

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Enero 2015



En esta edición

Certificación de pacientes para salud en el hogar	4
Revisión de la tasa de interés de pago	5
Directorio de proveedores de servicios médicos	6
Cobertura de las vacunas neumocócicas	8
Corrección a la información de remesa	13
Campo 'Medicare Treatment Authorization'	14
Exclusión voluntaria de Medicare	22

Nuevo plazo para responder a las solicitudes de desarrollo adicional

Número de *MLN Matters*: MM8583 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8583
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de enero de 2015
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R566PI
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

A partir del 1 de abril de 2015, las solicitudes de desarrollo adicional (ADR) serán revisadas para permitir 45 días para responder a una ADR o solicitar una extensión. Si no se recibe la documentación o solicitud de prórroga antes del día 46, la reclamación será denegada. Este artículo fue revisado el 18 de noviembre para clarificar los requerimientos de ADR relacionados a la revisión previa al pago. Este artículo también se revisó el 8 de enero para incluir una declaración en la cual los revisores no deben conceder a los proveedores más tiempo para responder a las solicitudes de desarrollo adicional.

Resumen

La petición de cambio (CR) 8583 revisará las solicitudes de desarrollo adicional (ADR) para indicar que los proveedores/suplidores tienen 45 días para responder a una ADR. El revisor no concederá prórrogas a los

proveedores que necesiten más tiempo para cumplir con la solicitud. Si no se recibe la documentación o la solicitud de prórroga antes del día 46, se denegará la reclamación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8583.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8583, 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/R566PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 566, CR 8583

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Cobertura

Estudios FDG PET para tumores sólidos..... 3

Resumen de las políticas en la regla final..... 3

Certificación de pacientes para el beneficio de salud en el hogar 4

Reparación transcáteter de la válvula 4

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago 5

ICD-10

Preguntas hechas frecuentemente para las pruebas de ICD-10..... 6

Información general

Directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare 6

Inscripción del proveedor

Políticas de inscripción de la regla final..... 7

Intercambio electrónico de datos

CMS actualiza los RARC y CARC..... 7

Laboratorio clínico

Actualización de 2015 de los servicios y la tarifa fija de laboratorio clínico 8

Recursos preventivos

Modificaciones a la cobertura de las vacunas neumocócicas 8

Actualización de la terapia intensiva 9

Tarifas fijas

Actualización de emergencia para la base de datos del manual de tarifas fijas 10

Recursos educativos

Calendario de eventos.....11

MLN Connects™ Provider e-News 12

Parte A

Facturación

Corrección a la información de remesa..... 13

Hospital

Clarificación sobre la moratoria de los hospitales de cuidados prolongados..... 13

Información general

Modificaciones del sistema necesarias para

cumplir con HIPAA14

Intercambio electrónico de datos

Uso adecuado del campo 'Medicare Treatment Authorization'14

Problemas de procesamiento

Retención de ciertas reclamaciones del método II de CAH 15

Servicios preventivos y de detección15

Sistema de pago prospectivo

CMS implementa cambios en el 2015 en el PPS.....16

Actualización de enero de 2015 del editor de códigos ambulatorios integrados17

Contactos de Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos19

Parte B

Documentación médica

Hallazgos de la revisión de pruebas de psicoterapia del código CPT® 9083420

Facturación

Lista de códigos HCPCS de DMEPOS21

Información general

Actualización de enero de 2015 del sistema de pago del ASC21

Notificación de investigación generalizada para los servicios de ESRD22

Exclusión voluntaria de Medicare.....22

Tarifas fijas

Publicación del cargo límite después de aplicar los ajustes negativos23

Determinaciones locales de cobertura de Parte B24

LCD retiradas

Arthrocentesis.....25

Revisiones a las LCD existentes

Cataract extraction 25

Contactos de Parte B de Puerto Rico26

Contactos de Parte B de Florida27

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

Medicare A y B Al Día

Vol. 7, No. 1
Enero de 2015

Publications
staff

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

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

ICD-9 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

Third-party websites:
This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. First Coast does not control such sites, and is not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.

All stock photographs are used by permission from www.shutterstock.com.

Cobertura

Estudios FDG PET para tumores sólidos

Número de *MLN Matters*: MM8739 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8739
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de enero de 2015
Fecha de efectividad: 11 de junio de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R3162 y R168NCD
Fecha de implementación: 19 de mayo de 2014 - ediciones de sistema no compartidas de MAC; 7 de julio de 2014 - desarrollo/pruebas de CWF, desarrollo de requerimiento de FISS; 6 de octubre de 2014 - CWF, FISS, ediciones de sistema compartido de MCS

La petición de cambio (CR) 8739 describe casos en los cuales la cobertura de la tomografía por emisión de positrones con fluorodeoxiglucosa (FDG PET) sin la cobertura con el requerimiento de desarrollo de evidencia es permitida así como cualquier tomografía adicional. Este artículo fue revisado el 12 de enero al reemplazar una referencia a un archivo adjunto en la parte inferior de la página 2 con un enlace Web a la lista de códigos de diagnóstico apropiados. Tenga en cuenta que 793.11 ha sido añadido a la lista.

Resumen

Después de una solicitud para reconsiderar los requerimientos de cobertura de los estudios de tomografías por emisión de positrones fluorodeoxiglucosa (FDG PET), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron el manual “National Coverage

Determinations”. La revisión removió el requerimiento de la cobertura con desarrollo de evidencia (CED) para todas las indicaciones oncológicas. FDG PET incluye PET/tomografía computarizada (CT) y PET/imágenes por resonancia magnética (MRI).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8739.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8739, 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/R3162CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R168NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-40, Transmittal 3162, CR 8739 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 168, CR 8739

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.

Resumen de las políticas en la regla final de 2015 de MPFS y la tarifa de pago de la instalación del sitio de origen de telesalud

Número de *MLN Matters*: MM9034
Número de petición de cambio relacionado: 9034
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3157CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio 9034 proporciona un resumen de las políticas en la regla final de 2015 del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos (MPFS) y anuncia la tarifa de pago de la instalación del sitio de origen de telesalud.

Las siguientes políticas están incluidas en el MPFS de 2015:

- Tasa de crecimiento sostenible (SGR)
- Detección y diagnóstico de la mamografía digital
- Atención primaria y manejo de cuidados crónicos
- Aplicación de costo compartido del beneficiario para anestesia relacionada con colonoscopias de cribado
- Una mayor transparencia en la fijación de las tarifas

de PFS

- Servicios potencialmente desvalorados
- Cirugía global
- Acceso a los servicios de telesalud
- Actualización de la tarifa de pago de la instalación del sitio de origen de telesalud
- Revisiones a la negligencia profesional de las unidades de valor relativo (RVU) y los factores de ajuste geográfico utilizados para cómputo de la tarifa fija (GPCI)
- Servicios realizados en los departamentos de proveedores basados fuera del campus

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9034.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9034, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC

Ver **RESUMEN**, en la próxima página

RESUMEN

De la página anterior

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/R3157CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3157, CR 9034

Certificación de pacientes para el beneficio de salud en el hogar de Medicare



Número de *MLN Matters*: SE1436

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial provee una visión general del beneficio de servicio de salud en el hogar de Medicare, que incluye los requisitos de elegibilidad del paciente y los requisitos de certificación/recertificación de los servicios

Reparación transcatóter de la válvula mitral – determinación de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*: MM9002

Número de petición de cambio relacionado: 9002

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de diciembre de 2014

Fecha de efectividad: 7 de agosto de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R178NCD y R3142CP

Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicios proporcionados en o a partir del 7 de agosto de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) reembolsarán las reclamaciones de TMVR para la regurgitación mitral (MR) cuando se proporciona bajo la cobertura con desarrollo de evidencia (CED). La TMVR utilizada para el tratamiento de cualquier indicación de no MR o que no está bajo CED no está cubierta.

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.

cubiertos de salud en el hogar de Medicare.

Para ser elegible para los servicios de salud en el hogar de Medicare, un paciente debe tener la Parte A y/o Parte B de Medicare y cumplir con los siguientes requisitos que se detallan en el artículo:

- Estar confinado en el hogar;
- Necesitar servicios especializados;
- Estar bajo el cuidado de un médico;
- Recibir servicios bajo un plan de cuidados establecido y revisado por un médico y
- Haber tenido un encuentro cara a cara con un médico o profesional de la salud (NPP) autorizado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1436.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1436

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

Los requerimientos incluyen los siguientes:

- El tratamiento deberá ser suministrado por una indicación aprobada por la FDA con un dispositivo aprobado por la FDA
- El paciente debe ingresar en un registro nacional calificado
- Los criterios que figuran en la determinación de cobertura nacional se deben cumplir antes de comenzar un programa de TMVR y después de que se ha establecido un programa de TMVR
- Debe ser proporcionado en un hospital, con la infraestructura adecuada y con el cumplimiento de todos los requisitos especificados

Nota: Los requisitos de codificación y procesamiento de

Ver **REPARACIÓN**, en la próxima página

REPARACIÓN

De la página anterior

reclamaciones se detallan en el artículo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9002.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9002, 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/R3142CP.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3142CP.pdf) y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R178NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3142, CR 9002 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 178, CR 9002

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

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones

limpias si no se efectúa el pago en el

término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción.

La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2014 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2014.

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

La nueva tasa del 2.125 por ciento rige hasta el 30 de



junio de 2015.

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

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

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

Encuentre sus favoritos utilice Clics rápidos

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

ICD 10

CMS publica la actualización de las preguntas hechas frecuentemente para las pruebas integrales y de reconocimiento de ICD-10

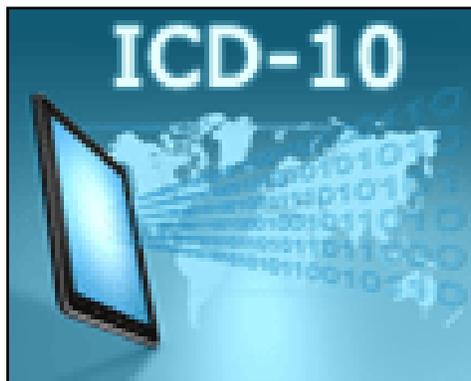
Número de *MLN Matters*: SE1501
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron las preguntas hechas frecuentemente para los proveedores del cuidado de la salud y las casas de facturación que participan en los programas de pruebas para la próxima transición a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a edición (ICD-10).

Los proveedores del cuidado de la salud y las agencias de facturación que participan en las pruebas de reconocimiento y que son seleccionadas para participar en las pruebas integrales de ICD-10 de Medicare deben

revisar las siguientes preguntas y respuestas antes de preparar las reclamaciones para las pruebas integrales y las pruebas de reconocimiento de ICD-10. Las preguntas frecuentes proporcionan información acerca de los parámetros y requisitos para unas pruebas exitosas.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1501.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1501

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.

Información general

Directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B de 2015

El directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B (MEDPARD) contiene nombres, direcciones, números de teléfono y las especialidades de los médicos y proveedores que han aceptado participar en la aprobación de la asignación de todas las reclamaciones de Parte B de Medicare por artículos y servicios cubiertos.

La lista MEDPARD estará disponible a más tardar el 30 de enero en el sitio Web del proveedor de Medicare de First Coast en <http://medicareespanol.fcso.com//MEDPARD/>.

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



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/centro_de_herramientas/233400.asp.

Inscripción del proveedor

Incorporación de las políticas de inscripción de la regla final en el PIM

Número de *MLN Matters*: MM8901
Número de petición de cambio relacionado: 8901
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 18 de marzo de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R561PI
Fecha de implementación: 18 de marzo de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8901 incorpora la regla final titulada, “Medicare Program; Contract Year 2015 Policy and Technical Changes to the Medicare Advantage and the Medicare Prescription Drug Benefit Programs” (programa de Medicare; cambios de política y técnica del contrato del año 2015 para Medicare Advantage y programas de beneficios de medicamentos de prescripción de Medicare) en el capítulo 15 del “Program Integrity Manual” (PIM).

Los cambios en el PIM abordan los temas de la política y las ediciones técnicas, las cuales incluyen el proceso de reactivación de los privilegios de facturación de un proveedor o proveedor y lo que define a los centros quirúrgicos

ambulatorios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8901.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8901, 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/R561PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 561, CR 8901

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

Intercambio electrónico de datos

CMS actualiza los RARC y CARC para reflejar los recientes cambios de política

Número de *MLN Matters*: MM9004
Número de petición de cambio relacionado: 9004
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de enero de 2015
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3161CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las actualizaciones de los códigos de comentarios de remesas de pago, códigos de denegación de ajuste de reclamación, Medicare Remit Easy Print y la actualización de PC Print para reflejar los cambios a las políticas de Medicare.

La lista completa de los CARC y RARC se actualiza tres

veces al año – alrededor del 1 de marzo, el 1 de julio y el 1 de noviembre.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9004.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9004, 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/R3161CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3161, CR 9004

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

Laboratorio clínico

Actualización de 2015 de los servicios y la tarifa fija de laboratorio clínico sujetos al pago del cobro razonable

Número de *MLN Matters*: MM9028
 Número de petición de cambio relacionado: 9028
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de diciembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3152CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización anual de la tarifa fija de laboratorio clínico y servicios de laboratorio sujetos al pago del cobro razonable.

En la actualización, CMS proporciona instrucciones para acceder al archivo de datos de las tarifas fijas de 2015 para laboratorio clínico, la asignación de nuevos códigos para las pruebas de laboratorio clínico y las actualizaciones para los costos de laboratorio sujetos al pago del cobro razonable.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9028.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9028, 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/R3152CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3152, CR 9028

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 Preventivos

Modificaciones a la cobertura de la Parte B de Medicare de las vacunas neumocócicas

Número de *MLN Matters*: MM9051
 Número de petición de cambio relacionado: 9051
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de diciembre de 2014
 Fecha de efectividad: 19 de septiembre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R202BP y R3159CP
 Fecha de implementación: 2 de febrero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están actualizando los requisitos de cobertura de Medicare para alinearlos con las nuevas recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Efectivo para las fechas de servicio en o a partir del 19 de septiembre de 2014 Medicare cubrirá:

- Una vacuna neumocócica inicial para todos los beneficiarios de Medicare que nunca han recibido la vacuna bajo la Parte B de Medicare; y
- Una segunda vacuna neumocócica diferente un año después de que se administró la primera vacuna (es



decir, han pasado 11 meses completos siguientes al mes en que se administró la última vacuna neumocócica)

Ver **MODIFICACIONES**, en la próxima página

MODIFICACIONES

De la página anterior

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9051.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9051, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC

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

Actualización de la terapia intensiva del comportamiento para la obesidad y otros dos servicios de cribado

Número de *MLN Matters*: MM8874 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8874
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de enero de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3160CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

La petición de cambio 8874 describe la cobertura de tres servicios de cribado/detección en el año 2015, que incluye la terapia intensiva del comportamiento para la obesidad, tomosíntesis digital de cribado mamográfico y la anestesia asociada con la colonoscopia de cribado. Este artículo fue revisado el 8 de enero para reflejar la CR 8874 emitida el 7 de enero.

Resumen

La petición de cambio (CR) 8874 describe la cobertura y los pagos de tres servicios de detección/cribado en el año 2015. Los nuevos códigos serán incluidos en la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB) del 2015 y el editor de códigos ambulatorios integrados (IOCE).

Terapia intensiva del comportamiento para la obesidad

Efectivo para las fechas de servicio del 1 de enero 2015, la terapia intensiva del comportamiento para la obesidad, en un ambiente de grupo, será reportada usando G0473 cuando se presten estos servicios a un grupo máximo de diez beneficiarios. El coaseguro y deducible no se aplica al procedimiento G0473.

Tomosíntesis digital de cribado mamográfico

Efectivo desde el 1 de enero de 2015, el código de procedimiento 77063 debe ser facturado junto con el

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/R202BP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3159CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 202, CR 9051 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3159, CR 9051

código de procedimiento mamografía de cribado G0202 (Screening mammography, producing direct digital image, bilateral, all views, 2D imaging only [cribado mamográfico, producción de imagen digital directa, bilateral, todas las perspectivas, solamente imágenes 2D]). El coaseguro y deducible no se aplican al procedimiento de 77063.

Anestesia asociada con la colonoscopia de cribado

Los profesionales de anestesia que realizan la facturación por separado de la anestesia para la colonoscopia de cribado (00810) deben utilizar el modificador 33 para identificar la cirugía como “screening” (cribado) y calificar para eximir el coaseguro y deducible.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8874.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8874, 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/R3160CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3160, CR 8874

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

Tarifas Fijas

Actualización de emergencia para la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2015

Número de *MLN Matters*: MM9081
 Número de petición de cambio relacionado: 9081
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de enero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3166CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente una actualización de emergencia para los archivos de pago de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud.

Con la publicación de emergencia, CMS modificó aquellos archivos de pago que incluyen un factor de conversión actualizado de \$35.7547, por servicios prestados entre

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.

el 1 de enero de 2015 y el 31 de marzo de 2015. CMS también corrigió los errores realizados en el trabajo, los gastos de práctica y la negligencia en las unidades de valor relativo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9081.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9081, 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/R3166CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3166, CR 9081

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Recursos educativos

Calendario de eventos

Marzo de 2015

Teleconferencia “pregúntele al contratista” (ACT): actualizaciones OPPS de 2015

Cuando: 6 de marzo de 2015

Hora: 10:00-11:30 AM 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/277679.asp>

Cambios y regulaciones de la Parte A de Medicare

Cuando: 17 de marzo de 2015

Hora: 10:00-11:30 AM 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/277124.asp>

Cambios y regulaciones de la Parte B de Medicare

Cuando: 18 de marzo de 2015

Hora: 11:30 AM -1:00 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/277138.asp>

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects™ Provider e-News de CMS

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

- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 8 de enero de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-01-08-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 15 de enero de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-01-15-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 22 de enero de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-01-22-eNews.html>

Medicare Learning Network®

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



Facturación

Corrección a la información de remesa cuando los códigos del sistema de pago prospectivo del seguro de salud son recodificados por los sistemas de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8950 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8950
Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015 (efectivo para las reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2015)
Número de transmisión de CR relacionado: R3151CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Este artículo fue revisado el 19 de diciembre de 2014 para reemplazar todas las referencias para CARC 169 con CARC 186. Además, la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder a la petición de cambio (CR) 8950 fueron revisados. En la CR, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) clarificaron la política de Medicare relacionada con la emisión de las combinaciones de los códigos de comentarios de remesa de pago y los códigos del sistema de pago prospectivo del seguro de salud (HIPPS).

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente clarificaron la política de Medicare relacionada a la emisión de las combinaciones de los códigos de comentarios de remesa de pago y los códigos del sistema de pago prospectivo del seguro de salud (HIPPS). La clarificación de la política:

1. Provee los pares de códigos de remesa de pago aprobados para aplicar a las reclamaciones en las cuales sólo un código de comentario de remesa

de pago (RARC) es actualmente utilizado. Esta corrección cumple con nuevas reglas operacionales de la fase III del comité del consejo para el cuidado de la salud asequible (CAQH) sobre reglas operacionales, para intercambio de información (CORE);

2. Refleja los cambios a la lógica de las tarifas de salud en el hogar (HH) implementadas como parte de la actualización de pago del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) de 2015

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8950.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8950, 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/R3151CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3151, CR 8950

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

Hospital

CMS publica clarificación sobre la moratoria de los hospitales de cuidados prolongados

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente la petición de cambio (CR) 9025, que clarifica las tres excepciones a una moratoria sobre nuevos hospitales de cuidados prolongados (LTCH) o satélites de LTCH. CMS establece en la CR que no hay excepciones para los aumentos en el número de camas para los LTCH y los satélites de LTCH existentes.

Para detalles, [haga clic aquí para revisar la CR 9025](#).

Información general

Modificaciones del sistema necesarias para capturar varios campos que cumplan con HIPAA

Número de *MLN Matters*: MM8384
 Número de petición de cambio relacionado: 8384
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de enero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3164CP
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

Las provisiones de simplificación administrativa del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) requieren que el departamento de salud y servicios humanos (HHS) adopten estándares nacionales para las transacciones electrónicas del cuidado de la salud e identificadores nacionales para los proveedores, planes de salud y empleadores. Se requiere que todos los proveedores presenten reclamaciones que cumplan con estos estándares de HIPAA. La petición de cambio (CR) 8384 anuncia los siguientes cambios para los campos de procesamiento de las reclamaciones institucionales y los ítems de los archivos planos 837I:

- Las pantallas de acceso al sistema remoto (DDE) han sido actualizadas para permitir la entrada de tres códigos "motivo de visita del paciente"
- Actualización de la pantalla de DDE para permitir la entrada de un código postal de nueve dígitos para el centro de servicios
- La adición de las ediciones para asegurar que cuando

se recibe un código de motivo de visita del paciente, los requerimientos de 5010 para las reclamaciones sean implementados; las reclamaciones que fallen esta edición serán devueltas al proveedor (RTP)

Nota: Para calcular los pagos de manera precisa para los hospitales que operan múltiples centros ambulatorios y oficinas satélites, el código postal de nueve dígitos es utilizado para determinar la localidad en estos casos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8384.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8384, 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/R3164CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3164, CR 8384

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

Intercambio electrónico de datos

Uso adecuado del campo 'Medicare Treatment Authorization' (autorización de tratamiento de Medicare)

A partir del 5 de enero de 2015, el campo "Medicare Treatment Authorization" (autorización de tratamiento de Medicare) debe contener espacios en blanco o datos válidos de Medicare en los primeros 14 'bytes' del campo de autorización para el tratamiento para el acceso al sistema remoto (DDE) y la copia impresa de reclamaciones y en el segmento del loop 2300 REF02 (REF01=G1) para la reclamación ASC X12 837.

Las reclamaciones institucionales presentadas sin espacios en blanco o datos válidos (vea la lista a continuación) serán devueltas al proveedor con el código de denegación 30729 para su corrección. Los proveedores deben trabajar con sus representantes o proveedores del sistema para asegurar que el campo cumple con estas instrucciones.

Datos válidos para el campo 'Medicare Treatment Authorization' (autorización de tratamiento de Medicare)

La siguiente lista representa los datos válidos actuales utilizados en el "Medicare Treatment Authorization field" (campo de autorización de tratamiento Medicare); **cualquier otro dato (que no sea espacios en blancos o los valores de datos válidos listados a continuación) será devuelto al proveedor (RTP) con el código de denegación 30729.**

Los datos válidos en el segmento del loop 2300 REF02 (REF01=G1) para la reclamación ASC X12 837 pueden ser cualquiera de los siguientes valores:

- Unique Tracking Number (UTN) (número único de rastreo) = LAS DOS PRIMERAS POSICIONES DE UTN DEBEN SER ALFANUMÉRICAS Y NO DEBEN CONTENER ESPACIOS, LA TERCERA POSICIÓN DE UTN ES UNA A O H, LAS ÚLTIMAS 11 POSICIONES DE UTN DEBEN SER NUMÉRICAS Y NO DEBEN CONTENER ESPACIOS

Ver **USO**, en la próxima página

USO

De la página anterior

- TRIAL 49
- SPN66
- 64
- 56
- A/B REBILLING (REFACTURACIÓN A/B)
- 54
- SPN65
- 07
- 08
- Valid 18-byte OASIS Treatment Number for Home Health claims (válido 18 'bytes' OASIS número de tratamiento de reclamaciones de salud en el hogar)

Problemas de procesamiento

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



Problema

Las reclamaciones del método II de hospital de cuidado crítico (CAH) para los servicios de anestesiólogo y

enfermero graduado certificado en anestesiología (CRNA), fuera del rango de códigos normales de anestesia (00100 – 01999) y facturados con el código de ingreso 0964 están siendo retenidas debido a los pagos imprecisos.

Resolución

Las reclamaciones serán retenidas hasta que sea implementada una corrección en el sistema el 5 de enero de 2015.

Estatus/fecha de solución

Abierto.

Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte de los proveedores.

Problemas actuales de procesamiento

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

Servicios preventivos y de detección - terapia intensiva del comportamiento para la obesidad, tomosíntesis digital de cribado mamográfico y anestesia asociada con la colonoscopia de cribado

Problema

Las reclamaciones de la Parte A serán retenidas para los siguientes códigos de denegación: 31784, 31785, 31842, 31843, 31838, 31840, 31841, 31844 y 31839.

Resolución

La solución del sistema se instalará en producción el 23 de febrero de 2015.

Estatus/fecha de solución

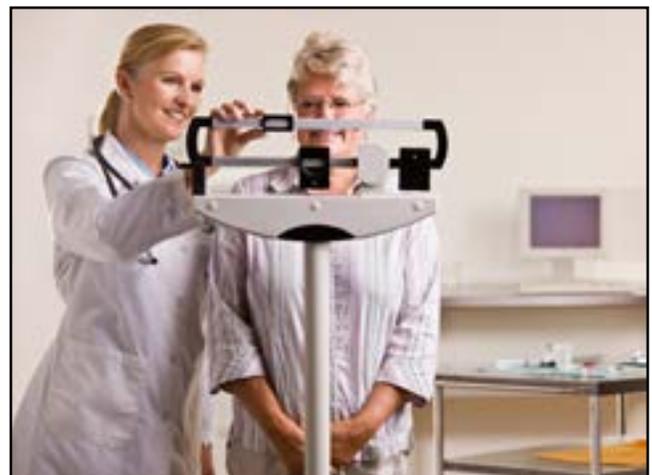
No es necesaria la acción por parte de los proveedores.

Acción del proveedor

Ninguna.

Problemas actuales de procesamiento

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



Sistema de pago prospectivo

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

Número de *MLN Matters*: MM8900 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8900
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3138CP
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Este artículo fue revisado el 6 de enero de 2015, para corregir la información relacionada con errores técnicos citados en el aviso de corrección CMS-1607-CN publicado el 3 de octubre de 2014. Una lista de los cambios incluidos en la petición de cambio (CR) se puede encontrar en la sección de información adicional de este artículo. La fecha de la CR, el número de transmisión y el enlace a la CR también cambiaron. El resto de información permanece igual.

Resumen

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

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

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

CMS también creó los siguientes MS-DRG nuevos:

- MS-DRG 266 (Endovascular Cardiac Valve Replacement w MCC [reemplazo de la válvula cardíaca endovascular con MCC]); y
- MS-DRG 267 (Endovascular Cardiac Valve Replacement w/o MCC [reemplazo de la válvula cardíaca endovascular sin MCC])
- MS-DRG 518 (Back & Neck Procedure Except Spinal

Fusion w MCC or Disc Device/Neurostimulator [procedimiento de espalda y cuello exclusión fusión espinal con MCC o dispositivo de disco/ neuroestimulador]);

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

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

- 266, 267 (Endovascular Cardiac Valve Replacement with and without MCC, respectively [reemplazo de la válvula cardíaca endovascular con o sin MCC, respectivamente]); y
- 518, 519, y 520 (Back & Neck Procedure except Spinal Fusion with MCC or Disc Device/ Neurostimulator, with CC, and without MCC/CC, respectively [procedimiento de espalda y cuello exclusión fusión espinal con MCC o dispositivo de disco/neuroestimulador, con CC y sin MCC/CC, respectivamente])

Los cambios entrarán en vigencia para las altas ocurridas a partir del 1 de octubre de 2014.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8900.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8900, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3138CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3138, CR 8900

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

CMS publica la actualización de enero de 2015 del editor de códigos ambulatorios integrados

Número de *MLN Matters*: MM9005
Número de petición de cambio relacionado: 9005
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3153CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las instrucciones y especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de enero de 2015. El I/OCE se utiliza para revisar las reclamaciones bajo el sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) y no OPPS de los departamentos ambulatorios de hospitales, centros de salud mental comunitaria, todos los proveedores que no son OPPS y para los servicios limitados cuando se proporcionan en una agencia de salud en el hogar.

El I/OCE envía todas las reclamaciones institucionales de pacientes ambulatorios (las cuales incluyen las reclamaciones de hospital no OPPS) a través de un sólo

OCE integrado, lo que elimina la necesidad de actualizar, instalar y mantener dos paquetes de software OCE separados sobre una base trimestral.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9005.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9005, 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/R3153CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3153, CR 9005

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

Suscripción a Medicare Parte A

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

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

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

Exámenes médicos posteriores al pago

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

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

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

Fraude y abuso de Medicare

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

Inscripción de proveedores

CMS-855 Applications
PO Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

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

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

Reporte de costo, auditoría, apelación de reporte de costo, porcentaje tentativo, rama de PS &R
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Intercambio electrónico de datos

1-888-875-9779

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

Inscripción para eventos educativos

1-904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCOSPOTHelp@fcso.com

1-855-416-4199

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-800-754-7820

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

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

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct data entry (DDE)
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

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

Solicitudes de Freedom of Information Act

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

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

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo médico duradero (DMERC) DME, dispositivos ortóticos y próstéticos, 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 y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente

PROVEEDORES:

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla

877-660-1759

BENEFICIARIOS:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla

800-754-7820

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

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
855-416-4199

Sitios Web

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

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS)

Proveedores:

www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Documentación médica

Hallazgos de la revisión de pruebas de psicoterapia del código CPT® 90834

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente llevó a cabo revisiones de pruebas específicas del proveedor posteriores al pago, en respuesta a las anomalías de datos identificadas para el código de *Current Procedural Terminology*® (CPT®) 90834 (psychotherapy, 45 minutes with patient and/or family member). Las revisiones médicas de pagos posteriores resultaron en altas tasas de error. Los servicios fueron denegados debido a que los registros médicos no cumplieron con los requerimientos de documentación según lo descrito en la determinación de cobertura local (LCD) The Psychiatric Diagnostic Evaluation and Psychotherapy Services (L33128). Específicamente a los registros médicos le faltaban uno o más de los siguientes requerimientos de documentación para cada fecha de servicio:

- Documentación de metas mensurables en el plan de tratamiento;
- Resumen detallado de las sesiones de psicoterapia, incluyendo la documentación descriptiva de las intervenciones terapéuticas;
- Grado de participación de los pacientes e interacción con el terapeuta;
- Reacción del paciente a las sesiones de terapia;
- Progreso documentado hacia los objetivos mensurables desde las últimas sesiones; y cambios o la falta de cambios en el comportamiento del paciente o en los síntomas;
- Documentación de los ajustes en el plan de tratamiento que revela la dinámica del tratamiento;
- El plan de tratamiento no fue actualizado y no respaldó la necesidad médica de cada sesión de psicoterapia

La documentación para los servicios de psicoterapia debe incluir, periódicamente, la capacidad del paciente para participar y beneficiarse de la psicoterapia. Dicha documentación debe incluir la duración estimada del tratamiento en términos de cantidad de sesiones requeridas y los síntomas tratados, metas objetivas y mensurables de la terapia relacionadas a los cambios en el comportamiento, procesos mentales y/o medicamentos, métodos de monitoreo de los resultados y por qué la terapia escogida es una modalidad apropiada ya sea en lugar de o en adición a otra forma de tratamiento psiquiátrico. Para un problema agudo, debe estar documentado que se espera que el tratamiento mejore el estado de la salud mental o el funcionamiento

del paciente. Para problemas crónicos, debe haber documentación indicando que se espera la estabilización del estado de la salud mental o el funcionamiento del paciente. La documentación reflejará ajustes en el plan de tratamiento que revela la dinámica del tratamiento.

Se espera que el plan de tratamiento para un paciente que está recibiendo psicoterapia ambulatoria (es decir, metas de tratamiento mensurables y objetivas, documentación descriptiva de la intervención terapéutica, frecuencia de las sesiones y la duración estimada del tratamiento) sea actualizado de forma periódica, generalmente al menos cada tres meses.

La documentación del registro médico mantenida por el proveedor debe indicar la necesidad médica de cada sesión de psicoterapia e incluir lo siguiente:

- La presencia de una enfermedad psiquiátrica y/o la demostración de síntomas emocionales o de comportamiento suficientes para alterar el funcionamiento de la base de referencia; y
- Un resumen detallado de la sesión, incluyendo documentación descriptiva de las intervenciones terapéuticas tales como ejemplos de intentos de modificación del comportamiento, interacción de apoyo y discusión de la realidad; y
- El grado de participación de los pacientes e interacción con el terapeuta, la reacción del paciente a la sesión de terapia, documentación en dirección a resultados orientados a las metas y los cambios o la falta de cambios en los síntomas del paciente y/o comportamiento como resultado de la sesión de terapia
- La justificación de cualquier desviación del plan o extensión de la terapia debe ser documentada en el registro médico. El terapeuta debe documentar la interacción del paciente/terapeuta en adición a una evaluación del problema(s) del paciente

First Coast recomienda que los proveedores se familiaricen con las indicaciones de la necesidad médica y los requerimientos de documentación para los servicios de psicoterapia según lo indicado en la LCD de Psychiatric Diagnostic Evaluation and Psychotherapy Services. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Facturación

Lista de los códigos HCPCS de DMEPOS de la jurisdicción para el 2015

Número de *MLN Matters*: MM9018
Número de petición de cambio relacionado: 9018
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3148CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 9018 notifica a los proveedores que la hoja de datos que contiene una lista actualizada de los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) del equipo médico duradero para el contratista administrativo de Medicare (DME MAC), contratista de la Parte B de Medicare o las jurisdicciones del MAC A/B se actualiza para reflejar los códigos que se han añadido o discontinuado (eliminado). La hoja de datos es útil para el personal de facturación al mostrarle al contratista de Medicare apropiado la facturación de los HCPCS que aparecen en la hoja de datos. La hoja de datos para la lista del 2015 de la jurisdicción está disponible bajo



la categoría "Coding" en <http://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9018.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9018, 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/R3148CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3148, CR 9018

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.

Información general

Actualización de enero de 2015 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria

Número de *MLN Matters*: MM9021
Número de petición de cambio relacionado: 9021
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de enero de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3163CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en el sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria (ASC) de enero de 2015.

En la publicación, CMS actualiza las tarifas de pago de 2015 para los medicamentos y productos biológicos pagables por separado, incluidos los descriptores creados recientemente en las entradas del nivel II del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y los servicios quirúrgicos y auxiliares cubiertos. Otras actualizaciones clave importantes incluyen:

- Un nuevo dispositivo HCPCS que pasó a la categoría desde el 1 de enero de 2015 para el sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) y los sistemas de pago de ASC. Ese código HCPCS es C2624 (Wireless pressure sensor) (sensor de presión inalámbrico)
- Un nuevo código HCPCS de procedimiento quirúrgico efectivo desde el 1 de enero de 2015, (C9742 Laryngoscopy with injection) (C9742 laringoscopia con inyección)
- Directrices de codificación para "drop-less cataract surgery." (eliminación de gotas en la cirugía de cataratas)
- Una lista de los productos sustitutos de piel y su asignación, ya sea un producto sustituto de la piel a un alto costo o a bajo costo

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la próxima página

ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9021.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9021, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov>.

[gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3163CP.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3163CP.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3163, CR 9021

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.

Notificación de investigación generalizada para los servicios de la enfermedad renal en estado terminal

First Coast Service Options Inc. (First Coast) realizó una investigación generalizada (WSP) en respuesta a un patrón de facturación anormal identificado para el código 90960 del *Current Procedural Terminology (CPT®)* (*End-stage renal disease (ESRD) related services monthly, for patients 20 years of age and older; with 4 or more face-to-face visits by a physician or other qualified health care professional per month*) (servicios mensuales relacionados con la enfermedad renal en estado terminal (ESRD), para los pacientes de 20 años de edad y mayores; con 4 o más visitas cara a cara con un médico u otro profesional de la salud calificado por mes) en el 2012. Los resultados de la investigación WSP arrojaron una tasa de error de 51.62 por ciento. First Coast tiene programado completar una WSP adicional para los servicios de ESRD con base en las fechas de servicio del 1 de mayo de 2014, hasta el 31 de octubre de 2014, para determinar la eficacia de las actividades de educación y alcance al proveedor. La investigación incluye los códigos *CPT®* 90960 y *CPT®* 90961 (*End-stage renal disease (ESRD) related services monthly, for patients 20 years of age and older; with 2-3 face-to-face visits by a physician or other qualified health care professional per month*) (servicios mensuales relacionados con la enfermedad renal en estado terminal (ESRD), para los pacientes de 20 años de edad y



mayores; con 2-3 visitas cara a cara con un médico u otro profesional de la salud calificado por mes).

Exclusión voluntaria de Medicare y/o elegir ordenar y referir servicios

Número de *MLN Matters*: SE1311 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Este artículo explica que los proveedores que deseen la exclusión voluntaria de Medicare necesitan proveer cierta información en una declaración jurada escrita a su contratista de Medicare. En adición, el artículo detalla los requerimientos para esos proveedores con exclusión voluntaria de Medicare que deseen ordenar y referir servicios. Este artículo fue revisado el 14 de enero de 2015, para aclarar la definición de "opt-out" (exclusión voluntaria) y el lenguaje relacionado con el proceso y los requisitos de la "exclusión voluntaria".

Resumen

Los médicos y otros profesionales de la salud que están permitidos por ley a la exclusión voluntaria del programa de Medicare deberán presentar una declaración jurada a Medicare en la cual están de acuerdo con la exclusión voluntaria de Medicare por un periodo de dos años y el cumplimiento de otros ciertos criterios. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no tienen un formulario de declaración jurada estándar, así que los proveedores que deseen la exclusión voluntaria deben proveer la información requerida descrita en este artículo para su contratista administrativo de Medicare.

Nota: Hay diferencias entre los proveedores a los que se les permite la exclusión voluntaria y los proveedores con exclusión voluntaria y que eligieron ordenar y referir servicios.

Ver **EXCLUSIÓN**, en la próxima página

EXCLUSIÓN

De la página anterior

A los proveedores con exclusión voluntaria que elijan ordenar y referir servicios se les pedirá proveer la siguiente información (a menos de que haya sido provista en su declaración jurada escrita):

- Identificador nacional del proveedor
- Confirmación si existe una exclusión de la oficina del inspector general (OIG)
- Fecha de nacimiento
- Número de seguro social

Tarifas Fijas

Publicación del cargo límite después de aplicar los ajustes negativos de EHR y PQRS

Número de *MLN Matters*: MM8667
Número de petición de cambio relacionado: 8667
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de mayo de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R1384OTN
Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Resumen

A partir del 1 de enero de 2015, los profesionales elegibles (EP) estarán sujetos a los ajustes negativos para lo siguiente:

- **Sistema de reporte de calidad médica (PQRS):** se aplicará un ajuste negativo a los EP que no reportaron, de manera satisfactoria, los datos sobre las medidas de calidad para los servicios profesionales cubiertos por el periodo de reporte de calidad del año
- **Registro de salud electrónico (EHR):** se aplicará un ajuste negativo a los EP que no son usuarios significativos de EHR para un periodo de reporte de EHR para el año

Nota: El ajuste de pago negativo se aplica a todos los EP, independientemente de que el EP elija ser “participante” o “no participante” con respecto a los pagos de Medicare.

La cantidad del cargo límite del ajuste negativo de EHR y PQRS se publicará en los sitios Web del contratista y se incluirá una copia impresa de los reportes de divulgación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1311.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1311

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.

Específicamente se incluirá la siguiente información:

- Cargo límite de EHR
- Cargo límite de PQRS
- Cargo límite de EHR/2014 eRx
- Cargo límite de EHR + PQRS
- Cargo límite de EHR/2014 eRx + PQRS

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8667.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8667, 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/R1384OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1384, CR 8667

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

Suscripción a Medicare Parte B

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

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD retiradas

Arthrocentesis – LCD de Parte B retirada

Identificador de LCD: L29061 (Florida)

Identificador de LCD: L29079 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para arthrocentesis está siendo retirada a partir del 27 de enero de 2015. Nuevos códigos de procedimiento y sus descriptores están en vigor desde el 1 de enero de 2015. En ausencia de la LCD, suponiendo que todos los demás requisitos del programa se cumplen, se aplica el límite médicamente razonable y necesario para la cobertura de estos procedimientos, incluidas las calificaciones del proveedor que presta el servicio.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD es efectivo para los servicios prestados **en o a partir del 27 de enero 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “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](#).

Revisones a las LCD existentes

Cataract extraction – LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29095 (Florida)

Identificador de LCD: L29110 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) fue revisada para actualizar las siguientes secciones: ‘Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity’ y ‘Documentation Requirements’. El texto fue agregado a estas secciones de la LCD para aclarar la necesidad médica de las técnicas y protocolos para la segunda cirugía de cataratas del ojo.

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o a partir del 6 de enero 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to section...” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Fecha de vigencia

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

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



Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones sobre pagos en exceso

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

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

FOIA Puerto Rico
P.O. Box 45092
Jacksonville, FL 32232-5092

Fraude y abuso de Medicare

Fraud and abuse complaints
P.O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

Provider Enrollment
Post Office Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI
P.O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

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

Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

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

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

Palmetto GBA
Medicare Part A
P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

1-888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIOS

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-875-9779

Inscripción para eventos educativos

1-904-791-8103

1-904-361-0407 (FAX)

Inscripción del proveedor

1-877-715-1921

1-877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

1-855-416-4199

FCSOSPOTHelp@fcso.com

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.medicare.gov

Encuentre sus *otros contratistas* (por ejemplo DME, HHA, etc.)

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones Reclamaciones de rutina por escrito

Medicare Part B Redetermination
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Proveedores participantes

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

Reclamaciones de quiropráctico

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

Reclamaciones de ambulancia

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

Medicare como pagador secundario

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

Reclamaciones ESRD

Reclamaciones ESRD Medicare Parte B
P. O. Box 45263
Jacksonville, FL 32232-5263

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones

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

Solicitud de audiencias justas

Audiencias Medicare
P.O. Box 45156
Jacksonville FL 32232-5156

Freedom of Information Act

FOIA Florida
PO Box 45268
Jacksonville, Florida 32232-5268

Audiencias juez de derecho administrativo

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

Consultas generales

Correspondencia Medicare Parte B
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Sobrepagos

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI.
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Desarrollo adicional

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

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

Misceláneo

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

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalcientes o de tarifa fija:
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Registro para eventos educacionales

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

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:

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

Fraude y abuso

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

Números telefónicos

Provedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:
866-454-9007

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

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

Beneficiario. Llamada gratis:

800-MEDICARE
800-754-7820 (TTY)

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

Inscripción a eventos educativos (línea no gratuita):

904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007
877-660-1759 (TTY)

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
FCSOSPOTHelp@fcso.com

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.medicare.gov

Encuentre sus [otros contratistas](#) (por ejemplo DME, HHA, etc.)

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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

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

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

FOIA USVI
P. O. Box 45073
Jacksonville, FL 32232-5073

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de

cargos habituales/prevalecientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educativos:

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

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril

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

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints
P. O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

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

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su contratista administrativo de Medicare
<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Correo electrónico:

askFloridaB@fcso.com

Servicio al cliente beneficiarios

800-MEDICARE
800-754-7820 (TTY)

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

Registro de eventos educativos

904-791-8103

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 consultas generales)

904-361-0696

Inscripción del proveedor

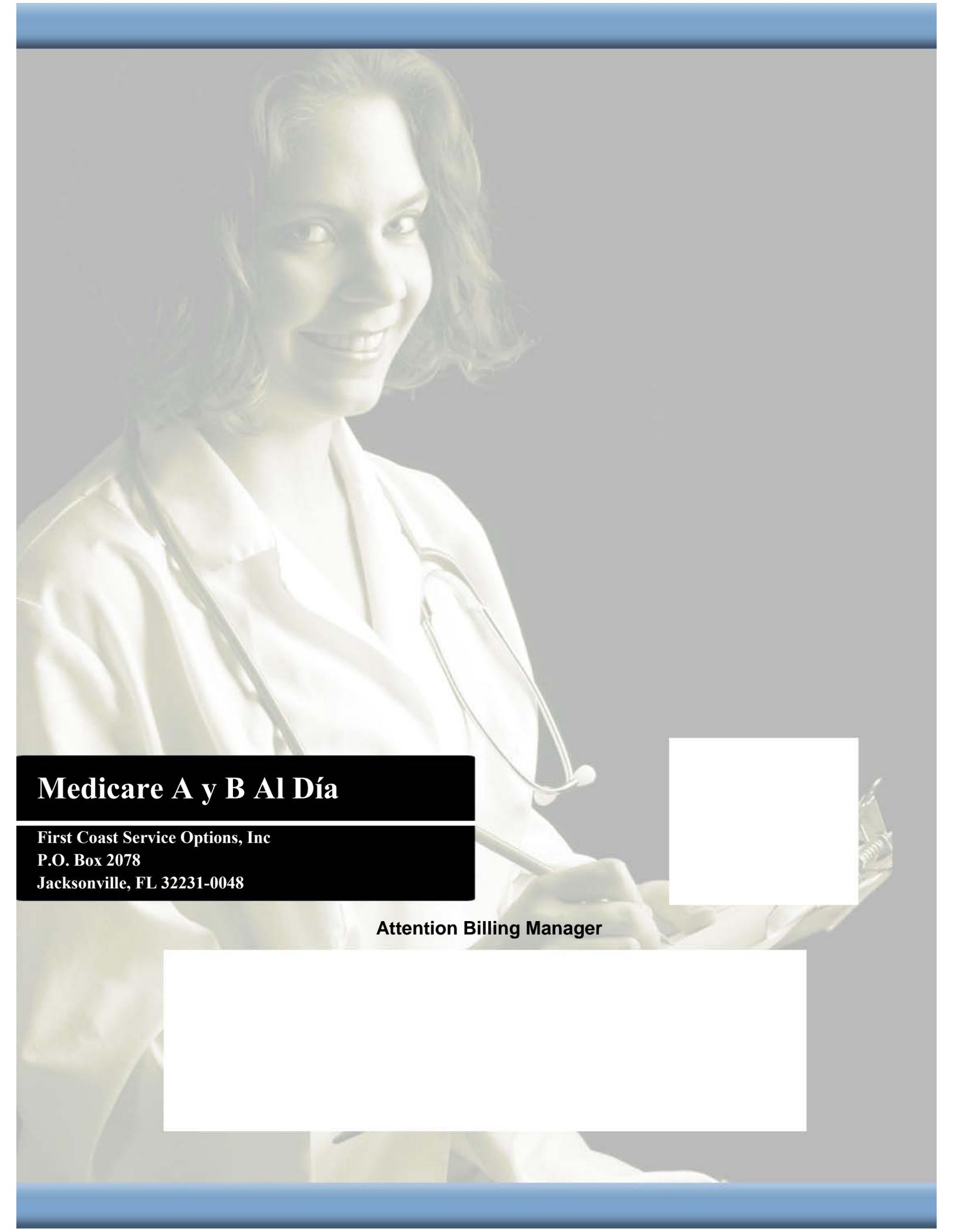
888-845-8614
877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

FCSOSPOTHelp@fcso.com

Encuentre sus *otros contratistas* (por ejemplo DME, HHA, etc.)



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager