

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Agosto 2015



## En esta edición

Moratoria temporera extendida.....	4
CMS actualiza su iniciativa nacional .....	7
Rechazo del archivo común de trabajo .....	14
CMS emite notificación de disponibilidad .....	16
Política de diálisis en el hogar .....	21
Nuevas pruebas con dispensa .....	23

## Utilice las herramientas Web de First Coast para que su grupo de proveedores continúe avanzando

Shirley Knoll conoce la facturación a Medicare como la palma de la mano. Ella es la directora de facturación del estado para la Therapy Management Corporation, un proveedor nacional de servicios de rehabilitación importante liderando un grupo de 10 profesionales de facturación quienes manejan las reclamaciones para 16 localidades de proveedores en el centro de Florida.

Su grupo de proveedores recientemente hicieron la transición desde papel a PECOS basado en Internet en el manejo de las solicitudes y revalidaciones de inscripción del proveedor. "En el cambio a PECOS, encontramos algunas dificultades con nuestras revalidaciones."

*PECOS (The Internet-based Provider Enrollment, Chain, and Ownership System)* simplifica el proceso de inscripción para los solicitantes al verificar la

información del proveedor en línea y transmitiendo electrónicamente los datos de inscripción directamente al

**“ Las animaciones de inscripción del proveedor fueron sumamente útiles. Esto para mí fue muy importante. Si usted es nuevo en Medicare, definitivamente revisaría dichas páginas. De hecho, si alguien fuera a establecer una nueva práctica de proveedores en Florida, le recomendaría comenzar con el sitio Web de First Coast. ”**



–Shirley Knoll, CPC  
Therapy Management Corporation  
Directora de facturación

contratista de Medicare responsable de procesarla. Knoll recomienda la revalidación y las *animaciones de inscripción del proveedor* en el sitio Web de First Coast como una manera de preparación para la

Ver **UTILICE**, en la página 5



medicareespanol.fcso.com



**Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante**

## Partes A y B

### Ambulancia

Errores de pago comunes para el código HCPCS A0427.....3

Moratoria temporera extendida .....4

### Apelaciones

CMS aclara el ámbito de la revisión.....6

### EDI

Actualización de la lista de códigos.....6

### Facturación

CMS actualiza su iniciativa nacional de verificación de visita al lugar .....7

Actualización de julio de 2015.....7

Actualización para los cambios de códigos de octubre de 2015 .....8

### Inscripción del proveedor

Extensión de la moratoria de inscripción del proveedor para las HHA.....8

### Servicios preventivos

Detección de virus de la hepatitis C .....9

### Tarifas fijas

Actualización de octubre del manual de tarifas fijas para médicos .....10

Actualización de octubre de la tarifa fija de DMEPOS.....11

### Recursos educativos

Calendario de eventos.....12

MLN Connects® Provider e-News.....13

## Parte A

### Asuntos de procesamiento

Rechazo del archivo común de trabajo de las reclamaciones .....14

### Facturación

Instrucciones de procesamiento.....14

CMS emite las especificaciones del editor de códigos ambulatorios .....15

### Hospital

CMS aclara la política.....16

## PARD

CMS emite notificación de disponibilidad del índice salarial preliminar .....16

### Determinaciones locales de cobertura de Parte A

.....17

### Revisiones a las LCD existentes

Spinal cord stimulation .....18

Luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs.....18

Contactos de Parte A .....19

## Parte B

### CERT

Atención médicos: ¿Están ordenando oxígeno para sus pacientes? .....20

### Evaluación y manejo

Política de diálisis en el hogar .....21

Procedimientos pulmonares y servicios de E/M.....21

### Facturación

Actualización de MREP .....22

POS nuevo y revisado para los hospitales ambulatorios.....22

Interpretación de radiología realizada a los pacientes .....23

### Laboratorio

Nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la FDA.....23

### Determinaciones locales de cobertura de Parte B

.....24

### Revisiones a las LCD existentes

Spinal cord stimulation .....25

Luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs.....25

Contactos de Parte B de Puerto Rico .....26

Contactos de Parte B de Florida .....27

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos .....28

## Medicare A y B Al Día

### Publications staff

Kathleen Storey

Soffia Lennie

Terri Drury

Martin Smith

Mark Willett

Robert Petty

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

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

Medicare Publications  
1-904-361-0723

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

*ICD-9 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 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

# Errores de pago comunes para el código HCPCS A0427 del transporte de emergencia en ambulancia

Uno de los principales contribuyentes a la tasa de error de pago de reclamaciones de First Coast Service Options (First Coast), según lo medido por el programa de Comprehensive Error Rate Testing (CERT), es la facturación incorrecta del código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) A0427. El código HCPCS A0427 es definido como un servicio de ambulancia, apoyo vital avanzado (ALS), transportación de emergencia, nivel 1.

Recientes hallazgos de error de CERT demuestran que el beneficiario no cumplió con las pautas de cobertura por las siguientes razones:

- Documentación insuficiente para respaldar la necesidad médica del servicio o el nivel de servicio facturado;
- La documentación no incluyó la firma del beneficiario (o la firma de su representante autorizado)

Le recomendamos a los suplidores de ambulancia que revisen el siguiente artículo sobre el beneficio de ambulancia de Medicare y se aseguren de que cumplen con los requerimientos de documentación para los servicios que son médicamente razonables y necesarios.

### Necesidad médica

Un error común de CERT para el código HCPCS A0427 es que la documentación clínica presentada para revisión no respaldó el nivel de la transportación de emergencia en ambulancia facturado. Por ejemplo, la documentación para una reclamación indicaba que el beneficiario estaba "débil, con náuseas/vómitos y dolor de espalda agudo por la cirugía. El beneficiario pudo caminar hacia la camilla para la transportación."

Para ser cubierto, los servicios de ambulancia deben ser médicamente necesarios y razonables. De acuerdo a [CMS publicación 100-02, capítulo 10 Ambulance Services, sección 10.2.1 Necessity for the Service](#) (en inglés), la necesidad médica es establecida cuando la condición del paciente es tal que cualquier otro método de transportación es contraindicado. En cualquier caso en el cual algunos medios de transportación distintos de la ambulancia pudieron haber sido utilizados sin poner en peligro la salud del individuo, ya sea que el otro medio de transportación esté disponible al momento, ningún pago puede ser emitido por los servicios de ambulancia. El manual también declara que las razones por las que el transporte de ambulancia deben ser médicamente necesarias. Esto es, el transporte debe ser para obtener un servicio cubierto de Medicare o para regresar de dicho servicio.

Además, la [sección 10.2.2 Reasonableness of the Ambulance Trip](#) (en inglés) declara que bajo la tarifa fija (FS), el pago es realizado de acuerdo con el nivel de servicios médicamente necesarios realmente provistos.

Esto es, el pago es basado en el nivel del servicio provisto (siempre y cuando haya sido médicamente necesario), no simplemente en el vehículo utilizado. Aún si un gobierno local requiere una respuesta de ALS para todas las llamadas, el pago bajo el FS es realizado sólo para el nivel del servicio provisto y entonces sólo cuando el servicio es médicamente necesario.

Otro error común de CERT es que aunque un código(s) de ICD-9 fue presentado en la reclamación, la documentación clínica presentada sobre la condición del beneficiario era insuficiente o estaba ausente. De acuerdo con la [publicación de CMS 100-04, capítulo 15 Ambulance, sección 40 Medical Conditions and Instructions](#) (en inglés), los contratistas de Medicare dependerán de la documentación del registro médico para justificar la cobertura, no simplemente el código HCPCS o el código de condición por sí mismos.

### Documentación

En todos los casos, la documentación apropiada debe mantenerse en los archivos y según sea solicitada, ser presentada al contratista/intermediario. La documentación apropiada incluye:

- Instrucciones de despacho;
- Condición del paciente;
- Otra información de la escena; y
- Detalles del transporte (por ejemplo, medicamentos administrados, cambios en la condición del paciente y millas viajadas)
- Firmas apropiadas y legibles

### Firmas ausentes

Otro error común de CERT para el código HCPCS A0427 es que la documentación presentada no incluyó la firma del beneficiario o la firma de su representante autorizado. Según lo descrito en la [publicación de CMS 100-02, capítulo 10, sección 20.1.2](#) (en inglés), Medicare requiere la firma del beneficiario o la de su representante, para el propósito de aceptación de la asignación y para presentar la reclamación a Medicare.

Si el beneficiario no es capaz de firmar debido a una condición mental o física, los siguientes individuos pueden firmar el formulario de reclamación a nombre del beneficiario:

- El tutor legal del beneficiario
- Un familiar u otra persona que recibe el seguro social u otros beneficios del gobierno a nombre del beneficiario
- Un familiar u otra persona que organiza el tratamiento del beneficiario o ejerce otra responsabilidad para sus asuntos

Ver **ERRORES**, en la próxima página

## ERRORES

De la página anterior

- Un representante de una agencia o institución que no presta los servicios por los cuales se reclama el pago, pero prestó otro cuidado, servicios o asistencia al beneficiario
- Un representante del proveedor o del hospital no participante reclamando el pago por servicios que ha provisto, si el proveedor u hospital no participante no puede conseguir que se firme la reclamación de acuerdo a 42 CFR 424.36(b) (1-4)
- Un representante del proveedor o suplidor de ambulancia que está presente durante una transportación de emergencia y/o que no es de emergencia, siempre y cuando el proveedor o suplidor de la ambulancia mantenga cierta documentación en sus registros por al menos cuatro años desde la fecha del servicio. Un proveedor/suplidor (o su empleado) no puede solicitar el pago por los servicios prestados excepto bajo circunstancias totalmente documentado para mostrar que el beneficiario no puede firmar y que no hay otra persona que podría firmar

Medicare no requiere que la firma para autorizar la presentación de la reclamación sea obtenida al momento de la transportación para el propósito de aceptar la asignación del pago de Medicare por los beneficios de ambulancia. Cuando un proveedor/suplidor no puede obtener que la firma del beneficiario, o la de su representante, al momento de la transportación, debe obtenerla en cualquier momento antes de presentar la reclamación a Medicare para pago.

### Recursos educativos adicionales

Centro de servicios de ambulancia de CMS

<http://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Ambulances-Services-Center.html> (en inglés)

Lista de verificación de First Coast para la documentación de la transportación en ambulancia

[http://medicareespanol.fcso.com/documentacion\\_medica/193454.pdf](http://medicareespanol.fcso.com/documentacion_medica/193454.pdf)

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

## Moratoria temporera extendida sobre la inscripción de las agencias de salud en el hogar y suplidores de ambulancia



El 28 de julio de 2015, CMS publicó un aviso en el *Federal Register* (CMS-6059 N3) ([go.usa.gov/37m9W](http://go.usa.gov/37m9W)) que anuncia la moratoria temporera sobre la inscripción de nuevas agencias de salud en el hogar, subunidades de agencias de salud en el hogar y suplidores de ambulancia terrestre de Parte B está siendo extendida por unos seis meses adicionales en ciertas áreas geográficas en Florida, Illinois, Michigan, Texas, Pennsylvania y New Jersey para prevenir y combatir el fraude, derroche y abuso.

Para más información vea el artículo de *MLN Matters*® SE1425 ([go.usa.gov/37mnR](http://go.usa.gov/37mnR)), "Extension of Provider Enrollment Moratoria for Home Health Agencies and Part B Ambulance Suppliers" (en inglés).

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



## UTILICE

De la página 1

transición a PECOS. “Las animaciones de inscripción del proveedor fueron sumamente útiles. Esto para mí fue muy importante. Si usted es nuevo en Medicare, yo definitivamente revisaría dichas páginas. De hecho, si alguien fuera a establecer una nueva práctica de proveedor en Florida, yo le recomendaría comenzar con el sitio Web de First Coast.”

Para su práctica, la transición a PECOS también facilitó los cambios de direcciones cuando su grupo relocalizó varias prácticas a diferentes localidades. “Este proceso puede ser realmente confuso al momento de abrir nuevas prácticas de proveedores. Con las relocalizaciones, tuvimos que volver a obtener las credenciales para asegurar que estábamos cumpliendo con la regla de las 30 millas. Nosotros completamos el proceso de aplicación dentro de 15-20 minutos utilizando PECOS y recibimos la aprobación dentro 60 días. Cuando hicimos este proceso en papel, todo el proceso nos tomó hasta 9 meses, y en una ocasión casi un año completo.”

Para su práctica, la transición a PECOS también facilitó los cambios de direcciones cuando su grupo relocalizó varias prácticas a diferentes localidades. “Este proceso puede ser realmente confuso al momento de abrir nuevas prácticas de proveedores. Con las relocalizaciones, tuvimos que volver a obtener las credenciales para asegurar que estábamos cumpliendo con la regla de las 30 millas. Nosotros completamos el proceso de aplicación dentro de 15-20 minutos utilizando PECOS y recibimos la aprobación dentro 60 días. Cuando hicimos este proceso en papel, todo el proceso nos tomó hasta 9 meses, y en una ocasión casi un año completo.”

Uno de los consejos que ella ofrece a cualquiera que utilice las herramientas de inscripción del proveedor es mantener notas útiles de la información que usted necesitará ingresar para ingresarla una vez que abra la solicitud en línea. “Mantenga sus hojas de apuntes junto a su computadora con el nombre del oficial de la práctica y otra información y usted puede terminar en 15 minutos en comparación con dos horas,” dijo Knoll.

Además de las funciones de inscripción del proveedor, Knoll utiliza una gran variedad de recursos disponibles a través del sitio de First Coast. Según ella audita cada mes, Knoll frecuentemente hace referencia a página de

las razones principales de denegación de reclamaciones para diagnosticar cualquier problema que pueda aparecer con su auditoría. “Esta página es tan útil. Yo encuentro lo que estoy buscando en unos cuantos clics.” Knoll indicó que ella utiliza muchas funciones diferentes en el sitio porque pasó la mejor parte de un día de trabajo dedicando el tiempo a explorar el sitio. “Si usted va al sitio de First Coast y toma la mejor parte de una tarde, usted se sorprenderá de lo que encontrará. Usted ahorrará mucho más tiempo simplemente al aprender y poner en práctica lo que está disponible a su alcance.”

Knoll dice que ella se mantiene a la vanguardia de sus requerimientos de educación también a través del sitio de First Coast. “Los cursos de educación en *First Coast University* no tienen precio. Yo encuentro que son sumamente útiles para mantenerse al día con los cambios en Medicare,” afirmó. “El sitio Web de First Coast es mi primera opción cuando necesito información. Nueve de cada diez veces encuentro exactamente lo que estoy buscando. En algunos casos, hasta lo hemos usado para buscar información para planes de salud distintos a Medicare.”

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ofrece cursos de adiestramiento en línea para las oficinas de proveedores de *Parte A* y *Parte B* a través de First Coast University. Muchos de los cursos disponibles ofrecen horas de educación continua. Las clases de adiestramiento dirigidas por un instructor y los cursos de adiestramiento en línea (OLT) le dan a los facturadores de Medicare la oportunidad de mantenerse al día con las políticas de Medicare y opciones para adiestrar a nuevos empleados con instrucción sobre los conceptos básicos de la facturación de Medicare.

First Coast University también ofrece cursos sobre cómo utilizar varias de las *herramientas Web de First Coast* incluyendo el *Secure Online Provider Tool (SPOT)* y la herramienta de búsqueda de tarifas fijas entre otros. “Predominantemente, las dos herramientas que más utilizo son las herramientas de búsqueda de *tarifas fijas* y *búsqueda de LCD*. Y, acabo de comenzar a utilizar el SPOT, verificando la elegibilidad del paciente y el estatus de las reclamaciones,” dijo Knoll.

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

## Apelaciones

# CMS aclara el ámbito de la revisión en redeterminaciones de reclamación y revisiones posteriores al pago

Número de *MLN Matters*®: SE1521  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron sus instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y los contratistas independientes calificados (QIC) sobre cómo llevar a cabo apelaciones y revisar los aspectos de cobertura y pagos que envuelven reclamaciones previamente denegadas.

Para las redeterminaciones y reconsideraciones de reclamaciones denegadas luego de una revisión o auditoría posterior al pago, CMS ha instruido a los MAC

y los QIC para limitar su revisión a la razón(es) por la que la reclamación o ítem de línea en cuestión fue denegada inicialmente. Esta instrucción actualizada aplica a las solicitudes de redeterminación recibidas por un MAC o QIC a partir del 1 de agosto de 2015 y no será aplicada retroactivamente.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1521.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1521

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

## EDI

# Actualización de la lista de códigos de comentarios de remesas de pago y de códigos de denegación de ajuste de reclamación

Número de *MLN Matters*®: MM9278  
 Número de petición de cambio relacionado: 9278  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3298CP  
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

### Resumen

La petición de cambio 9278 (CR) anuncia las actualizaciones de códigos de comentarios de remesas de pago, códigos de denegación de ajuste de reclamación, Medicare Remit Easy Print (MREP) y PC Print para reflejar los cambios a las políticas de Medicare.

La CR 9278 lista sólo los cambios que se han aprobado desde la última actualización del código (CR 9125) emitida el 13 de abril de 2015 y no proporciona una lista completa de los códigos para estos dos conjuntos de códigos.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9278.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9278, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3298CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3298, CR 9278

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

## Facturación

# CMS actualiza su iniciativa nacional de verificación de visita al lugar



Número de *MLN Matters*®: SE1520  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron información actualizada sobre su iniciativa de visita al lugar para combatir y eliminar el fraude dentro del programa de Medicare.

La iniciativa nacional de la visita al lugar (NSV) es parte del programa nacional de prevención de fraude

## Actualización de julio de 2015 para los cambios de código de medicamentos/productos biológicos

Número de *MLN Matters*®: MM9167 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 9167  
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2015  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R3292CP  
Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

La petición de cambio 9167 anuncia las actualizaciones trimestrales de los códigos de medicamentos/productos biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). La actualización de julio incluye nuevos códigos. Nota: Este artículo fue revisado el 20 y el 22 de julio para clarificar el uso del código HCPCS Q997, 'compounded drug' (medicamento compuesto). También, la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para el acceso a la CR 9167 fueron revisados. El resto de información permanece igual.

### Resumen

La petición de cambio 9167 anuncia las actualizaciones trimestrales de los códigos de medicamentos/productos biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). La actualización incluye nuevos códigos de julio.

Además, la CR 9167 actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* para abordar el uso del código de

de CMS (NFPP) y ayuda a CMS en sus esfuerzos para prevenir el fraude y abuso en el programa de Medicare comenzando con el proceso de inscripción.

En el 2011, CMS implementó un programa de verificación de visita al lugar utilizando un contratista nacional de visita al lugar (NSVC). El programa de verificación de visita al lugar es un mecanismo de selección para evitar que los proveedores y suplidores cuestionables se inscriban o mantengan su inscripción en el programa de Medicare. El NSVC llevará a cabo visitas al lugar sin previo aviso para los proveedores y suplidores de la Parte A/B de Medicare.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1520.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1520

*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.*

medicamentos no clasificados (NOC) de un medicamento compuesto en reclamaciones de medicamentos compuestos. A partir de julio de 2015, las reclamaciones por medicamentos compuestos deben ser presentadas utilizando el código NOC HCPCS para medicamento compuesto.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9167.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9167, 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/R3292CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3292, CR 9167

*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 para los cambios de códigos de medicamentos/productos biológicos de octubre de 2015

Número de *MLN Matters*®: MM9273  
 Número de petición de cambio relacionado: 9273  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3304CP  
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

### Resumen

La petición de cambio 9273 anuncia las actualizaciones trimestrales para los códigos de medicamentos/productos biológicos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), los cuales incluyen el siguiente código nuevo:

- Q9979 Alemtuzumab, 1 mg

### Información adicional

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

[Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9273.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/MM9273.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9273, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R3304CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3304, CR 9273

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

## Inscripción del proveedor

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

Número de *MLN Matters*®: SE1425 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

*Durante la moratoria temporal de seis meses, las solicitudes iniciales de inscripción del proveedor y las solicitudes de cambio de información para añadir localidades de práctica adicional, recibidas de las agencias de salud en el hogar (HHA), las subunidades de las HHA y los suplidores de ambulancia de la Parte B en los condados listados serán denegadas. Este artículo fue revisado el 27 de julio de 2015, para reflejar una extensión de la moratoria por unos seis meses adicionales desde el 29 de julio de 2015.*

### Resumen

A partir del 29 de julio de 2015, la moratoria temporal sobre las nuevas agencias de salud en el hogar (HHA), subunidades de HHA y los suplidores de ambulancia terrestre de Parte B, está siendo extendida por unos seis meses adicionales en ciertas localidades

geográficas (listadas en el artículo).

Hasta que esta moratoria de seis meses haya expirado, las HHA, las subunidades de HHA y los suplidores de ambulancia de Parte B no deben presentar solicitudes de inscripción inicial o solicitudes de cambio de información para añadir localidades de práctica adicional; estas solicitudes serán denegadas. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciarán en el Federal Register cuando la moratoria haya sido levantada o si será extendida.

### Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1425

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



### Requerimientos de firma de Medicare

El requerimiento de Medicare para autenticar el archivo médico es asegurar que los servicios prestados han sido completamente documentados y autenticados por el autor del ingreso en el archivo médico. *Haga clic aquí* para más información sobre los requerimientos de firma de Medicare y cómo adherirse a estos puede prevenir que sus reclamaciones sean afectadas.



## Servicios preventivos

### DetECCIÓN de virus de la hepatitis C en adultos – implementación de las ediciones adicionales

Número de *MLN Matters*®: MM9200 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 9200  
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de junio de 2015  
Fecha de efectividad: 2 de junio de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R3285CP  
Fecha de implementación: Para las ediciones del sistema compartido de FISS, publicaciones divididas entre el 5 de octubre de 2015 y el 4 de enero de 2016; 20 de julio de 2015, - para la ediciones del sistema no compartido de MAC; 5 de octubre de 2015 - para las ediciones de los sistemas compartidos de CWF.

*La petición de cambio 9200 informa a los proveedores que los beneficiarios nacidos antes de 1945 o después de 1965, sin factores de riesgo para el virus de la hepatitis C (HCV) no son elegibles para los beneficios de detección de HCV. El artículo fue revisado el 10 de agosto para hacer aclaraciones sobre los servicios de HCV en las clínicas de salud rural, los centros de salud federalmente calificados y los hospitales de cuidado crítico.*

#### Resumen

La petición de cambio 9200 detalla la edición del sistema en respaldo a la petición de cambio 8871. A partir del 2 de junio de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron la petición de cambio (CR) 8871, que cubre la detección de virus de la hepatitis C (HCV) para los beneficiarios adultos que cumplen con

uno de los siguientes:

- Nacieron de 1945 a 1965 (única detección)
- Tienen una historia actual o pasada de inyección de drogas ilícitas (detección anual)
- Tienen un historial de recibir una transfusión de sangre antes de 1992 (única detección)

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9200.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9200, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3285CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3285, CR 9200

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

**Tarifas fijas**

# Actualización de octubre del manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud de Medicare de 2015

Número de *MLN Matters*®: MM9266  
 Número de petición de cambio relacionado: 9266  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3317CP  
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

**Resumen**

Los cambios clave son para las unidades de valor relativo de negligencia profesional (RVU) de los siguientes códigos: 33471, 33606, 33611, 33619, 33676, 33677, 33692, 33737, 33755, 33762, 33764, 33768, 33770, 33771, 33775, 33776, 33777, 33778, 33779, 33780, 33781, 33783, 33786, 33803, 33813, 33822, 33840 y 33851. En adición, el código de procedimiento Q9979 es asignado al indicador de estatus de procedimiento de E (excluido del manual de tarifas fijas de médicos y profesionales de la salud por las regulaciones). Ningún pago debe ser hecho bajo el manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud para estos códigos y generalmente, no se muestran las RVU.

De acuerdo con el Medicare Claims Processing Manual (Publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe ser considerado la notificación

de 30 días de un cambio al manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud de Medicare de 2015 programado para el 5 de octubre de 2015.

First Coast proveerá más detalles en cuanto al alcance de los cambios una vez que los archivos son recibidos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Por favor continúe monitoreando la sección de noticias de las tarifas del sitio Web <http://medicareespanol.fcso.com/> así como las eNews de First Coast para más actualizaciones relacionadas a los cambios de las tarifas fijas.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9266.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9266, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3317CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3317,

CR 9266

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



**Calcule las posibilidades ...**

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

## Actualización de octubre de la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*®: MM9279

Número de petición de cambio relacionado: 9279

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de agosto de 2015

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015 (para la implementación de las cantidades de tarifa fija para los códigos en efecto el 1 de enero de 2015; 1 de octubre de 2015 para todos los demás cambios)

Número de transmisión de CR relacionado: R3323CP

Fecha de implementación: 5 octubre de 2015

### Resumen

La tarifa fija del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) es actualizada trimestralmente, cuando sea necesario, para implementar las cantidades de tarifa fija para los códigos nuevos y existentes, según sea aplicable, y aplicar los cambios en las políticas de pago.

Como parte de la actualización de octubre de 2015, el pago en base a la tarifa fija es un requerimiento reglamentario en 42 CFR (*Code of Federal Regulations*) §414.102 para nutrición parenteral y enteral (PEN), entablillados y yesos y lentes intraoculares (IOL) insertados en una oficina médica.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9279.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9279, 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 <https://www.cms.gov>.



[gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3323CP.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3323CP.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3323, CR 9279

*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.*

**Recursos educativos**

**Calendario de eventos**

**Septiembre de 2015**

ICD-10: Está a la vuelta de la esquina  
 Cuando: 2 de septiembre de 2015  
 Hora: 11:00 AM-12:30 PM 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/0297375.asp>

ICD-10: Está a la vuelta de la esquina  
 Cuando: 3 de septiembre de 2015  
 Hora: 2:00-3:00 PM ET  
 Tipo: Webcast

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0298293.asp>

Medicare Speaks 2015 Tampa  
 Cuando: 15-16 de septiembre de 2015  
 Hora: 7:30 AM-4:15 PM ET  
 Tipo: Cara a cara

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

[http://medicareespanol.fcso.com/medicare\\_speaks/278562.pdf](http://medicareespanol.fcso.com/medicare_speaks/278562.pdf)

**Dos formas fáciles de inscribirse**

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

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

**Nota:**

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_  
 Título del registrante: \_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de email: \_\_\_\_\_  
 Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

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





## MLN Connects® Provider e-News de CMS

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

- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 23 de julio de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 30 de julio de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 6 de agosto de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 13 de agosto de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 20 de agosto de 2015](#)

### **Medicare Learning Network®**

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



**Asuntos de procesamiento**

## Rechazo del archivo común de trabajo de las reclamaciones con HCPCS C5271-C5278

**Problema**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente identificaron un problema por el cual el archivo común de trabajo (CWF) está actualmente rechazando ítems de línea de reclamaciones ambulatorias que contienen los valores C5271-C5278 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Este error se produce porque estos códigos no fueron añadidos a las listas de derivación adecuadas con la actualización anual del centro de enfermería especializada (SNF) de 2014.

**Resolución**

A partir del 18 de agosto de 2015, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) aplicarán una anulación a nivel de reclamación de 'SNF CB edición C7252' para:

- HCPCS C5271 – C5278
- Tipo de factura 13x y 85x

- Fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014
- Reclamaciones procesadas antes del 18 de agosto de 2015

**Estatus/fecha de resolución**

Abierto.

**Acción del proveedor**

Para las reclamaciones procesadas el 1 de enero de 2014-18 de agosto de 2015, con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2014, los proveedores que tengan reclamaciones que cumplen con los criterios antes mencionados pueden contactar a First Coast para solicitar un ajuste.

**Problemas de procesamiento actuales**

Aquí está el enlace a una tabla con los [problemas de 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.*

**Facturación**

## Instrucciones de procesamiento de reclamaciones para el diagnóstico de tomosíntesis digital del seno



Número de *MLN Matters*®: MM9191  
 Número de petición de cambio relacionado: 9191  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3301CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las instrucciones de procesamiento de reclamaciones para el código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0279, definido "diagnóstico de tomosíntesis digital del

seno, unilateral o bilateral (listado separadamente en adición a G0204 o G0206)."

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2015, Medicare pagará reclamaciones para el código HCPCS G0279 bajo las siguientes condiciones:

- Pago por el código HCPCS G0279 será permitido sólo cuando se facture en conjunto con el código HCPCS G0204 o G0206
- Un deducible y coaseguro serán aplicados a las líneas de reclamación con el código HCPCS G0279
- Las reclamaciones institucionales para el código HCPCS G0279 serán pagadas por los tipos de facturas (TOB) 12x, 13x, 22x, 23x y 85x cuando son presentadas con el código de ingreso 0401
- Las reclamaciones profesionales para el código HCPCS G0279 serán pagadas para TOB 85x cuando son presentadas con el código de ingreso 096x, 097x o 098x
- Medicare pagará por el código HCPCS G0279 en las reclamaciones institucionales TOB 12x, 13x, 22x y 23x en base al manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud de Medicare (MPFS) y TOB

Ver **INSTRUCCIONES**, en la próxima página

## INSTRUCCIONES

De la página anterior

85x con el código de ingreso distinto a 096x, 097x y 098x basado en costo razonable

- Medicare pagará por el código HCPCS G0279 en las reclamaciones con TOB 85x (método II) con el código de ingreso 096x, 097x o 098x en base al MPFS (115 por ciento de la cantidad de tarifa fija menor y cargo presentado)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9191.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

9191, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3301CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3301, CR 9191

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

## CMS emite las especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados de octubre de 2015

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9290

Número de petición de cambio relacionado: 9290

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de agosto de 2015

Fecha de efectividad: 1 de octubre 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3328CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron las especificaciones para el editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE).

El I/OCE se utiliza para procesar las reclamaciones bajo el sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) y las que no son OPPS para los departamentos ambulatorios de hospital, centros de salud mental de la comunidad, todos los proveedores no OPPS y para servicios limitados cuando son provistos en una agencia de salud en el hogar no bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) de salud en el hogar o para un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no terminal. CMS incorpora los siguientes cambios para el I/OCE con la actualización de octubre de 2015:

- Modifica el contenido del código de diagnóstico para reemplazar todo el contenido preliminar de ICD-10-CM con el código de contenido oficial de ICD-10-CM efectivo para el 1 de octubre de 2015; restringe el uso del código de contenido de ICD-9-CM para las reclamaciones históricas con fechas “desde” hasta el 30 de septiembre de 2015
- Actualiza el conflicto de diagnóstico/edad y diagnóstico/sexo y las ediciones de manifestación en base al contenido de edición del código de diagnóstico oficial de ICD-10-CM para el MCE
- Mueve el HCPCS Q4151 de la lista A del producto sustituto de piel a la lista B



- Modifica la lógica del programa para no asignar las ediciones 88 y 89 para las reclamaciones PPS de los centros de salud federalmente calificados (FQHC)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9290.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9290, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3328CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3328, CR 9290

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

**Hospital**

## CMS aclara la política sobre la aplicación de límites de terapia para los hospitales de Maryland

Número de *MLN Matters*®: MM9223  
 Número de petición de cambio relacionado: 9223  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3309CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron aclaraciones sobre políticas relacionadas a la aplicación de los límites de terapia en los servicios ambulatorios provistos en los hospitales de Maryland.

El Middle Class Tax Relief and Job Creation Act de 2012 (MCTRJCA) requiere que Medicare aplique temporariamente los límites de terapia (y disposiciones relacionadas) a los servicios de terapia proporcionados en un hospital para pacientes ambulatorios. Esta política fue extendida por el Congreso mediante la legislación posterior.

De acuerdo con el anuncio, Medicare utilizará las tasas establecidas bajo el modelo de todos los

pagadores (all-payer) de Maryland para contar los servicios de terapia de los hospitales de Maryland contra los límites de terapia y el límite total de beneficiarios.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9223.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9223, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3309CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3309, CR 9223

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

**PARD**

## CMS emite notificación de disponibilidad del índice salarial preliminar PUF del FY 2017 y la carta del cronograma de hospital

Para el año fiscal 2017, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cambiaron el desarrollo del cronograma del índice de salarios. El proceso de desarrollo del índice de salarios ahora inicia en mayo con la publicación de la hoja de trabajo S-3 PUF.

[Cronograma del índice salarial de hospital del FY 2017](#) (en inglés)

[Disponibilidad del índice salarial preliminar PUF del FY 2017 y carta del cronograma de desarrollo de hospital](#) (en inglés)

[PUF de índice salarial](#)

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

**Suscripción a Medicare Parte A**

La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2014 hasta octubre 2015.

Para ordenar una suscripción anual, complete el [formulario para ordenar materiales de Medicare de Parte A](#).



## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisiones a las LCD existentes

## Spinal cord stimulation for chronic pain – revisión a la LCD de Parte A/B

**Identificador de LCD: L35648 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para la estimulación de la columna vertebral para dolor crónico fue revisada en base a una petición de reconsideración para incluir los códigos de diagnósticos que respaldan la necesidad médica para los códigos CPT® 63661-63664, 63685 y 63688 cuando el dispositivo tiene complicaciones y requiere remoción, revisión o reemplazo. La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-9 996.2, 996.63 y 996.75.

**Fecha de vigencia**

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios proporcionados **a partir del 13 de agosto de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” 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](#).

## Luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs – revisión a la LCD de Parte A

**Identificador de LCD: L28901 (Florida)****Identificador de LCD: L28923 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para análogos de hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH) fue revisada para añadir la siguiente indicación fuera de la etiqueta para acetato de leuprolide: neoplasia maligna del seno masculino. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue actualizada para incluir la neoplasia maligna del seno masculino como una indicación fuera de la etiqueta para acetato de leuprolide. Bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, los códigos de diagnóstico 175.0-175.9 y los descriptores fueron añadidos para el código HCPCS J1950. Además, la

sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD también ha sido actualizada.

**Fecha de vigencia**

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones **procesadas a partir del 13 de agosto de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” 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](#).

## Números telefónicos

### First Coast Service Options

*(Nota: La información de contacto geográfica específica es provista cuando los números de teléfono y las direcciones son diferentes para los proveedores en Florida, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Puerto Rico.)*

#### Servicio al cliente

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.  
**888-664-4112** (FL/USVI)  
**877-908-8433** (Puerto Rico)  
**877-660-1759** (TTY-FL/USVI)  
**888-216-8261** (TTY-Puerto Rico)

#### Intercambio electrónico de datos

**888-670-0940** (FL/USVI)  
**888-875-9779** (Puerto Rico)

#### Sistema de respuesta automática

**877-602-8816**

#### Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios  
904-791-8103

#### Pagos en exceso

904-791-6281

#### Asistencia técnica del SPOT

[FCSOSPOTHelp@fcso.com](mailto:FCSOSPOTHelp@fcso.com)  
855-416-4199

#### Sitios Web

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

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Reclamaciones/correspondencia

##### Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

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

##### Puerto Rico

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

#### Medicare EDI

##### Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry  
P. O. Box 44071  
Jacksonville, FL 32231-4071

#### Fraude y abuso

Complaint processing unit  
P. O. Box 45087  
Jacksonville, FL 32232-5087

#### Solicitudes de FOIA

##### Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

#### Consultas generales

*Formulario en línea (haga clic aquí)*

**Correo electrónico:** [AskFloridaA@fcso.com](mailto:AskFloridaA@fcso.com)

#### Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.  
P.O. Box 2078  
Jacksonville, FL 32231-0048

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer  
P. O. Box 2711  
Jacksonville, FL 32231-0021

#### Auditorías de hospital

MSP – Hospital review  
P. O. Box 45267  
Jacksonville, FL 32232-5267

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

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

#### Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268  
Jacksonville, FL 32232-5268

#### Reportes de balances de crédito

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

#### Revisión médica postpago

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

#### Inscripción del proveedor

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

#### Redeterminaciones

##### Florida:

Medicare Part A. Redetermination/ Appeals  
P. O. Box 45053  
Jacksonville, FL 32232-5053

##### Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

#### Servicios de correo expreso y correo especial

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

## Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

CGS Administrators, LLC  
P. O. Box 20010  
Nashville, Tennessee 37202

#### Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA  
P. O. Box 10066  
Augusta, GA 30999-0001

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

Palmetto GBA  
Medicare Part A  
34650 US HWY 19N  
Palm Harbor, FL 34684

## Contacte a CMS

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, división de administración financiera y operaciones de tarifa fija  
[ROATLFM@CMS.HHS.GOV](mailto:ROATLFM@CMS.HHS.GOV)

#### Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare  
800-HHS-TIPS (800-447-8477)

#### Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE  
1-800-633-4227  
1-800-754-7820 (TTY)

**CERT**

## Atención médicos: ¿Están ordenando oxígeno para sus pacientes?



Su documentación de registro médico determina si su paciente puede recibir el equipo de oxígeno y suministros que usted haya prescrito y la suma de los gastos del bolsillo del paciente.

Su documentación de registro médico debe demostrar que los otros tratamientos alternativos (por ejemplo, la terapia médica y física dirigida a las secreciones, broncoespasmo y la infección) se han tratado o considerado y son considerados clínicamente ineficaces. La documentación debe demostrar que el paciente fue visto dentro de los 30 días antes del inicio de la terapia de oxígeno. La historia clínica debe mostrar la condición médica que requiere el uso de la terapia de oxígeno en el hogar. El expediente médico y/o prescripción indicarían la tasa de flujo de oxígeno (por ejemplo, dos litros por minuto) y la estimación de la frecuencia (10 minutos por hora), la duración de uso (12 horas al día) y la duración de necesidad (seis meses). Usted debe especificar el tipo de sistema de entrega de oxígeno a utilizar (es decir, concentrador portátil/estacionario, gas comprimido portátil/estacionario, líquido portátil/estacionario).

Medicare puede hacer el pago de suministros y equipos de oxígeno en el hogar cuando la historia clínica del paciente muestra que el paciente tiene hipoxemia significativa y cumple con la documentación médica, resultados de pruebas y las condiciones de salud tal como se especifica en el [manual electrónico de CMS \(IOM\) publicación 100-03, sección 240.2](#) (en inglés).

Usted debe completar y firmar el formulario CMS-484 (Certificate of Medical Necessity [CMN]: Oxígeno [certificado de necesidad médica [CMN]: oxígeno]) en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms484.pdf> <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms484.pdf> (en inglés). Sin embargo, el CMN por sí mismo, no se considera parte de la historia clínica. Toda la información incluida en el CMN debe ser respaldada por la historia clínica contemporánea. Usted puede encontrar instrucciones para completar este formulario en la publicación [IOM de CMS 100-08, capítulo 5](#) (en inglés).

El contratista del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) ha identificado varios errores en las reclamaciones recibidas por equipos y suministros de oxígeno. Estos errores incluyen la falta de historias clínicas de médicos que muestran la condición del paciente y la continua necesidad de oxígeno, la falta de órdenes fechadas y firmadas del médico al cambiar la tasa de flujo de litros de oxígeno, falta de la copia de la prueba de saturación de oxígeno y falta de la reevaluación y recertificación de CMN del médico para el tratamiento.

Ayude a sus pacientes y al programa de Medicare mediante la verificación de la documentación de registro médico que usted tiene para apoyar la orden y el suministro de oxígeno para sus pacientes. Esto permite a Medicare pagar las reclamaciones debidamente.

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

### Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

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





## Evaluación y manejo

### Política de diálisis en el hogar de ESRD

Número de *MLN Matters*®: MM9265  
Número de petición de cambio relacionado: 9265  
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R3311CP  
Fecha de implementación: 8 de septiembre de 2015

#### Resumen

La petición de cambio 9265 actualiza la política de diálisis en el hogar de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) (menos de un mes completo) para ser consistente con los escenarios del mes parcial para los pacientes de diálisis basados en el centro.

El médico o profesional de la salud del pago mensual de capitación (MCP) debe facturar por el servicio de MCP de diálisis en el hogar de acuerdo a la edad para el escenario de diálisis en el hogar (menos de un mes completo) si el profesional de la salud de MCP proporciona:

- Una evaluación mensual completa del beneficiario de ESRD; y

- Al menos una visita del paciente cara a cara durante el mes

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9265.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9265, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3311CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3311, CR 9265

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

### Procedimientos pulmonares y servicios de E/M

Número de *MLN Matters*®: SE1315  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Efectivo el 27 de julio de 2015, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han anulado el artículo de edición especial de *MLN Matters*® SE1315.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1315.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1315

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



## Facturación

### Actualización de Medicare Remit Easy Print

Número de *MLN Matters*®: MM9203  
 Número de petición de cambio relacionado: 9203  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1524OTN  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) introdujeron el software Medicare Remit Easy Print (MREP) en octubre de 2005. MREP es libre de costo y le permite a los proveedores y suplidores la capacidad de ver e imprimir la remesa de pago electrónica (ERA).

MREP continuamente se mejora basado en los comentarios de los usuarios finales. El software ahora ofrece una cantidad de reportes especiales que los usuarios pueden ver y descargar, lo cual incluye el “Entire Remittance Report.” Esta actualización implementa una mejora para eliminar el código de grupo PR (responsabilidad del paciente) del glosario de este reporte cuando los únicos artículos de responsabilidad del

paciente en la reclamación son para el deducible (CARC 01) y coaseguro (CARC 02).

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9203.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9203, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1524OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1524, CR 9203

*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. 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.*

### POS nuevo y revisado para los hospitales ambulatorios

Número de *MLN Matters*®: MM9231  
 Número de petición de cambio relacionado: 9231  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3315CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

#### Resumen

La petición de cambio 9231 hace los siguientes cambios al manual en relación al lugar de servicio (POS):

- Añade POS 19 (hospital ambulatorio fuera del campus)
- Revisa POS 22 de “hospital ambulatorio” a “hospital ambulatorio en el campus”
- Añade POS 17 (clínica de salud sin cita previa en establecimiento minorista) y 26 (centro de tratamiento militar), los cuales fueron eliminados inadvertidamente en una actualización en una actualización al manual anterior

**Nota:** Reportar el POS 19 o 22 es un requerimiento mínimo para activar la cantidad del pago del centro bajo el manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de

la salud cuando los servicios son provistos a un paciente ambulatorio registrado (independientemente de dónde ocurre el encuentro cara a cara).

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9231.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9231, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3315CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3315, CR 9231

*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.*

## Interpretación de radiología realizada a los pacientes de la sala de emergencia

En el 2012, First Coast Service Options Inc. (First Coast) implementó la edición de reclamación de los servicios de interpretación de radiología facturados en la misma fecha de servicio por más de un proveedor en el entorno de la sala de emergencias (lugar de servicio 23) debido al potencial de facturación inadecuada. First Coast pagará por la primera reclamación recibida y denegará la reclamación facturada con la segunda interpretación. Las reclamaciones facturadas con el modificador 77 fueron excluidas inicialmente de los parámetros de edición. Los parámetros de edición se revisarán para denegar también la segunda interpretación cuando se facturan con el modificador 77.

Se anima a los proveedores para que revisen las pautas

de Medicare que se describen en la *publicación IOM 100-04, capítulo 13, sección 100.1 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)* <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Manuals/Downloads/clm104c13.pdf> (en inglés).

Si no está de acuerdo con la determinación tomada por Medicare, usted tiene el derecho de apelar la decisión. Por favor, siga el proceso de apelación actual que se describe en la publicación IOM 100-04, capítulo 29 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Manuals/Downloads/clm104c29.pdf> (en inglés).

*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 aprobadas por la FDA

Número de *MLN Matters*®: MM9261

Número de petición de cambio relacionado: 9261

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de agosto de 2015

Fecha de efectividad: 1 octubre de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3327CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

### Resumen

Para asegurar que Medicare y Medicaid sólo pagan por pruebas de laboratorio categorizadas como de complejidad de dispensa bajo el CLIA en los centros que tienen un certificado de dispensa de CLIA, las reclamaciones de laboratorio se editan actualmente al nivel de certificado de CLIA.

La petición de cambio 9261 añade 36 pruebas de laboratorio, las cuales han sido aprobadas por la Food and Drug Administration, como pruebas con dispensa y elegibles para pago de Medicare.

**Nota:** El código de Current Procedural Terminology (CPT®) 87651QW ha sido asignado para la prueba de Streptococcus del grupo A realizada en el Roche

Molecular cobas Liat System y el Alere i Instrument. Estos sistemas de prueba utilizan la tecnología de amplificación de ácido nucleico para detectar Streptococcus del grupo A.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9261.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9261, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3327CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3327, CR 9261

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

### 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 todos las ediciones publicadas desde octubre 2014 hasta octubre 2015.

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



## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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



Revisiones a las LCD existentes

## Spinal cord stimulation for chronic pain – revisión a la LCD de Parte A/B

### Identificador de LCD: L35648 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la estimulación de la columna vertebral para dolor crónico fue revisada en base a una petición de reconsideración para incluir los códigos de diagnósticos que respaldan la necesidad médica para los códigos CPT® 63661-63664, 63685 y 63688 cuando el dispositivo tiene complicaciones y requiere remoción, revisión o reemplazo. La sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” fue actualizada para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-9 996.2, 996.63 y 996.75.

## Luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) analogs – revisión a la LCD de Parte B

### Identificador de LCD: L29215 (Florida) Identificador de LCD: L29360 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para análogos de hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH) fue revisada para añadir la siguiente indicación fuera de la etiqueta para acetato de leuprolide: neoplasia maligna del seno masculino. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue actualizada para incluir la neoplasia maligna del seno masculino como una indicación fuera de la etiqueta para acetato de leuprolide. Bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, los códigos de diagnóstico 175.0-175.9 y los descriptores fueron añadidos para el código HCPCS J1950. Además, la

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios proporcionados a **partir del 13 de agosto de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” 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](#).

sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD también ha sido actualizada.

### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a **partir del 30 de julio de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

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

No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. [Haga clic aquí](#) para buscar las LCD actuales.



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921

1-888-216-8261 (Impedimento auditivo y del habla)

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

### Transferencia electrónica de fondos (EFT) (CMS-588)

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: [askFloridaB@fcsso.com](mailto:askFloridaB@fcsso.com)

Formulario: <http://medicareespanol.fcsso.com/comentarios/161732.asp>

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: [medical.policy@fcsso.com](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

<http://www.fcsouniversity.com/>

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

877-660-1759 (Impedimento auditivo y del habla)

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

### Transferencia electrónica de fondos (EFT) (CMS-588)

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

### Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: [FloridaB@fcso.com](mailto:FloridaB@fcso.com)

Formulario: <http://medicareespanol.fcso.com/comentarios/161732.asp>

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: [medical.policy@fcso.com](mailto:medical.policy@fcso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

### Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

<http://www.fcsouniversity.com/>

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

877-660-1759 (Impedimento auditivo y del habla)

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

### Transferencia electrónica de fondos (EFT) (CMS-588)

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: [askFloridaB@fcsso.com](mailto:askFloridaB@fcsso.com)

Formulario: <http://medicareespanol.fcsso.com/comentarios/161732.asp>

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: [medical.policy@fcsso.com](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

<http://www.fcsouniversity.com/>

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>





**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**