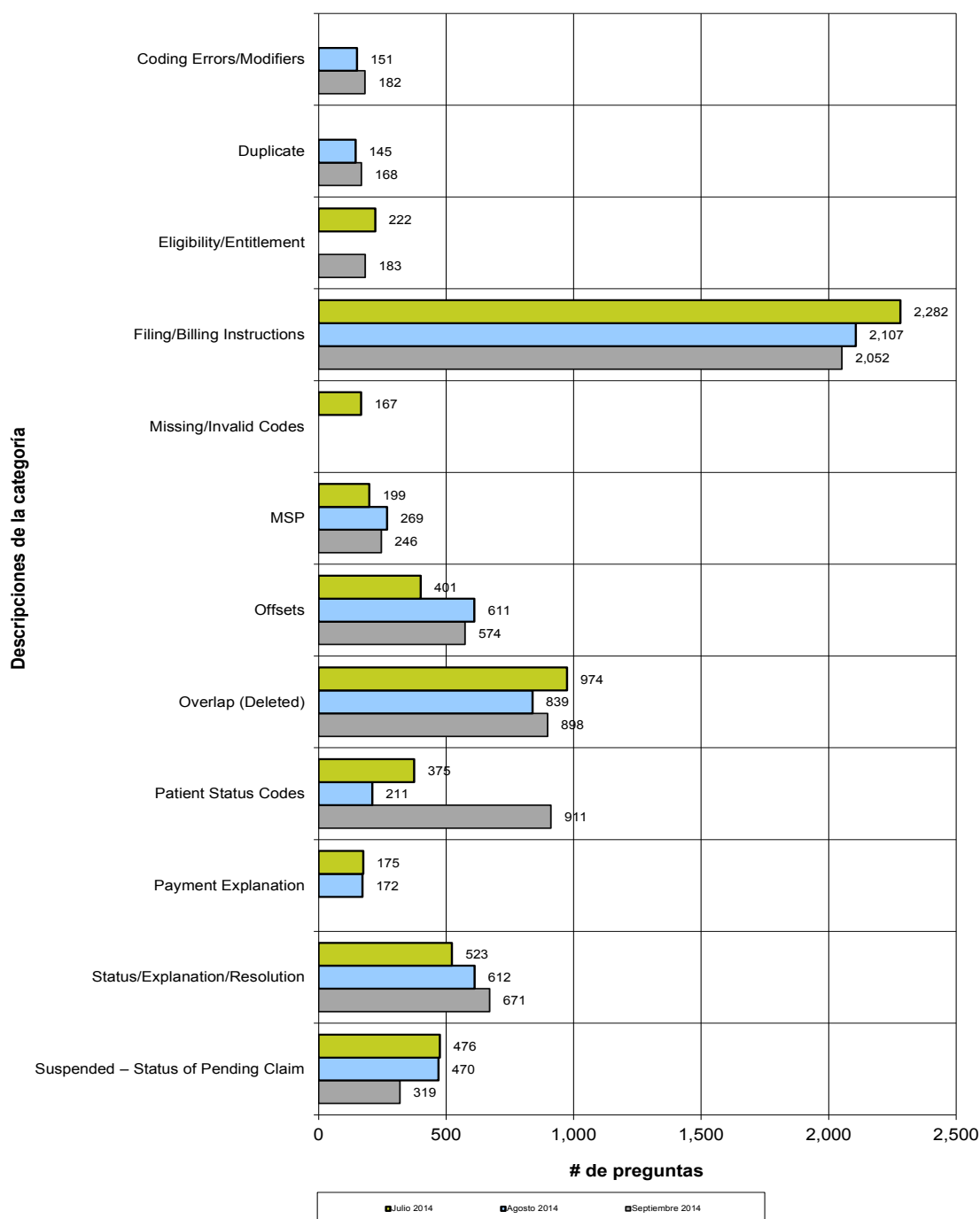
La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas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

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

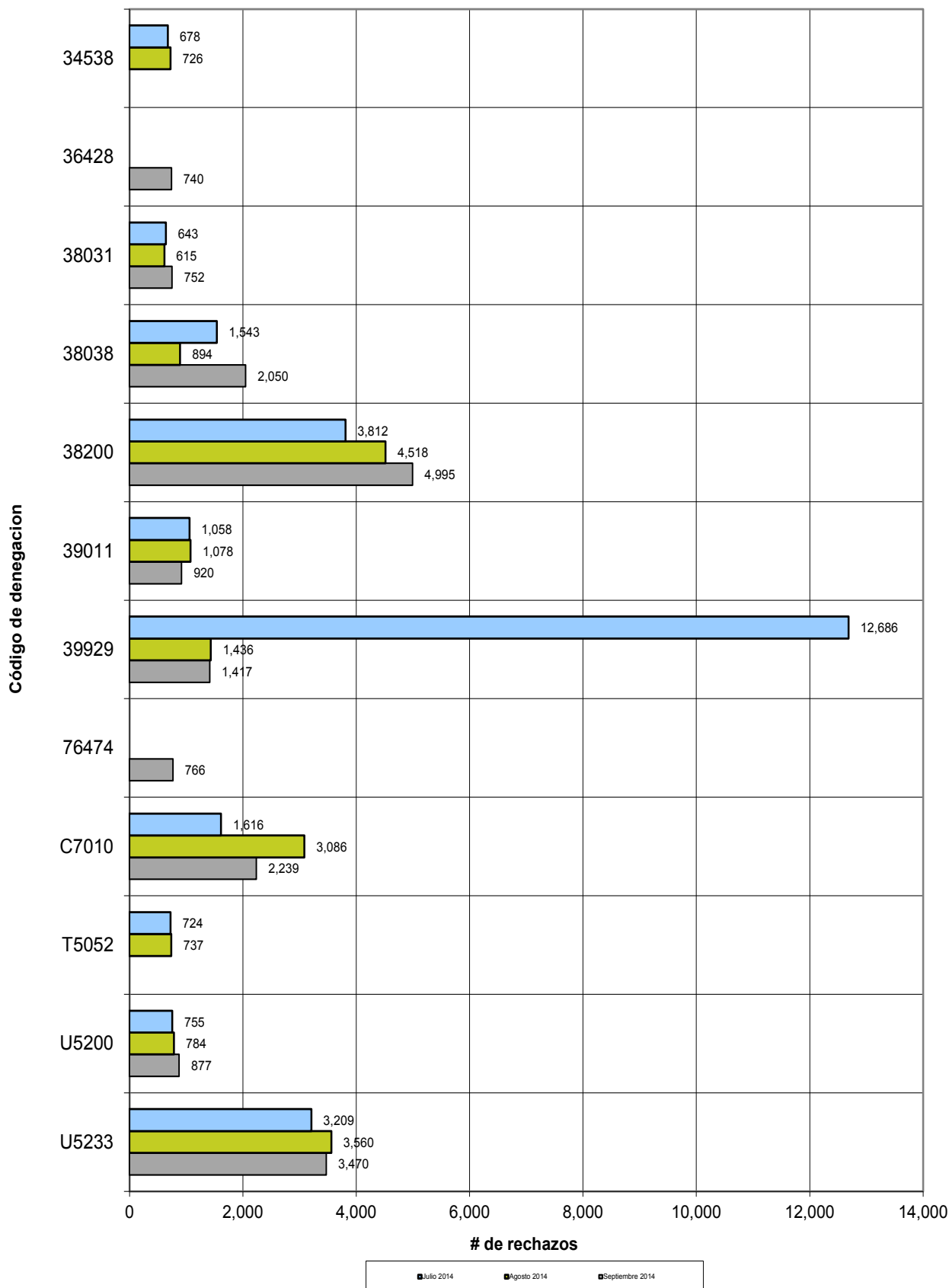
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en julio-septiembre de 2014

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 julio a septiembre 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/.

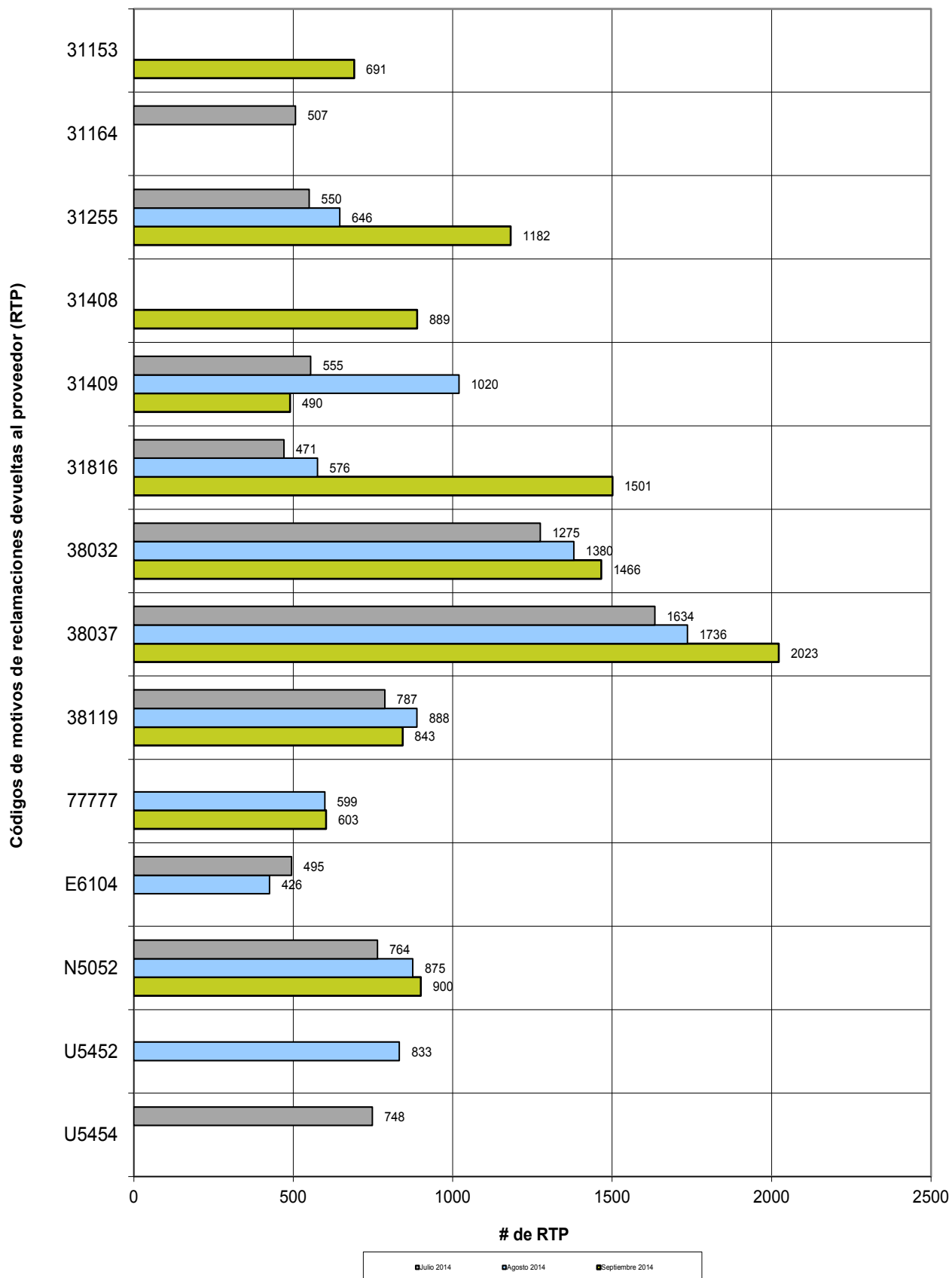
Preguntas de Parte A más frecuentes en julio-septiembre de 2014



Rechazos más frecuentes de Parte A en julio-septiembre 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 el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Hemophilia clotting factors – revisión a la LCD de Parte A**Identificador de LCD: L28851 (Florida)****Identificador de LCD: L28884 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para los factores de coagulación de hemofilia fue revisada en base a la petición de cambio 8873 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios [OPPS] de octubre de 2014).

El código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) C9135 (Factor ix [antihemophilic factor, recombinant], Alprolix, per 10 i.u.) fue añadido a la sección “CPT®/HCPCS Codes” de la LCD.

Adicionalmente, en base a la aprobación de Eloctate (antihemophilic factor VIII [recombinant], Fc Fusion Protein) por la Food and Drug Administration (FDA), los códigos HCPCS C9399 y J7199 fueron añadidos a la sección “CPT®/HCPCS Codes” de la LCD.

También se revisó la sección “Type of Bill Code” de la LCD para remover el tipo de factura 21x y añadir el tipo de

factura 12x.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para añadir el código HCPCS C9135 es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2014**. La revisión de la LCD para añadir los códigos HCPCS C9399 y J7199 es efectiva para los servicios prestados **a partir del 14 de octubre de 2014**. La revisión de la LCD relacionada a los cambios del tipo de factura es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 20 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](#).

Actualización del sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital para las pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico – revisión a las LCD de Parte A**Identificador de LCD: L28772/L28810/L28852/L28886/L28896/L28902/L28945/L28983/L28984/L28989/ L29044/L28995/L29000/L29042 (Florida)****Identificador de LCD: L28773/L28817/L28885/L28908/L28918/L28924/L28966/L29016/L29017/L29021/ L29045/L29027/L29032/L29043 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)****Identificador de LCD: L31267/L32096/L31231/L33017/L30866 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a la petición de cambio (CR) 8572, las secciones de “códigos CPT®/HCPCS” de las LCD listadas a continuación fueron actualizadas para añadir el siguiente texto: “beginning in CY 2014, payment for most laboratory tests (except for molecular pathology tests) will be packaged under the OPPS, therefore the clinical laboratory tests listed below, for TOB 13X (outpatient hospital), are packaged in this setting” (“a partir de CY 2014, los pagos para la mayoría de las pruebas de laboratorio [excepto para las pruebas de patología molecular] serán agrupados bajo el OPPS, por lo tanto las pruebas de laboratorio clínico listadas a continuación, para TOB 13X [hospital

de pacientes ambulatorios], están agrupadas en este ambiente”).

Allergy Testing
B-Type Natriuretic Peptide (BNP)
Circulating Tumor Cell Testing
Creatine Kinase (CK), (CPK)
Flow Cytometry
Hepatitis B Surface Antibody and Surface Antigen
Hepatitis C Antibody in the ESRD and non-ESRD setting
Ionized Calcium
Magnesium
Parathormone (Parathyroid Hormone)
Sedimentation Rate, Erythrocyte
Serum Phosphorus
Susceptibility Studies
Syphilis Test
Total Calcium
Transplantation Immune Cell Function Assay (ImmuKnow)

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la próxima página

ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

Troponin

Urinalysis

Vitamin D; 25 hydroxy, includes fraction(s), if performed

Fecha de vigencia

Estas revisiones de LCD son efectivas para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare

Viscosupplementation Therapy for knee – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L29005 (Florida)

Identificador de LCD: L29037 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local para la terapia de viscosuplementación para la rodilla ha sido revisada en base a una evaluación del medicamento Monovisc™ el cual fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento del dolor en la osteoartritis de la rodilla en pacientes que no responden adecuadamente a la terapia conservadora no farmacológica y a los analgésicos simples. Monovisc™ es una solución viscoelástica estéril, no pirogénica, de hialuronano contenida en una jeringa de un sólo uso lo cual es equivalente a tres inyecciones de Orthovisc. Se hizo una revisión para añadir los códigos HCPCS C9399 -medicamentos o productos biológicos no clasificados (Hyaluronan, Monovisc™, para inyección intrarticular, una sola inyección, 4 mL) y el código HCPCS J3490- medicamentos no clasificados (Hyaluronan, Monovisc™, para inyección intrarticular, una sola inyección, 4 mL) a la sección “CPT/HCPCS Codes” de la LCD. Los códigos HCPCS C9399 y J3490 fueron añadidos bajo el subtítulo de la sección “ICD-9 Codes that Support

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](#).

Medical Necessity” de la LCD. Bajo la sección “Utilization Guidelines” de la LCD, Monovisc™ fue añadido como un medicamento con la dosis total y la descripción de la duración del tratamiento. Las “Sources of Information and Basis for Decision” (“fuentes de información y bases para la toma de decisiones”) también han sido actualizadas para añadir las referencias para esta revisión.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD entra en vigor para las reclamaciones procesadas **a partir del 26 de septiembre de 2014**, para los servicios prestados a partir del **25 de febrero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) –Parte A: Tanzeum™ (albiglutide para inyección) J3490/J3590/C9399

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proveen instrucciones a los contratistas sobre el pago de Medicare para medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio de un médico. Las instrucciones también le proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables autoadministrados excluidos incidentes al servicio de un médico se encuentran en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c15.pdf#page=50>.

Efectivo para los servicios prestados **a partir del 1 de**

diciembre de 2014, el siguiente medicamento ha sido añadido a la lista de SAD de MAC J-N Parte A.

- J3490/J3590/C9399 albiglutide para inyección (Tanzeum™ para uso subcutáneo) 30 mg

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

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en: http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/.

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Inscripción de proveedores

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

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

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:

888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla

877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla

800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas

904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-8103

Fax para registro de seminarios

904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

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

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Proveedores:

www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Evaluación y manejo

Revisión previa al pago para los códigos CPT® de servicio de evaluación y manejo de hospital inicial y subsiguiente 99223 y 99233



First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente llevó a cabo un análisis de datos debido a las altas tasas de error de las pruebas integrales de tasas de error (CERT) para servicios de evaluación y manejo pertenecientes a los códigos *Common Procedural Terminology*® (CPT®) 99223 (visita inicial de hospital) y 99233 (visita de hospital subsiguiente). El reporte de pronóstico de CERT de noviembre de 2014 indica una tasa de error proyectada de 39.8 por ciento para el código CPT® 99223 y una tasa de error proyectada de 34.4 por ciento para el código CPT® 99233. Los datos indican que la especialidad de medicina interna es la contribuyente principal para la tasa de error de CERT: las tasas de error de medicina interna actualmente muestran una tendencia al 36.6 por ciento para el código CPT® 99233 y 33.3 por ciento para el código CPT® 99223.

Requerimientos de documentación

El manual de CPT® de American Medical Association (AMA) define el código 99223 de la siguiente manera:

Cuidado hospitalario inicial, por día, para la evaluación y manejo de un paciente, el cual requiere estos 3 componentes clave:

- Un historial completo
- Un examen completo; y
- Una toma de decisión médica de alta complejidad

Consejería y/o coordinación de cuidado con otros médicos, otros profesionales del cuidado de la

salud calificados, o agencias son proporcionadas en consistencia con la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente y/o de la familia. Usualmente, el problema(s) que requiere una admisión es de alta gravedad. Típicamente, 70 minutos son consumidos junto a la cama y en la unidad de hospital del paciente.

El manual de CPT® de AMA define el código 99233 como sigue:

Cuidado hospitalario subsiguiente, por día, para la evaluación y manejo de un paciente, el cual requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave:

- Un historial de intervalo detallado
- Un examen detallado
- Una toma de decisión médica de alta complejidad

Consejería y/o coordinación de cuidado con otros médicos, otros profesionales del cuidado de la salud calificados, o agencias son proporcionadas en consistencia con la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente y/o familia. Usualmente, el paciente es inestable o ha desarrollado un nuevo problema significativo. Típicamente, 35 minutos son consumidos junto a la cama y en la unidad de hospital del paciente.

First Coast y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ofrecen múltiples recursos que tratan las pautas de documentación para los niveles de servicio de E/M en:

- La [página de servicios de evaluación y manejo \(E/M\)](#) de First Coast, ofrece enlaces a herramientas, FAQ, aprendizaje en línea y recursos adicionales
- Las [pautas del manual electrónico de CMS \(IOM\)](#) abordan múltiples tipos y entornos pertenecientes a servicios de E/M

Acciones de First Coast

En respuesta a los altos porcentajes de las tasas de error y los riesgos continuos de los pagos indebidos asociados con las visitas de cuidado hospitalario facturadas por los especialistas de medicina interna, First Coast estará implementando una auditoría de revisión médica previa al pago para los códigos CPT® 99223 y 99233 facturados por la especialidad de medicina interna. La nueva edición estará basada en un porcentaje predeterminado de reclamaciones en un esfuerzo para reducir las tasas de error para estos servicios de hospital. La auditoría se implementa con fecha efectiva el 21 de octubre de 2014.

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

Facturación

Formulario de reclamación en papel revisado CMS-1500 (versión 02/12)

Ahora se requiere que todas las reclamaciones en papel sean presentadas utilizando el formulario CMS-1500 (02/12). Esta implementación no ha sido retrasada y entró en vigor el 1 de abril.

El comité nacional de reclamaciones uniformes (National Uniform Claim Committee, NUCC) recientemente revisó el formulario de reclamación CMS-1500 para alinear el formulario de reclamación en papel con los cambios en el 5010 837P y acomodar las necesidades de reporte de ICD-10. El 10 de junio de 2013, la oficina de gerencia y presupuesto (OMB) de la Casa Blanca aprobó el formulario de reclamación en papel revisado, CMS-1500 (versión 02/12). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han adoptado el formulario CMS-1500 (02/12), el cual reemplazó el antiguo formulario de reclamación CMS-1500 (08/05), efectivo con las reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2014.

- Medicare comenzó a aceptar reclamaciones en el formulario revisado, (02/12), el 6 de enero de 2014;
- A partir del 1 de abril de 2014, Medicare **sólo está aceptando** reclamaciones en papel en el **formulario de reclamación revisado CMS-1500, (02/12)**; y
- **A partir del 1 de abril de 2014, Medicare ya no está aceptando reclamaciones en el antiguo formulario de reclamación CMS-1500 (08/05)**

El periodo de gracia para que los proveedores y suplidores hagan la transición al nuevo formulario *expiró el 1 de abril de 2014.*

El formulario revisado tiene una serie de cambios. Los dos cambios prevalecientes son los nuevos indicadores para diferenciar entre los códigos ICD-9 y ICD-10 y los nuevos calificadores para identificar el rol del proveedor ingresado en el ítem 17.

- El NUCC ha creado una presentación que repasa los cambios en detalle. [Haga clic aquí](#) para ver la presentación de NUCC sobre el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (02/12)

Calificadores del ítem 17

Los calificadores apropiados para identificar un rol como proveedor que ordena, refiere o supervisa son los siguientes:

- **DN** – proveedor que refiere
- **DK** – proveedor que ordena
- **DQ** – proveedor que supervisa

Los proveedores deben ingresar el calificador a la izquierda de la línea vertical de puntos en el ítem 17.

- **Nota:** Las reclamaciones presentadas con un identificador nacional del proveedor (NPI) y sin uno de los calificadores anotados arriba o un calificador inválido serán **devueltas como reclamaciones no**

procesables (RUC)

Cambios de diagnósticos del ítem 21 y 24E

El formulario revisado utiliza letras, en lugar de números, como indicadores de código de diagnóstico, y expande el número de posibles códigos de diagnósticos en una reclamación a 12.

Ítem 21

- Para la versión 02/12, puede ser apropiado que reporte ya sea los códigos de ICD-9-CM o ICD-10-CM, dependiendo de las fechas de servicio (es decir, de acuerdo con las fechas efectivas del conjunto de códigos determinado), hasta 12 códigos de diagnóstico
- Ingrese hasta 12 códigos de diagnóstico. **Nota:** Esta información aparece en líneas opuestas con letras A-L. Relacione las líneas A-L a las líneas de servicio en 24E por la *letra* de la línea. Utilice el más alto nivel de especificidad
- No proporcione una descripción narrativa en este campo
- No inserte un punto en el código de ICD-9-CM o ICD-10-CM
- El “indicador de ICD” identifica el conjunto de códigos de ICD que está siendo reportado. Ingrese el indicador de ICD aplicable como un sólo dígito entre las líneas verticales de puntos
- **Conjunto de códigos indicadores**
 - **9** – Diagnóstico de ICD-9-CM
 - **0** – Diagnóstico de ICD-10-CM

Recordatorio: Independientemente de la versión del formulario en papel que esté vigente, los proveedores **no pueden presentar los códigos de ICD-10** para las reclamaciones con fechas de servicio **antes del 1 de octubre de 2015.**

Ítem 24E

- Para la versión 02/12, la referencia será una letra de A-L

Cambios adicionales

Los siguientes cambios adicionales también están incluidos en el formulario revisado:

Ítem 8

- Formulario versión 02/12: déjelo en blanco

Ítem 9b

- Formulario versión 02/12: déjelo en blanco

Ítem 11b

- Formulario versión 02/12: ingrese el nombre del

Ver **FORMULARIO**, en la próxima página

FORMULARIO

De la página anterior

empleador, si aplica. Si hay algún cambio en el estatus del seguro del asegurado, por ejemplo, retirado, ingrese ya sea una fecha de retiro de 6 dígitos (MM | DD | AA) o de 8 dígitos (MM | DD | AAAA) precedida por la palabra, "RETIRED" ("retirado"). Proporcione esta información en el lado derecho de la línea vertical de puntos

Ítem 14

- Formulario versión 02/12: aunque esta versión del formulario incluye un espacio para un calificador, Medicare no utiliza esta información; **no ingrese un calificador en el ítem 14**

Recordatorio de ASCA

Actualización del sistema de pago de ASC de octubre de 2014

Número de MLN Matters: MM8880 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 8880

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de septiembre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R3078CP

Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

La petición de cambio (CR) 8880 describe los cambios en las políticas de pago y las instrucciones de facturación asociadas que se implementaron con la actualización de octubre. Este artículo fue revisado el 30 de septiembre para reflejar la CR 8880 revisada, emitida el 26 de septiembre. En el artículo, el descriptor del código de procedimiento C9135 fue revisado en la tabla en la página 2. Además, la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para el acceso a la CR se revisaron.

Resumen

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

- Nuevos medicamentos y productos biológicos (C9023,

Solamente a los proveedores que cumplan con los requerimientos de excepción del Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) se les permite presentar sus reclamaciones a Medicare en papel, las cuales deben ser presentadas en un formulario de reclamación CMS-1500 válido.

Aquellos proveedores que cumplan con estas excepciones podrán presentar sus reclamaciones a Medicare en papel.

Más información sobre las excepciones de ASCA puede ser encontrada en el capítulo 24 del *Medicare Claims Processing Manual*.

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

C9025, C9026, C9135)

- Indicador de pago revisado para los códigos J9160 y J9300
- Tarifa de pago actualizada para los códigos J7335, J8700, J9171, J9315

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8880, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3078CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3078, CR 8880

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

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)



Información general

Ya no se aceptarán las solicitudes de reapertura enviadas por fax después del 30 de noviembre

Agilice sus solicitudes de reapertura administrativa de Parte B con el 'SPOT' o el IVR

En el pasado, los proveedores sólo tenían dos métodos disponibles para presentar las solicitudes de reapertura administrativa a First Coast Service Options: *correo o fax*. Sin embargo, estos métodos de envío no eran eficientes en costo ni en tiempo.

Hoy, los miembros de la comunidad del proveedor de First Coast tienen la oportunidad de presentar las solicitudes de reapertura administrativa a través de canales **más eficientes**: el Secure Provider Online Tool (SPOT) y el sistema de respuesta automática (IVR).

El SPOT y el IVR permiten a los proveedores presentar solicitudes de reapertura administrativa directamente a una base de datos segura, lo cual ayuda a minimizar el tiempo de procesamiento.

Ya que la disponibilidad de estos canales de presentación más convenientes ha eliminado la necesidad de los proveedores de enviar las solicitudes de reaperturas administrativas por fax, First Coast ya no ofrecerá esta opción *a partir del 1 de diciembre*.

Opción 1: Corrija su reclamación en línea con el 'SPOT'

El SPOT ofrece a los usuarios inscritos la ventaja de **ahorrar tiempo** de no solamente poder *ver* los datos de las reclamaciones en línea sino también la opción de *corregir* los errores administrativos en sus reclamaciones elegibles de Parte B de manera rápida, fácil y segura - **en línea**.

Para comenzar, busque la reclamación que desea corregir por su **ICN** o por su fecha(s) de servicio en **Claim Status** (estatus de reclamación). El SPOT automáticamente determinará si algún ítem de línea es elegible y rellenará el formulario de solicitud en línea según corresponda.

Usted puede seleccionar el tipo de solicitud para cualquier ítem de línea elegible en base a los campos que usted desee corregir: *fecha(s) de servicio, código de procedimiento, modificador o código de diagnóstico*.

El tipo de solicitud de reapertura seleccionado determinará los campos que son editables. Una vez usted haya completado y revisado sus correcciones, envíe su solicitud. Usted recibirá una confirmación por correo electrónico con un resumen de los cambios que realizó.

Si le gustaría tomar ventaja del método de **presentación en línea** de First Coast para las solicitudes de reaperturas administrativas, usted debe [inscribirse para su cuenta de el SPOT](#).



Opción 2: Corrija su reclamación por el teléfono con el IVR

Si usted *no tiene acceso en línea*, usted puede presentar su solicitud administrativa de Parte B a través del sistema del IVR de First Coast. Aunque el IVR ofrece el mismo tipo de solicitudes primarias que el SPOT, el IVR ofrece la opción adicional de hacer *correcciones en la historia* de su reclamación.

Para acceder su reclamación a través del IVR, usted debe ingresar la información del proveedor de facturación (es decir, NPI, PTAN y TIN), la información del beneficiario (es decir, nombre, fecha de nacimiento, número de Medicare) y el ICN de la reclamación que desea corregir.

Luego de que haya seleccionado el tipo de solicitud y haya ingresado las correcciones para los campos aplicables, se le pedirá que confirme sus elecciones y envíe la solicitud. Si la solicitud es aprobada, usted recibirá una carta y una nueva notificación de remesa de pago.

Si quiere aprovechar el método de **presentación por teléfono** de First Coast para las solicitudes de reapertura administrativa, por favor consulte las [solicitudes de reapertura de teléfono vía el IVR](#).

Recuerde, ya sea que usted prefiera corregir sus reclamaciones en línea o por teléfono, usted no tendrá que esperar hasta el 1 de diciembre. Usted puede *corregir sus reclamaciones más rápido* en el SPOT y el IVR - **hoy**.

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

Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8805 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8805
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de septiembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3070CP
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Este artículo fue revisado el 19 de septiembre para reflejar la solicitud de cambio revisada (CR) 8805 emitida el 17 de septiembre. El artículo fue revisado para corregir la descripción en el punto 7 de la página 2. También la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para el acceso a la CR se revisaron.

Resumen

La petición de cambio (CR) 8805 informa a los contratistas de las pruebas con dispensa recientemente aprobadas por la Food and Drug Administration, bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, que requieren el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren un modificador QW para ser reconocidas como unas pruebas con dispensa: 81002, 81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013 y 85651. Dado que estas pruebas se comercializan inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas de las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar adecuadamente las

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8805, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3070.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3070, CR 8805

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

Suscripción a Medicare Parte B

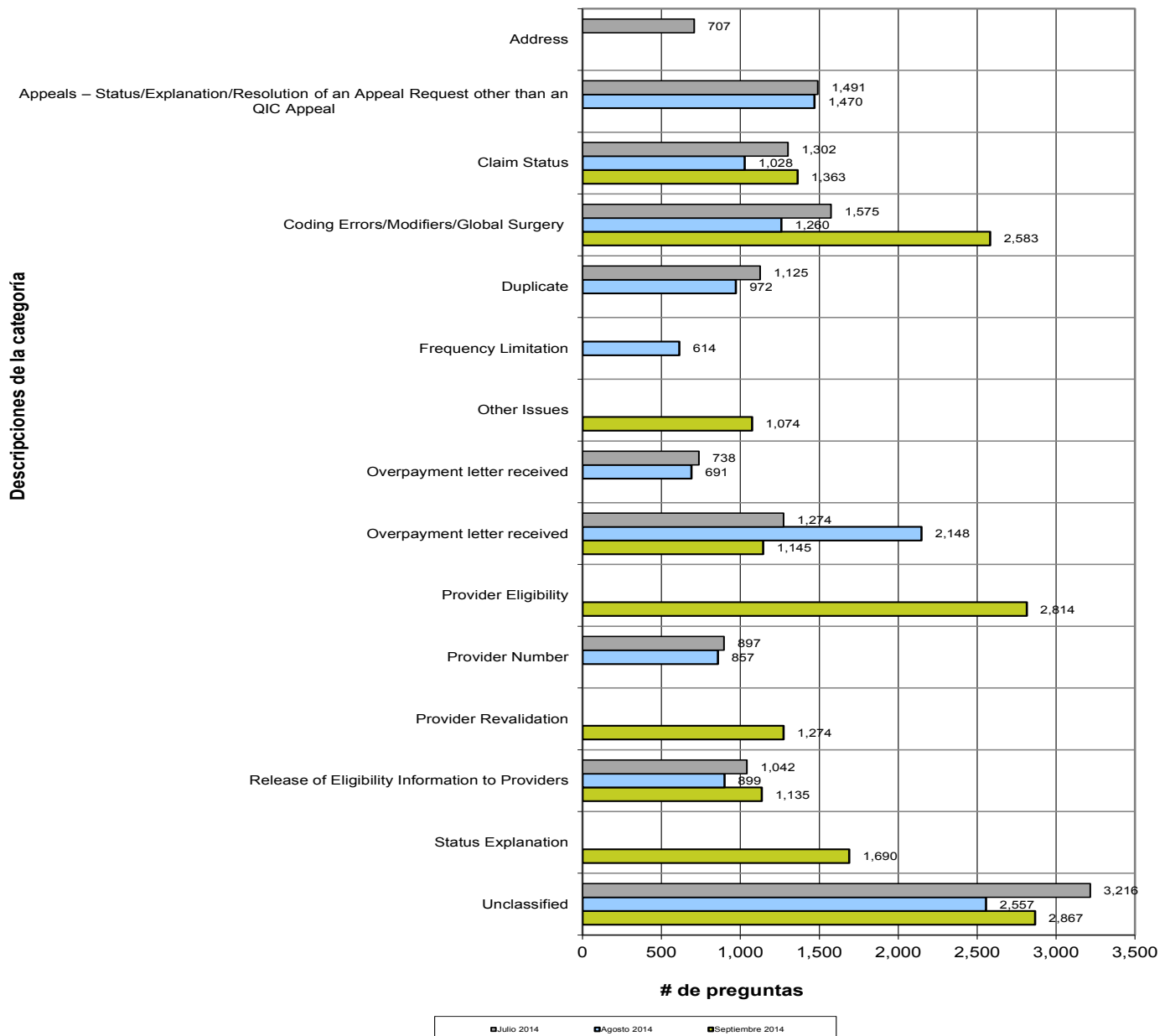
La *Parte B de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas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

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

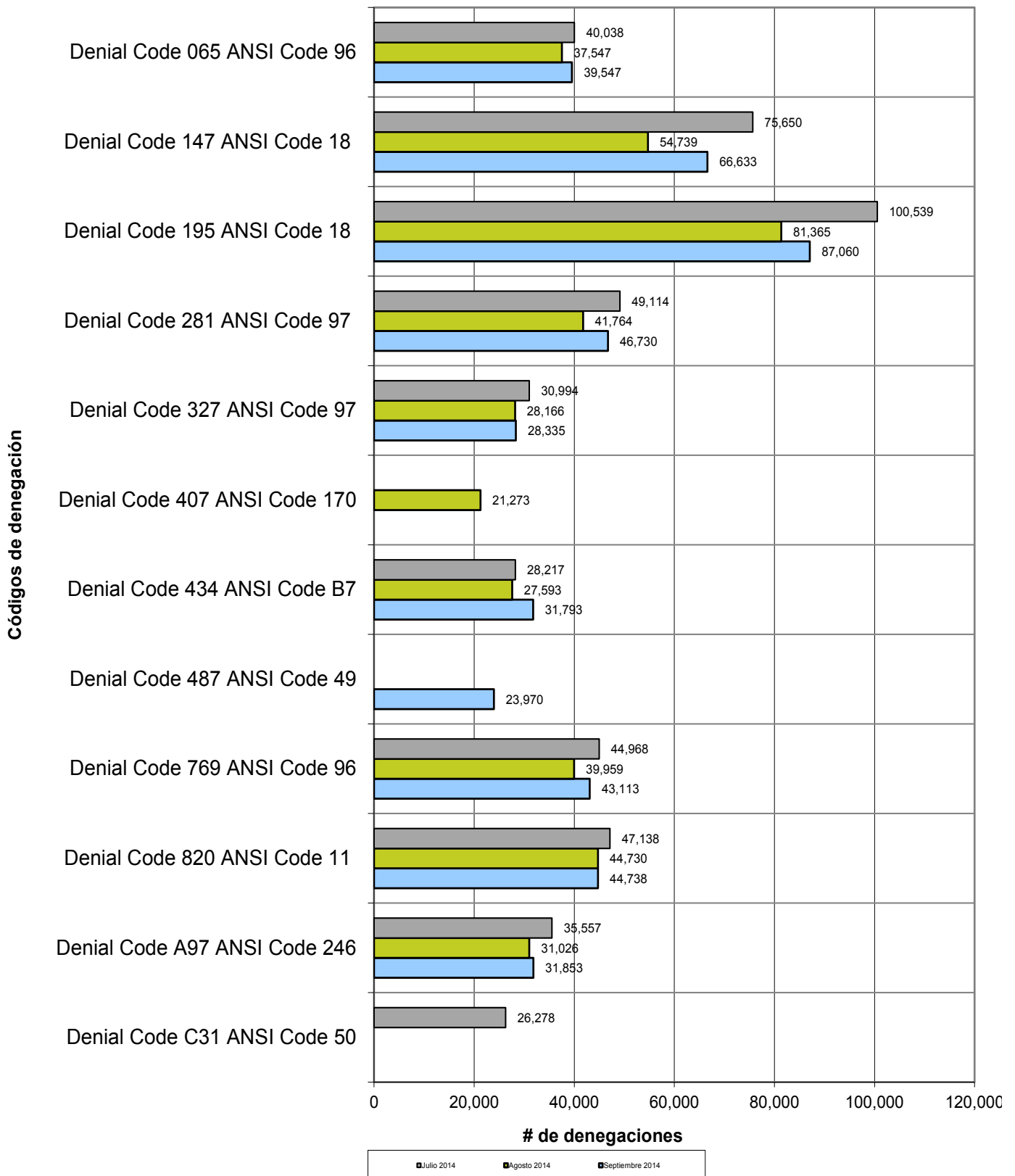
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en julio - septiembre de 2014

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 julio a septiembre 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/.

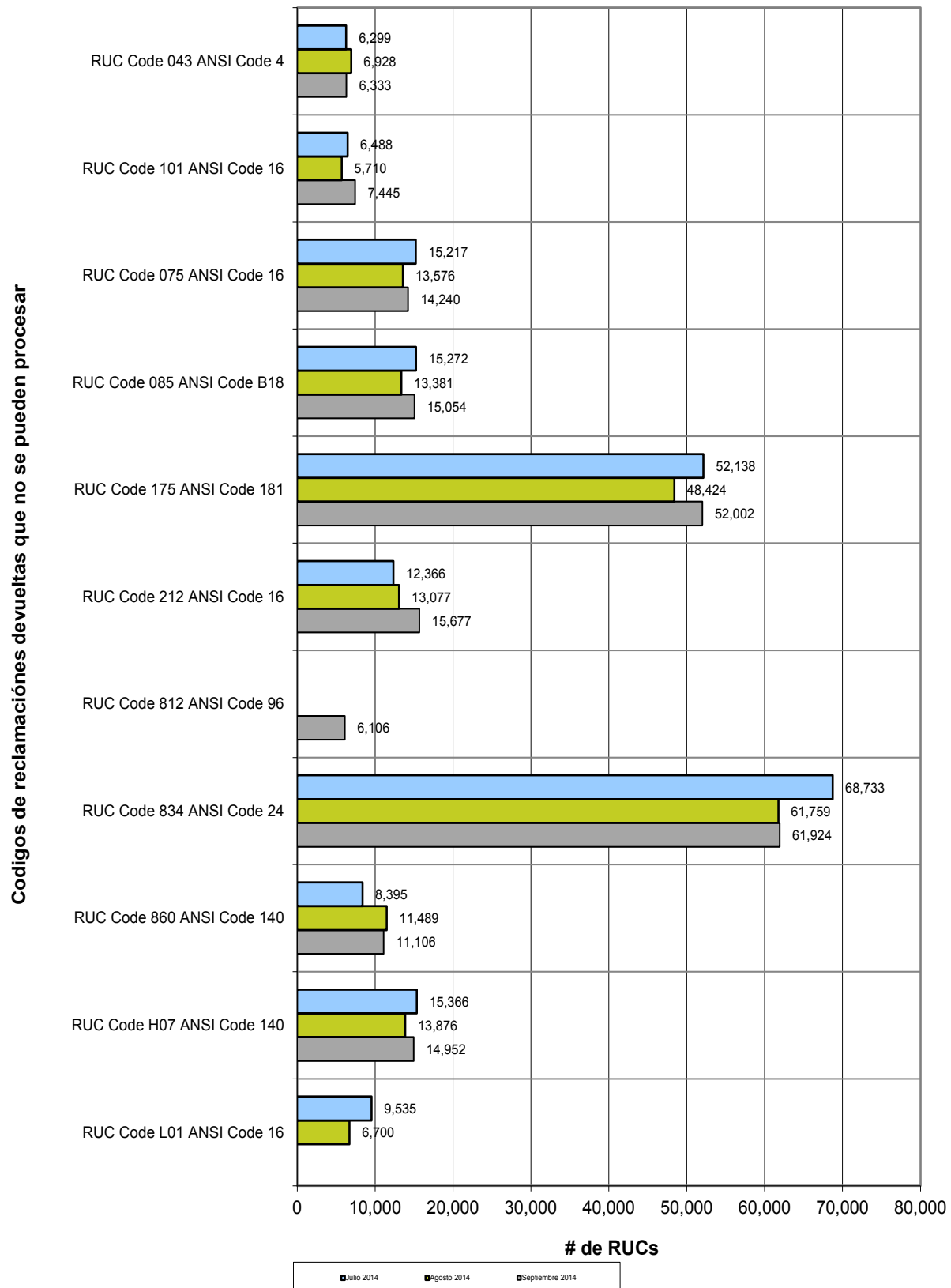
Preguntas de Parte B más frecuentes en julio-septiembre de 2014



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



RUC de Parte B más frecuentes en julio-septiembre de 2014



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Hemophilia clotting factors – revisión a la LCD de Parte B**Identificador de LCD: L29187 (Florida)****Identificador de LCD: L29345 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para los factores de coagulación de hemofilia fue revisada en base a la petición de cambio 8880 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio [ASC] de octubre de 2014). El código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) C9135 (Factor ix [antihemophilic factor, recombinant], Alprolix, per 10 i.u.) fue añadido a la sección “CPT®/HCPCS Codes” de la LCD.

Adicionalmente, en base a la aprobación de Eloctate (antihemophilic factor VIII [recombinant], Fc Fusion Protein) por la Food and Drug Administration (FDA), HCPCS C9399 y J7199 fueron añadidos a la sección “CPT®/HCPCS Codes” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para añadir el código HCPCS C9135 es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2014**. La revisión de la LCD para añadir los códigos HCPCS C9399 y J7199 es efectiva para los servicios prestados **a partir del 10 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](#).

Viscosupplementation Therapy for knee – revisión a la LCD de Parte B**Identificador de LCD: L29307 (Florida)****Identificador de LCD: L29408 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local para la terapia de viscosuplementación para la rodilla ha sido revisada en base a una evaluación del medicamento Monovisc™ el cual fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento del dolor en la osteoartritis de la rodilla en pacientes que no responden adecuadamente a la terapia conservadora no farmacológica y a los analgésicos simples. Monovisc™ es una solución viscoelástica estéril, no pirogénica, de hialuronano contenida en una jeringa de un sólo uso lo cual es equivalente a tres inyecciones de Orthovisc. Se hizo una revisión para añadir los códigos HCPCS C9399 -medicamentos o productos biológicos no clasificados (Hyaluronan, Monovisc™, para inyección intrarticular, una sola inyección, 4 mL) y el código HCPCS J3490- medicamentos no clasificados (Hyaluronan, Monovisc™, para inyección intrarticular, una sola inyección, 4 mL) y el código HCPCS J3490- medicamentos no clasificados (Hyaluronan, Monovisc™, para inyección intrarticular, una sola inyección, 4 mL) a la sección “CPT®/HCPCS Codes” de la LCD. Los códigos HCPCS C9399 y J3490 fueron añadidos bajo el subtítulo de la sección

“ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD. Bajo la sección “Utilization Guidelines” de la LCD, Monovisc™ fue añadido como un medicamento con la dosis total y la descripción de la duración del tratamiento. Las “Sources of Information and Basis for Decision” (“fuentes de información y bases para la toma de decisiones”) también han sido actualizadas para añadir las referencias para esta revisión.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD entra en vigor para las reclamaciones procesadas **a partir del 30 de septiembre de 2014**, para los servicios prestados a partir del **25 de febrero de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información médica adicional

**Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) –Parte B:
Tanzeum™ (albiglutide para inyección) J3490/J3590/C9399**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proveen instrucciones a los contratistas sobre el pago de Medicare para medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio de un médico. Las instrucciones también le proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables autoadministrados excluidos incidentes al servicio de un médico se encuentran en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c15.pdf#page=50>.

Efectivo para los servicios prestados a partir del 1 de

diciembre de 2014, el siguiente medicamento ha sido añadido a la lista de SAD de MAC J-N Parte B.

- J3490/J3590/C9399 albiglutide para inyección (Tanzeum™ para uso subcutáneo) 30 mg

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

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en: http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/.

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

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



Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

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

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

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

Lista de vacunados contra la influenza

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

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

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), prótesis 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 prótesis

Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplier

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

Cambio de dirección del proveedor:

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

y

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

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

Investigaciones del congreso

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

Educación al proveedor

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

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

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril

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

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First

Coast), su contratista administrativo de Medicare

<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

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 educacionales

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prótesis

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager