

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Septiembre 2016



En esta edición

Actualizaciones del manual para corregir errores	5
Maneje su información EDI a través de SPOT	8
Ajuste en masa para corregir pagos de IPPS.....	17
Actualización de octubre de 2016 OPPS.....	21
CINQAIR® Instrucciones de facturación	23

CMS publica un aviso para el archivo de bonos de pagos de las áreas de escasez de profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*®: MM9781
Número de petición de cambio relacionado: CR 9781
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de septiembre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3610CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente un aviso acerca del archivo de bonos de pagos de las áreas de escasez de profesionales de la salud anual (HPSA) para el 2017, se pondrá a disposición de los contratistas administrativos de Medicare (MAC) en diciembre de 2016, y será utilizado para los bonos de pagos HPSA para reclamaciones aplicables con fechas de servicio en o después de enero 1 de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017.

CMS recomienda a los proveedores a revisar su página de internet acerca de bonos médicos en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HPSAPSAPhysicianBonuses>

cada año para determinar si es necesario agregar el modificador AQ a las reclamaciones con el fin de recibir el pago de bonos o para ver si el código postal en el que prestaron los servicios recibirá automáticamente el pago del bono HPSA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MMMM9781.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) MM9781, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3610CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3610, CR 9781

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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B Facturación

Nuevo código de procedimiento G0498 para bomba externa	3
Actualización de la tarifa por entrega anual de factor de coagulación	4
Actualización anual de 2017 de los códigos HCPCS para facturación consolidada de los SNF	4

Información General

Actualizaciones del manual para corregir errores u omisiones	5
Novena actualización de la codificación de las revisiones de las NCD	5

EDI

Actualización de los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud octubre de 2016	6
Cumplimiento de la fase II y la fase III para el procesamiento por lotes - normas de funcionamiento	7
Categoría del estado de las reclamaciones y el estado de los códigos de las reclamaciones	7
Maneje su información EDI a través de SPOT.....	8

Servicios Preventivos

Recursos de 2016-2017 de la gripe para los profesionales del cuidado de la salud ...	9
--	---

Tarifas Fijas

Actualización de octubre a las tarifas fijas de DMEPOS.....	9
Actualización de las asignaciones de pago de las vacunas de virus de la gripe estacional para el 2016-2017	10
Requisitos de dotación de personal de ambulancia	10
Actualización de octubre a la base de datos del MPFS del 2016	11
Tarifa fija DMEPOS: Correcciones al archivo de julio de 2016.....	11

Recursos Educativos

Calendario de eventos.....	12
----------------------------	----

Noticias de CMS

MLN Connects® eNews del proveedor para el 8/25/2016	13
MLN Connects® eNews del proveedor para el 9/1/2016	13
MLN Connects® eNews del proveedor para el 9/8/2016	14
MLN Connects® eNews del proveedor para el 9/15/2016	15
MLN Connects® eNews del proveedor para el 9/22/16	16

Parte A

Asuntos de Procesamiento

Ajuste en masa para corregir pagos de reclamaciones IPPS.....	17
---	----

Centro de Enfermería Especializada

Descripción general del programa de compra basado en valor del SNF	17
--	----

Reclamaciones

Documentación necesaria para calificar para las excepciones al plazo máximo de	
--	--

presentación en forma oportuna	18
--------------------------------------	----

Servicios Preventivos

Edición de corrección para la detección de infecciones de transmisión sexual	20
--	----

Sistema de Pago Prospectivo

Actualización de octubre de 2016 OPPS ...	21
---	----

Determinaciones locales de cobertura de

Parte A.....	22
--------------	----

LCD nuevas

CINQAIR® Instrucciones de facturación	23
Aortography and peripheral angiography – nueva LCD de Parte A y Parte B.....	23
Intensity modulated radiation therapy – nueva LCD de Parte A y Parte B.....	23
Prostatic urethral lift (PUL) – nueva LCD de Parte A y Parte B.....	24

Revisiones a las LCD existentes

Computed tomographic angiography of the chest, heart and coronary arteries – revisión a la Parte AB de las LCD B	24
Self-administered drug (SAD) list -- revisión del artículo de Parte A y Parte B	25
Syphilis Test – revisión a la LCD de la Parte AB.....	26

Contactos de Parte A

	27
--	----

Parte B

Inscripción de Proveedores

Política de aclaración con respecto a las aplicaciones de CMS-855R	28
--	----

Revisión Médica

Reclamaciones presentadas nuevamente después de una revisión clínica de los registros	28
---	----

ASC

Actualización de octubre al sistema de pagos ASC.....	29
---	----

Tarifas Fijas

Sistema de recolección de datos del sistema de pago por servicios mediante tarifa fijas: Plantilla de presentación de datos CLFS	30
--	----

Determinaciones locales de cobertura de

Parte B.....	31
--------------	----

LCD nuevas

CINQAIR® Instrucciones de facturación	32
Aortography and peripheral angiography – nueva LCD de Parte A y Parte B.....	32
Intensity modulated radiation therapy – nueva LCD de Parte A y Parte B.....	32

Revisiones a las LCD existentes

Intravenous Immune Globulin -- revisión a la LCD de Parte B	33
Computed tomographic angiography of the chest, heart and coronary arteries – revisión a la Parte AB de las LCD B	33
Syphilis Test – revisión a la LCD de la Parte AB	33
Self-administered drug (SAD) list – revisión del artículo de Parte A y Parte B	34

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

	35
--	----

Contactos de Parte B de Florida.....

	36
--	----

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes

de Estados Unidos	37
-------------------------	----

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Liliana Chaves
Soffia Lennie
Terri Drury
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© 2014 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DEARS 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-10 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 Optum 360 LLC. 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.

Facturación

Nuevo código de procedimiento G0498 para bomba externa

Efectivo para reclamaciones procesadas a partir del 3 de octubre de 2016; con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016, un nuevo código HCPCS G0498 (descriptor corto: chemo extend iv infusion w/ pump [quimio extens infusión iv c/bomba]) está siendo implementado para su uso cuando se factura las infusiones prolongadas de medicamentos y productos biológicos que comenzaron como “incidentes a” un servicio médico usando una bomba externa. Por favor, vea el descriptor largo del código a continuación. Para obtener información completa, consulte la petición de cambio (CR) de 9749 (actualización de octubre a la base de datos del 2016 para el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud).

En un artículo reciente, First Coast proporcionó instrucciones temporales a los proveedores sobre cómo presentar reclamaciones de Medicare de Parte A (hospital para pacientes ambulatorios) y de la Parte B de Medicare, para la bomba externa. Las instrucciones se publicaron como resultado de *MLN Matters® SE1609*.

Con la implementación del nuevo código G0498, ya no es necesario seguir las instrucciones anteriores. Todas las reclamaciones para el uso de una bomba externa, facturadas al MAC serán procesadas a través de las pautas normales de procesamiento de reclamaciones. Además, los proveedores deben seguir facturando por los medicamentos/productos biológicos y la administración, ya que estos servicios no incluyen el reembolso de la bomba. El código HCPCS G0498 se factura sólo una vez por episodio de atención utilizando la fecha de inicio del tratamiento como la fecha de servicio. El código HCPCS G0498 incluirá el pago de CPT® 96416 (iniciación de la

infusión de quimioterapia prolongada más de 8 horas), cuando se facturó en el mismo día, no se permitirá el pago por separado para CPT® 96416.

Para que Medicare pague por un medicamento o producto biológico bajo la sección 1861(s)(2)(A) o (B) del Acta, el médico o el hospital (respectivamente) deben incurrir en un costo por el medicamento o producto biológico.

En general, la administración de fármacos o productos biológicos son cubiertos por Medicare bajo el beneficio “incidente a” (1861(s)(2)(A) y (B)) que se iniciará y terminará mientras el paciente está en el consultorio del médico o con el departamento de atención para pacientes ambulatorios del hospital bajo la supervisión de un médico.

Sin embargo, en algunas situaciones, un hospital o consultorio pueden comprar un medicamento para una infusión prolongada del fármaco, medicamento razonable y necesaria, y luego comenzar la infusión del fármaco en el ámbito de la atención mediante una bomba externa, enviar al paciente a la casa para una porción de la duración de la infusión, y hacer que el paciente regrese al final del periodo de infusión.

En este caso, el medicamento o producto biológico sigue estando cubierto bajo la sección 1861 (s) (2) (A) y (B) del Acta y es facturable al contratista administrativo de Medicare A/B a pesar de que toda la administración del medicamento o producto biológico no se produjo en el consultorio del médico o en el departamento para pacientes ambulatorios del hospital.

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

Requerimientos de firma de Medicare

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



Actualización de la tarifa por entrega anual de factor de coagulación

Número de *MLN Matters*®: MM9759
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9759
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3607CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la tasa por entrega anual para servicios relacionados con la administración de factores de coagulación para los beneficiarios de Medicare 2017. Para 2017, la tasa de factor de coagulación es de \$0.209 por unidad se incluyó en el límite de pago publicado. CMS incluye la tarifa por entrega de factor de coagulación en los límites de pago nacionales publicados para los códigos de facturación de factores de coagulación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9759.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9759, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3607CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3607, CR 9759

Nota aclaratoria: Este artículo 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 tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Actualización anual de 2017 de los códigos HCPCS para facturación consolidada de los centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*®: MM9735
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9735
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3603CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que lanzarán, en diciembre, la actualización anual de 2017 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para la facturación consolidada de los centros de enfermería especializada (SNF CB). Para la primera semana de diciembre de 2016, los nuevos archivos de código de la Parte B para el contratista administrativo de Medicare (MAC), y los nuevos archivos de código para el procesamiento de la Parte A para MAC estarán disponibles en <http://www.cms.gov/Medicare/Billing/SNFConsolidatedBilling/index.html>. Una vez publicado, CMS recomienda a los proveedores leer "General Explanation of the Major Categories" (Explicación general de las principales categorías), información

localizada en la parte inferior de la actualización para MAC con el fin de entender las principales categorías, incluyendo las exclusiones adicionales que no se rigen por los códigos HCPCS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9735.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9735, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3603CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3603, CR 9735

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

Actualizaciones del manual para corregir errores u omisiones

Número de *MLN Matters*®: MM9748
Número de petición de cambio relacionado: CR 9748
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de septiembre de 2016
Fecha de efectividad: 18 de octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R101GI, R227BP y R3612CP
Fecha de implementación: 18 de octubre de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9748 revisa los siguientes manuales de Medicare para corregir varios errores técnicos menores y omisiones:

- *Manual: 'Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement'*
- *Manual: 'Medicare Benefit Policy'*
- *Manual: 'Medicare Claims Processing'*

Nota: No se anticipa cambios en la política, el procesamiento o en el sistema.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9748.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)



9748, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R101GI.pdf> y en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R227BP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 101 y CMS Pub. 100-02, Transmittal 227 CR 9748

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.

Novena actualización de la codificación de las revisiones de determinaciones de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*®: MM9751
Número de petición de cambio relacionado: CR 9751
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017 -- a menos que se indique lo contrario
Número de transmisión de CR relacionado: R1708OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

La mayoría de las determinaciones de cobertura nacional (NCD) incluidas en esta actualización son el resultado de la información recibida de las anteriores peticiones de cambio (CR) de ICD-10 NCD; otras son el resultado de las revisiones que se requieren para otras CR relacionadas con las NCD publicadas por separado.

Nota: No hubo cambios relacionados con las políticas que se incluyen con estas actualizaciones.

Todos los cambios relacionados con las políticas a las NCD continúan siendo implementados a través del

proceso tradicional actual de la LCD.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9751.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9751, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1708OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1708, CR 9751

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

EDI

Actualización de los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud octubre de 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9659

Número de petición de cambio relacionado: CR 9659

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2016

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3597CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2017, excepto algunos pueden aplicar el 1 de octubre de 2016

Resumen

El comité nacional de reclamaciones uniformes (NUCC) mantiene los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC) establecido para la clasificación normalizada de los proveedores de salud, y lo actualiza dos veces al año con los cambios a partir del 1 de abril y el 1 de octubre. Estos cambios incluyen la adición de un nuevo código y definiciones de los códigos existentes.

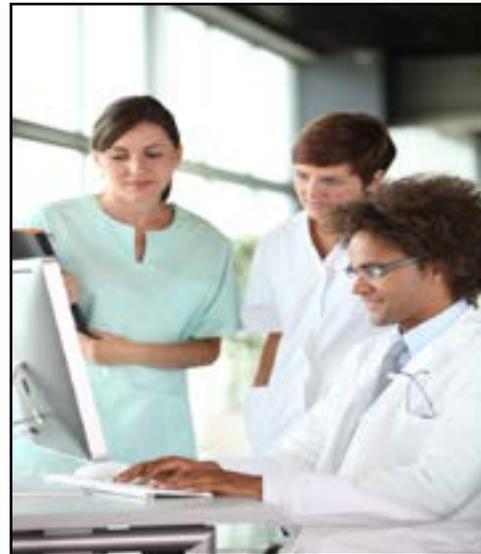
La CR 9659 enseña a los contratistas a obtener el conjunto más reciente de los HPTC y utilizarlos para actualizar sus tablas internas de los HPTC y/o archivos de referencia.

Los HPTC están a su disposición para ver o descargar desde el Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-edi.com/codes>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9659.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9659, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://>



www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3597CP.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3597, CR 9659

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.

Calcule las posibilidades ...

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



Cumplimiento de la fase II y la fase III para el procesamiento por lotes - normas de funcionamiento

Número de *MLN Matters*®: MM9358
Número de petición de cambio relacionado: CR 9358
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de septiembre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R1716OTN
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se encuentran en el proceso de implementación de las normas de funcionamiento adoptadas bajo la sección 1104 del Affordable Care Act (ACA). Las normas de funcionamiento están destinadas a proporcionar orientación y aclaraciones adicionales a los estándares adoptados en el intercambio electrónico de datos (EDI) en el marco del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA).

El propósito de la petición de cambio 9358 es cumplir con los requisitos de seguridad y conectividad para las normas de funcionamiento de las fases II y III, así como con los requisitos de procesamiento por lotes para la fase II de las normas de procesamiento del Comité de Normas

de Funcionamiento para el Intercambio de Información (CORE) de la fase II de las normas de procesamiento del Council for Affordable Quality Healthcare (CAQH).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9358.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9358, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1716OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1716, CR 9358

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.

Categoría del estado de las reclamaciones y el estado de los códigos de las reclamaciones

Número de *MLN Matters*®: MM9680
Número de petición de cambio relacionado: CR 9680
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3599CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Tras la reunión de enero de la Comisión Nacional de Mantenimiento de Códigos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de estado para reclamaciones de Medicare y el estado de los códigos de las reclamaciones.

Los conjuntos de códigos estarán disponibles en:

- <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes/>
- <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes/>

Los cambios en el código aprobado en la reunión de septiembre/octubre de 2016 se publicarán en los sitios de internet anteriormente mencionados alrededor del

1 de noviembre y se van a utilizar para editar todas las transacciones de reclamaciones electrónicas mediante la aplicación de la solicitud de cambio 9680, la cual está programada para el 1 de enero de 2017.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9680.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9680, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3599CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3599, CR 9680

Nota aclaratoria: Este artículo brinda 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 específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Maneje su información EDI a través de SPOT

A partir del 26 de septiembre de 2016, la aplicación para el intercambio electrónico de datos (EDI) estará disponible para los proveedores de Medicare a través el 'Secure Provider Online Tool (SPOT)' de First Coast Service Options.

EDI se utiliza para el *manejo de transacción de datos tales como reclamaciones, estado de la reclamación y las remesas* entre First Coast y los proveedores de servicios médicos. El uso de SPOT para administrar la información de inscripción EDI le ahorrará tiempo y dinero a los proveedores de Medicare al no tener que enviar por correo los formularios para mantener su información actualizada. Los proveedores médicos usan el formulario EDI para agregar a menudo nuevos profesionales a su perfil de facturación electrónica, cambiar la información de remesas de pago electrónicas y solicitar *el software gratis de facturación para la Parte B de Medicare de First Coast, ABILITY I PC-ACE*. Los proveedores también usan el formulario EDI para cambiar los agentes de facturación o casas de facturación. A partir del 26 de septiembre cada una de estas operaciones se pueden realizar usando SPOT.

La adición del formulario de EDI es una de varias mejoras recientes de SPOT. First Coast expandió SPOT en abril, para ofrecer información de costos para los hospitales, residencias de ancianos y proveedores de enfermedad renal en estado final. El mes pasado, First Coast agregó chat en vivo para mantener informados a los proveedores en temas importantes y conectarse fácilmente con el personal de apoyo de SPOT cuando sea necesario. Al igual que el software PC-ACE, First Coast ofrece SPOT a los proveedores sin costo alguno. SPOT ofrece a los proveedores de Medicare *varias características que ahorran tiempo*, incluyendo la capacidad de ver el estado



de las reclamaciones y la información de elegibilidad del paciente en línea, llevar a cabo un análisis detallado de datos a nivel de reclamación y de proveedores, abrir nuevamente reclamaciones para hacer correcciones en varias líneas, y presentar redeterminaciones y las respuestas adicionales de desarrollo (ADR). Si no ha establecido su cuenta en SPOT y quiere aprovechar las mejoras en EDI, inscribese hoy a SPOT. First Coast ofrece una *guía paso a paso* para ayudarle a crear su cuenta.

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com



Servicios preventivos

Recursos de 2016-2017 de la gripe para los profesionales del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*®: SE1622
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

En este artículo de edición especial ofrece información y recursos valiosos que los proveedores deben tener a disposición a través de la temporada de influenza (gripe). Además de servir como un recordatorio, el artículo también proporciona la siguiente:

- Productos educativos
- Recursos de servicios preventivos
- Tarifas de pago para 2016-2017

Recordatorios: El deducible y coaseguro no son aplicables. Todos los proveedores que administran la vacuna de la gripe y/o neumocócica deben aceptar la asignación sobre la reclamación de la vacuna.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1622.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1622

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 octubre a las tarifas fijas de DMEPOS

Número de *MLN Matters*®: MM9756
Número de petición de cambio relacionado: CR 9756
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2016
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3598CP
Fecha de implementación: 5 de abril de 2014

Resumen

Las actualizaciones de octubre sólo son necesarias para el equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS) con archivo de código postal rural del cuarto trimestre para cambios en el código de 2016, cambios en el archivo de código postal rural. El código postal asociado a la dirección que se utiliza para fijar el precio de una reclamación para DMEPOS determina el pago aplicable para la tarifa fija para los códigos rurales con tarifas fijas rurales y no rurales.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9756.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9756, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov>.



[gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3598CP.pdf](https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3598CP.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3598, CR 9756

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

Actualización de las asignaciones de pago de las vacunas de virus de la gripe estacional para el 2016-2017

Número de *MLN Matters*[®]: MM9758
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9758
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de septiembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3611CP
 Fecha de implementación: A más tardar el 1 de noviembre de 2016

Resumen

La petición de cambio 9758 publica una lista de los códigos de procedimiento y las fechas de vigencia de las asignaciones de pago que están disponibles para las vacunas de virus de la gripe estacional. Los límites de pago de la Parte B de Medicare para las vacunas neumocócicas y de gripe son el 95 por ciento del promedio de precio de venta al por mayor (AWP), como se refleja en el compendio publicado. **Nota:** Una lista de los códigos de procedimiento y las fechas de vigencia para las cuales las asignaciones de pago están disponibles para las vacunas de virus de la gripe para la temporada 2016-2017 se puede encontrar

en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Part-B-Drugs/McrPartBDrugAvgSalesPrice/VaccinesPricing.html>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9758.pdf>. La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9758, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3611CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3611, CR 9758

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.

Requisitos de dotación de personal de ambulancia

Número de *MLN Matters*[®]: MM9761 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9761
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de septiembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R226BP
 Fecha de implementación: 12 de diciembre de 2016

La petición de cambio 9761 actualiza el 'Medicare Benefit Policy Manual' con respecto a la dotación de personal de ambulancia y aclara la definición y requisitos de los distintos medios de transporte terrestres. Este artículo fue revisado el 13 de septiembre debido a una CR revisada, que corrige la fecha de implementación de la sección de instrucciones del manual. El número de transmisión, la fecha de lanzamiento de la CR y el enlace a la CR también cambiaron.

Resumen

La petición de cambio (CR) 9761 hace revisiones al manual para los requisitos de dotación de personal de ambulancia para reflejar la regla final del 2016 de las tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud. Todos los medios de transporte de ambulancia cubiertos por Medicare deben estar dotados de al

menos dos personas que cumplan tanto los requisitos de las leyes estatales y locales, donde los servicios son prestados, como los requisitos actuales de Medicare. La actualización del manual también aclara la definición y los requisitos de los diversos medios de transporte terrestres.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9761.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9761, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R226BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 226, CR 9761

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 octubre a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2016

Número de *MLN Matters*[®]: MM9749 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: CR 9749
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de agosto de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3595CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

La petición de cambio (CR) 9749 modifica los archivos de pago que se emitieron a su contratista teniendo en cuenta el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) de 2016, el reglamento final fue publicado en el Registro Federal el 16 de noviembre de 2015. Estos archivos de pago son eficaces para los servicios prestados entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2016.

Resumen

La petición de cambio (CR) 9749 incluye numerosas actualizaciones de estatus del procedimiento. Entre estos cambios se encuentran las actualizaciones de pago (RVU) a los siguientes códigos de procedimiento:

- G9685
- G9686
- La petición de cambio (CR) también adiciona el siguiente código de procedimiento para la base de datos:
- G0498

Tarifa fija DMEPOS: Correcciones al archivo de julio de 2016

El 23 de junio de 2016, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicaron las cantidades de las tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas de Medicare (DMEPOS) de julio de 2016. CMS identificó errores en las cantidades de las tarifas para algunos ítems y archivos de tarifas fijas revisados y publicados el 31 de agosto de 2016. Revise el DME Center Page (<http://go.usa.gov/xDYr9>) para más información (en inglés).

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

Los contratistas no buscarán sus archivos ya sea para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o para pagar retroactivamente las reclamaciones, sin embargo, ellos ajustarán las reclamaciones que usted llame a su atención.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 30.1, esto debe ser considerado como un aviso de 30 días en un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos programado para el 3 de octubre de 2016.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9749.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9749, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3595CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3595, CR 9749

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



Recursos educativos

Calendario de eventos

Octubre de 2016

Medicare Speaks 2016: Manteniéndole informado y actualizado

Cuando: 12 de Octubre de 2016

Hora: 9:00 AM -12:00 PM ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0354868.asp>

Codificación E/M: Visitas al departamento de urgencias (B)

Cuando: 26 de Octubre de 2016

Hora: 2:00 -3:00 PM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0357335.asp>

Nota: A menos que se indique lo contrario, los tiempos designados para eventos educativos están indicados como tiempo del este (ET) y la prioridad de estos eventos se encuentra en la Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

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® eNews del proveedor para el 25 de agosto de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 25 de agosto de 2016

Vea esta edición como PDF 

Noticia y anuncios

- ICD-10: preguntas y respuestas actualizadas
- IMPACT Act evaluación estandarizada de datos: vencimiento de comentarios el 12 de septiembre

Cumplimiento del proveedor

- Fusión espinal lumbar

Próximos eventos

- Webcast del programa del reporte de calidad SNF — 14 de septiembre
- Asociación nacional para mejorar la atención de la

demencia y llamada QAPI — 15 de septiembre

- Reporte comparativo de facturación PAP/RAD y accesorios — 21 de septiembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Próxima generación de la organización de cuidado responsable – implementación, artículo de MLN Matters® — nuevo
- Folletos básicos de Medicare y Medicaid — nuevo
- Llamada PQRS: grabación de la llamada y transcripción — nueva
- Sesión informativa de cirugía global: grabación de audio y transcripción - nueva

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® eNews del proveedor para el 1 de septiembre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 1 de septiembre de 2016

Vea esta edición como PDF 

Noticia y anuncios

- Resultados ACO PY 2015 de Medicare
- Programa de incentivos EHR: presente sus comentarios sobre la regla propuesta el 6 de septiembre
- TEP sobre las medidas de calidad del IMPACT Act: fecha límite de nominaciones el 7 de septiembre
- Período previsto para PY 2017 ESRD QIP extendido hasta el 30 de septiembre
- Nuevo ST PEPPER disponible
- Evaluación y kit de herramientas de ICD-10
- ¿Usted está obligado a cumplir con las normas electrónicas?
- Septiembre es el mes de concientización del cáncer de próstata



MLN

De la página anterior

Cumplimiento del proveedor

- A Psiquiatría y Psicoterapia

Próximos eventos

- Webcast sobre el reporte del programa de calidad SNF — 14 de septiembre
- Asociación nacional para mejorar la atención de la demencia y llamada QAPI — 15 de septiembre
- Llamada sobre el programa de compra basado en valor para SNF — 28 de septiembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Disponible el catálogo de septiembre de 2016
- Conceptos básicos para Proveedores de HIPAA: privacidad, seguridad y hoja informativa sobre la

violación de las normas de notificación – revisada

- Rutas orientadas al folleto específico de los recursos del proveedor de Medicare — revisadas
- Conjunto de productos y herramienta educativa de recursos para proveedores de salud rural — revisados
- Hoja informativa de facturación de inmunización de Medicare Parte B — recordatorio
- Vacuna y pagos de administración de la vacuna bajo la hoja Informativa de la Parte D de Medicare – recordatorio
- Herramienta educativa de conjunto de productos y recursos para los oficiales de cumplimiento - recordatorio

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® eNews del proveedor para el 8 de septiembre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 8 de septiembre de 2016

Vea esta edición como PDF 

Noticia y anuncios

- Programa de incentivos EHR de 2017 del ajuste de pago para los hospitales de Medicare
- Vista preliminar de los reportes del proveedor IRF y LTCH QRP disponibles hasta el 30 de septiembre
- Proveedores DMEPOS: uso del CMS-855S revisado, a partir del 1 de enero
- Tarifas fijas DMEPOS: correcciones al archivo de julio de 2016
- Tarifas fijas DMEPOS: publicación del monitoreo de asignación de datos
- Medidas de readmisión de 30 días de SNF potencialmente prevenibles – actualizadas
- Reporte de comentarios de 2015 de PQRS y los QRUR de 2015 anuales: ¿está listo?
- Nueva imagen de ‘Think Cultural Health’
- Mes de Healthy Aging® — dialogue sobre los servicios preventivos con sus pacientes

Cumplimiento del proveedor

- Catéteres Coudé Tip

Reclamaciones, precios y códigos

- Los archivos del precio promedio de venta de octubre de 2016 ya están disponibles

Próximos eventos

- Webcast sobre el programa de reporte de calidad de SNF — 14 de septiembre
- Asociación nacional para mejorar la atención de la demencia y llamada QAPI - 15 de septiembre
- Llamada del programa de compra basado en valor para SNF — 28 de septiembre
- Webcast de los QRUR de 2015 anuales — 29 de septiembre
- Reporte comparativo de facturación sobre el modificador 25: webinar OB/GYN — 5 de octubre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Hoja informativa Advance Care Planning — nueva

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® eNews del proveedor para el 15 de septiembre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 15 de septiembre de 2016

[Vea esta edición como PDF](#) 

Noticia y anuncios

- Planes para el programa de calidad de pagos en el 2017: escoja su ritmo
- CMS finaliza la norma para reforzar preparación de la emergencia de ciertas instalaciones
- Las cantidades de pago de la oferta competitiva DMEPOS y oferta de contratos para la ronda 1 del 2017
- Nuevos datos: 49 estados más el DC reducen los reingresos hospitalarios que se pueden evitar
- Preguntas de capacitación de los proveedores sobre QRP SNF y comentarios sobre MDS 3.0
- Programas de incentivos EHR: disponibles los materiales de los webcast de agosto
- ICD-10 y la reunión del comité de coordinación de mantenimiento: materiales disponibles
- Progreso de ICD-10 y administración de su ciclo de ingresos



Cumplimiento del proveedor

- Soporte vital avanzado en los servicios de ambulancia: documentación insuficiente

Próximos eventos

- Llamada del programa de compra basado en valor para SNF — 28 de septiembre
- Webcast anual de 2015 para QRUR — 29 de septiembre

- IMPACT Act: llamada de para el desarrollo de medidas y los elementos de datos — 13 de octubre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®
- Panorama general del artículo de MLN Matters® del programa de compra basado en valor para SNF — nuevo
- Artículo de MLN Matters sobre la plantilla de presentación de datos del sistema de recolección de datos del sistema de pago por servicios mediante tarifa fijas — nuevo
 - Hoja informativa sobre las tarifas fijas de laboratorio clínico — revisada
 - ICD-10-CM/PCS hoja informativa sobre los mitos y realidades — revisada
 - ICD-10-CM hoja informativa sobre mejoras en la clasificación — revisada
 - ICD-10-CM/PCS hoja informativa sobre la nueva generación de codificación — revisada
- Manual de las preguntas hechas frecuentemente sobre los mapas generales de equivalencia — revisado
- Tabla de referencia rápida: descriptores de los códigos G y los modificadores para la herramienta educativa para la presentación de reportes de terapia funcional — revisada
- Herramienta educativa sobre los servicios preventivos — recordatorio

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® eNews del proveedor para el 22 de septiembre de 2016

MLN Connects® Provider para el 22 de septiembre de 2016

Vea esta edición como PDF 

Noticia y anuncios

- Disponible la solicitud CMS-855R revisada: reasignación de los beneficios de Medicare
- Vista previa de los reportes del proveedor IRF y QRP LTCH - revise sus datos hasta el 30 de septiembre
- El centro de recursos eCQI tiene noticias y recursos

Cumplimiento del proveedor

- Presentación de reportes para el cambio de propiedad

Próximos eventos

- Llamada del programa de compra basado en valor para SNF — 28 de septiembre
- Webcast anual de 2015 para QRUR — 29 de septiembre
- Llamadas de los requisitos de preparación de emergencia - 5 de octubre
- IMPACT Act: llamada de para el desarrollo de medidas y los elementos de datos — 13 de octubre
- Reporte comparativo de facturación sobre CMT del Webinar de columna – 19 de octubre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Sistema de recolección de datos del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija: plantilla para el reporte de datos CLFS, artículo de MLN Matters® — revisado
- Evitar el fraude y abuso de Medicare: Una guía para la formación de médicos a través de internet – revisada
- Hoja informativa sobre los servicios del manejo del cuidado transicional — revisada
- Hoja informativa de los centros de salud federalmente calificados – revisada
- Hoja informativa del bono del programa médico en las áreas de escasez de profesionales de la salud — revisada
- Hoja informativa del sistema de pago prospectivo de hospital para pacientes ambulatorios — revisada
- Hoja informativa de los beneficiarios duales elegibles bajo los programas de Medicare y Medicaid — revisada
- Folleto del transporte de ambulancia de Medicare — revisado
- Folleto del sistema de pago prospectivo de hospital de cuidados intensivos — revisado
- Folleto de hospitales de cuidado crítico — revisado

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

Medicare Learning Network®

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



Asuntos de procesamiento

Ajuste en masa para corregir pagos de reclamaciones IPPS

Problema

Con la implementación de la petición de cambio (CR) 8900 en octubre de 2014, cambios en el año fiscal (FY) 2015 sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) y cuidados a largo plazo de hospital (LTCH) PPS cambios, ciertas reclamaciones de pacientes hospitalizados con precios incorrectos cuando fueron cargadas a los códigos del estado y a los códigos del índice de salario para los proveedores sujetos a IPPS. Este problema se corrigió el 8 de junio de 2015.

Resolución

Los ajustes masivos se realizaron en todas las reclamaciones que cumplieron con los siguientes criterios:

- Reclamaciones con fechas procesadas después del 5 de octubre de 2014, hasta de al 8 de junio de 2015, con fecha de alta después del 5 de octubre de 2014,

hasta el 8 de junio de 2015.

- Tipo de factura (TOB) 11x

Rango del proveedor xx0001-xx0999 donde xx es un código específico del estado incluyendo Florida (10) y Puerto Rico (40)

Estatus/fecha resuelto

Cerrado. Los ajustes se completaron en julio de 2016.

Acción por parte del proveedor

Ninguna.

Problemas de procesamiento actuales

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

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

Centro de enfermería especializada

Descripción general del programa de compra basado en valor del centro de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*®: SE1621

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

El Protecting Access to Medicare Act (PAMA) de 2014 que fue promulgado como ley 1 de abril de 2014, autorizó el programa de compra basado en valor del centro de enfermería especializada (SNF VBP). PAMA requiere que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) adopten un ajuste de pago VBP para los SNF a partir del 1 de octubre de 2018.

El 1 de octubre de 2016, SNF comienza a recibir informes de retroalimentación sobre su desempeño en el programa SNF VBP.

A partir del 1 de octubre de 2018, los SNF tendrán la oportunidad de recibir pagos de incentivos en función del desempeño de la medida de la calidad especificada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1621.pdf>.



Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1621

Nota aclaratoria: Este artículo brinda 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.

Reclamaciones

Documentación necesaria para calificar para las excepciones al plazo máximo de presentación en forma oportuna

La *Sección 6404* del Patient Protection and Affordable Care Act (Affordable Care Act o ACA) redujo el período máximo para la presentación de todas las reclamaciones del sistema de pago de servicios mediante tarifa fija de Medicare a un máximo de 12 meses -- un año calendario -- a partir de la fecha de servicio. Esta política es efectiva para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2010; las reclamaciones para los servicios prestados antes de esa fecha fueron requeridas a presentarse, a más tardar, el 31 de diciembre de 2010.

Efectivo en/después del 1 de enero de 2016 los proveedores deben utilizar el nuevo proceso de reapertura (TOB XXQ) cuando la necesidad de corrección se descubrió luego del límite de la presentación oportuna de la reclamación; un ajuste de factura (TOB XX7) no es permitido.

En un esfuerzo por simplificar y estandarizar el proceso de reapertura de reclamación, con el código de frecuencia 'Q' y códigos de ajuste de denegación (ARC), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron el artículo de *MLN Matters*® [MM8581](#).

CMS publicó el artículo de edición especial *MLN Matters*® [SE1426](#) para ayudar a los proveedores con las instrucciones de codificación y escenarios de facturación para la presentación de solicitudes de reapertura de reclamación que están más allá del plazo de presentación de reclamación.

(NOTA: La categoría de errores administrativos de facturación está siendo eliminada del proceso a continuación, usted debe utilizar el nuevo proceso de reapertura para corregir las reclamaciones con fechas de servicio más allá del límite de presentación oportuna. Por favor consulte los *MLN Matters* arriba mencionados para obtener información completa sobre el nuevo proceso de reapertura.)

Las siguientes excepciones aplican al plazo límite para presentar reclamaciones **iniciales** a Medicare:

- Derecho retroactivo a Medicare
- Derecho retroactivo a Medicare que afecte a organismos estatales de Medicaid
- Cancelación retroactiva de la inscripción en un plan Medicare Advantage o en un programa de una organización de proveedores de atención integral para personas edad avanzada (program of all-inclusive care for the elderly [PACE])

Derecho retroactivo a Medicare

- Una carta oficial que notifique al beneficiario sobre el derecho a Medicare y la fecha de vigencia del derecho al programa y



- Documentación que describa el servicio(s) prestado(s) al beneficiario y la fecha del servicio(s) prestado(s) o
- Si una carta oficial del Social Security Administration (SSA) no puede ser provista, First Coast Service Options, Inc. (First Coast) verificará la base de datos del archivo común de trabajo (CWF) y puede interpretar la fecha de acreditación de CWF y la fecha de derecho de CWF de Medicare para un beneficiario para verificar el derecho retroactivo a Medicare

Derecho retroactivo a Medicare que afecte a organismos estatales de Medicaid (programas de subvención estatales)

- Documentación mostrando la fecha en la que la agencia estatal de Medicaid recuperó el dinero del proveedor/suplidor y
- Documentación verificando que el beneficiario tenía derecho a Medicare, con carácter retroactivo, a la fecha o antes de que el servicio fuera provisto (por ejemplo, la carta oficial al beneficiario) y
- Documentación verificando los servicios prestados al beneficiario y la fecha del servicio(s) provisto

Cancelación retroactiva de la inscripción en un plan Medicare Advantage o en una organización de proveedores de PACE

- Evidencia de inscripción previa del beneficiario en un plan MA o en una organización de proveedores de

Ver **DOCUMENTACIÓN** en la próxima página

DOCUMENTACIÓN

De la página anterior

PACE y

- Evidencia de que el beneficiario, el proveedor o el abastecedor fueron notificados de que el beneficiario ya no estaba inscrito en el plan MA ni en la organización de proveedores de PACE y
- La fecha de entrada en vigencia de la cancelación de la inscripción y
- Documentación que muestre la fecha en la que el plan MA o la organización de proveedores de PACE recuperaron el dinero del proveedor o del abastecedor por los servicios prestados a un beneficiario cuya inscripción estaba cancelada.

[Haga clic aquí](#) para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Proceso de servicio al cliente para excepciones al plazo

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha emprendido una iniciativa para proporcionar un mecanismo más fácil para manejar las solicitudes de los proveedores de extender el requisito de presentación en forma oportuna de las reclamaciones que superan la disposición. Efectivo desde el lunes 2 de abril de 2012, se implementaron las siguientes pautas para abordar las peticiones de los proveedores de prolongar la prórroga para la presentación en forma oportuna en sus reclamaciones:

Los proveedores de Medicare pueden completar el *Request for Telephone Claim Override Timeliness Form for Part A* (formulario de petición de anulación de la puntualidad de la reclamación telefónica para la Parte A), adjuntar la documentación adecuada y una breve explicación de la razón por la cual se retrasó la presentación. Un límite de un formulario puede ser presentado por cada envío de fax de la solicitud. Envíe el fax de la solicitud al 904-361-0693. [Haga clic aquí para acceder al formulario](#). **Nota:** Si alguna parte del formulario no es legible, no se anulará el plazo máximo para la presentación en forma oportuna de su(s) reclamación(es)

- Los representantes de consulta por escrito de First Coast recuperarán la documentación, la revisarán y emitirán una carta de aprobación o desaprobación al proveedor en respuesta a la solicitud de presentación en forma oportuna. La respuesta de aprobación o desaprobación se enviará al número de fax indicado en el formulario de reclamación de solicitud telefónica para la anulación oportuna de Parte A, para la segunda viñeta bajo el proceso de servicio al cliente para las excepciones de límite de tiempo. Tenga en cuenta que este proceso podría tomar hasta 45 días laborables para ser completado. **No llame al centro de contacto.**



- Si se otorga una prórroga para la presentación de la reclamación, la carta de aprobación indicará al proveedor que presente una nueva reclamación. El número único de aprobación, proporcionado en la carta de aprobación, y la fecha de la carta de aprobación deben incluirse en la sección de comentarios de la reclamación.

Además, la carta de aprobación incluirá una fecha antes de la cual debe presentarse la nueva reclamación. Una vez presentada la reclamación, el número de aprobación ingresado en la línea de comentarios y la fecha de recepción de la reclamación se compararán con la lista de números aprobados. Si esta información coincide, la modificación de la presentación en forma oportuna de las reclamaciones se anulará en la reclamación correspondiente. Es importante observar que puede haber errores a otras modificaciones a la reclamación, lo que puede requerir que los proveedores corrijan su facturación y vuelvan a presentar las reclamaciones.

Si no se otorga una prórroga para la presentación de una reclamación, el motivo por el cual no se otorgó se describirá en la carta.

Es importante que el proceso anteriormente descrito se siga en su totalidad ya que cualquier desviación podría resultar en documentación devuelta y agregar retrasos en las aprobaciones.

Ingrese al [formulario de solicitud de presentación oportuna](#).

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

Servicios preventivos

Edición de corrección para la detección de infecciones de transmisión sexual

Número de *MLN Matters*®: MM9719
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9719
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de septiembre de 2016
 Fecha de efectividad: Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1713OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

La petición de cambio (CR) 9719 anuncia cambios en ciertas ediciones que deberían haber sido escritas como las denegaciones de nivel de línea en lugar de la denegación de reclamaciones si no se reportaron con el código de diagnóstico apropiado. Este artículo fue revisado el 8 de septiembre debido a una CR actualizada. La CR modificó la fecha de efectividad. El número de transmisión de la CR, la fecha de publicación y el enlace a la transmisión también cambiaron. El resto de la información sigue siendo la misma.

Resumen

La petición de cambio (CR) 7610 proporciona instrucciones de facturación para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el asesoramiento del comportamiento de alta intensidad para prevenir infecciones de transmisión sexual. Desde la implementación, se ha identificado un problema de procesamiento.

El CR 9719 implementa una corrección al problema de procesamiento, que modifica la redacción para asegurar el pago correcto de las reclamaciones relacionadas con infecciones de transmisión sexual.

Las modificaciones deberían haber sido procesadas como las denegaciones de nivel de línea en lugar de las reclamaciones de denegaciones si no se reportaron con el código de diagnóstico apropiado.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9719.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9719, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1713OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1713, CR 9719

Nota aclaratoria: Este artículo brinda un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen las regulaciones específicos así como cualquier 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 2015 hasta la fecha.

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

Sistema de pago prospectivo

Actualización de octubre de 2016 del sistema de pagos prospectivos para los servicios ambulatorios de hospital

Número de *MLN Matters*®: MM9768

Número de petición de cambio relacionado: CR 9768

Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2016.

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016

Número de transmisión de CR

relacionado: R3602CP

Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

La petición de cambio 9768 describe los siguientes cambios clave que deben ser implementados en octubre de 2016 al sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios.

- Nuevo código C9744 agregado
- Códigos para dejar de fumar
- Servicios sin terapia del departamento de pacientes externos
- Advanced-care planning (ACP)
- Medicinas, biológicos, y radiofármacos



- Cambios al OPPS pricer logic
- Determinaciones de cobertura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9768.pdf>

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9768.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9768, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3602CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3602, CR 9768

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.

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

CINQAIR® Instrucciones de facturación

El 23 de marzo de 2016, la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos aprobó reslizumab (inyecciones CINQAIR®, Teva Pharmaceutical Industries Ltd.) como un tratamiento de mantenimiento adicional para el tratamiento de pacientes con asma grave para mayores de 18 años y con una fenotipo eosinofílica.

La dosis recomendada y el horario para CINQAIR es, 3 mg/kg una vez cada cuatro semanas se administra la infusión® intravenosa durante 20-50 minutos.

Enviar:

HCPCS código C9399

Diagnóstico: J45.20-J45.998 (Asma), y J82 (eosinofilia pulmonar, no clasificados en otra parte)

Narrativa de campo:

Nombre del medicamento, intensidad, dosis y número de NDC.

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

Aortography and peripheral angiography – nueva LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L36767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la aortografía y angiografía periférica se desarrolló sobre la base de los problemas identificados durante el examen médico relacionado con los criterios de cobertura, requisitos de codificación y la documentación en el expediente médico que no respalda procedimientos invasivos de diagnóstico de arteriografía realizados con el propósito de evaluar la enfermedad vascular. Debido al riesgo de un error de pago de la reclamación de una cantidad alta de dólar, y para proporcionar orientación a los equipos de revisión médica de First Coast durante las revisiones médicas, la nueva LCD trata un episodio invasivo de cuidado para la arteriografía diagnóstica.

Además, la LCD existente de angiografía renal (L33715) se incorporó al crear esta nueva LCD y será retirada cuando la nueva LCD se haga efectiva.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 31 de octubre de 2016**. 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>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Intensity modulated radiation therapy – nueva LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L36773 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) L33378 para la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) se retiró el 7 de abril de 2016, debido a la codificación obsoleta de la información. La LCD tiene un texto que declara que el campo de simulación asistida en una situación compleja (código CPT® 77290) durante un recorrido de IMRT fue apropiado. Esta declaración fue promovida erróneamente como una asignación de pago por separado de la configuración del campo de simulación asistida y el plan de tratamiento. La configuración del campo de simulación para IMRT no deberá declararse por separado por la iniciativa de correcta codificación (CCI) y el manual de CMS en la petición de cambio de 9658 (efectiva el 1 de julio de 2016), que establece que el pago de ciertos servicios (es decir, los códigos CPT® 77280, 77285, 77290 para la radioterapia en la simulación asistida por la configuración del campo) se incluye en la planificación

del tratamiento IMRT código CPT® 77301. La nueva LCD L36773, radioterapia de intensidad modulada incluye una sección "Limitations" y una versión actualizada de la sección "Indications" para incluir las guías de práctica más actuales sobre IMRT de la American Society for Radiation Oncology.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de noviembre de 2016**.

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

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Prostatic urethral lift (PUL) – nueva LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L36775 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Una determinación de cobertura local (LCD) para la elevación de la uretra prostática (PUL) fue desarrollada para delinear indicaciones y limitaciones de cobertura y/o la necesidad médica, los códigos CPT® apropiados y los códigos de diagnóstico ICD-10-CM aplicables. Varios de los contratistas administrativos de Medicare (MAC) están permitiendo reclamaciones (sin información sobre el criterio de cobertura como tal, el pago no se considera una declaración de la cobertura) y otros tienen criterios de política en juego o una plan para tratar los criterios para la cobertura limitada (a través del proceso de determinación de cobertura local). El procedimiento Urolift ha entregado, de forma aleatoria, los datos de estudios controlados al dominio público, aunque es evidente que hay problemas con las limitaciones del estudio, tales como la duración del seguimiento para identificar un problema a largo plazo, un bajo número de pacientes incluidos en los estudios, lo indirecto de la evidencia y la probabilidad de que esta publicación se encuentre sesgada.

Por lo tanto, la calidad de las pruebas se considera que es baja. Sin embargo, basándose en los aportes de la práctica de los urólogos en la Florida que están de acuerdo con la necesidad continua de recopilación de datos del MAC de la jurisdicción N (JN), se desarrolló este proyecto en curso para examinar los resultados a largo plazo, y de igual forma al sentir que hay un nicho para ciertos pacientes calificados de Medicare, el MAC de la jurisdicción N (JN) desarrolló este borrador de La LCD para hacer frente a los criterios de cobertura limitada para el subgrupo de pacientes que tienen comorbilidades que incrementan el riesgo de complicaciones de un procedimiento más invasivo, como la resección transuretral de la próstata o TURP.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 31 de octubre de 2016**. 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>.

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

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

Revisones a las LCD existentes

Computed tomographic angiography of the chest, heart and coronary arteries – revisión a la Parte AB de las LCD B

Identificador de LCD: L33282 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la angiografía por tomografía computarizada de tórax, corazón y arterias coronarias se revisó para agregar los códigos de diagnóstico I35.0, I35.1, I35.2, I35.8, I48.0 del ICD-10-CM, sección I48.1, I48.2, y I48.91 para la Terminología de Procedimiento Actual (CPT®) códigos 75571, 75572, 75573, 75574 y en los “códigos de la ICD-10 que apoyan necesidad médica” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 6 de septiembre de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**.

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

Las reglas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Self-administered drug (SAD) list – revisión del artículo de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L A52571 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago de Medicare para los medicamentos y productos biológicos, como parte del servicio incidente a un médico. Las instrucciones también ofrecen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable suele ser autoadministrado y por lo tanto no está cubierto por Medicare.

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

Efectivo para los servicios prestados **en o después del 31 octubre de 2016**, los siguientes medicamentos han sido añadidos a la lista SAD de la jurisdicción del MAC N (JN):

- Alprostadil Urethral Suppository (MUSE™) J0275
- Mecasermin (Increlex) J2170
- Octreotide que no sea de absorción lenta y prolongada (Sandostatin) J2354
- Pasireotide de larga prolongación 1 mg-J2502
- Urofollitropin (Bravelle®) J3355
- Interferon Alfacon1, Recombinant 1 Microgram (Infergen) J9212
- Interferon, alfa-2a, Recombinant 3 unidades de millón - J9213
- Interferon, GAMMA 1b, 3 unidades de millón



- (Actimmune)-J9216
- Pegylated Interferon alfa-2b (PegIntron) (C9399, J3491, J3590)
- Pramlintide Acetate (Symlin) (C9399, J3490, J3590)
- TriiMix (C9399, J3490, J3590)
- (Liraglutide (Saxenda®) (C9399, J3490, J3590)
 - Pegvisomant (Somavert) (C9399, J3490, J3590)
 - Daclizumab (Zinbryta) (C9399, J3490, J3590)
 - Insulin glargine (Toujeo) (C9399, J3490, J3590)
 - Sermorelin Acetate-Q0515
 - TALTZ (ixekizumab) (C9399, J3490, J3590)

La evaluación de los medicamentos para la adición a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso en curso. Los proveedores son responsables de supervisar la lista para la adición o supresión de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) **actuales** están disponibles a través de la base de datos de Cobertura de Medicare de CMS en: https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/indexes/article-list.aspx?Cntrctr=368&name=&DocStatus=SAD&&ContrVer=1&CntrctrSelected=368*1&bc=AgABAAEAAAAAAAA%3d%3d&#ResultsAnchor.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) **futuras** están disponibles a través de la base de datos de Cobertura de Medicare de CMS en: https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/article-details.aspx?articleId=52571&ver=30&Cntrctr=368&name=&DocStatus=SAD&ContrVer=1&CntrctrSelected=368*1&bc=AgABAAMAEAAAAA%3d%3d&.

Syphilis Test – revisión a la LCD de la Parte AB

Identificador de LCD: L33754 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la prueba de la sífilis se revisó para agregar los siguientes diagnósticos para la inflamación posterior uveítis/coriorretiniana “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”. de la LCD: H30.011-H30.013, H30.021-H30.023, H30.031-H30.033, y H30.041-H30-043.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas en o después del 29 de agosto de 2016. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

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

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



Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

Intercambio electrónico de datos

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

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com
855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.
Servicio al cliente Medicare Parte A
P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

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

Auditorías de hospital

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

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

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

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement
P. O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, división de administración financiera y operaciones de tarifa fija
ROATLFM@CMS.HHS.GOV

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

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

Inscripción de proveedores

Política de aclaración con respecto a las aplicaciones de procesamiento de CMS-855R

Número de *MLN Matters*®: MM9552
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9552
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de septiembre de 2016
 Fecha de efectividad: 19 de diciembre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R676PI
 Fecha de implementación: 19 de diciembre de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9552 publica una guía complementaria y actualiza el manual de Medicare para aclarar las políticas de reasignación y proporciona orientación con respecto a la devolución del formulario CMS-855R aplicaciones para proveedores y abastecedores. El CR también indica los casos en los que el CMS-855R no se usaría.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9552.pdf>.

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9552.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9552.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9552, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R676PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 676, CR 9552

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.

Revisión médica

Reclamaciones presentadas nuevamente después de una revisión clínica de los registros

Un problema de facturación ha sido identificado por First Coast Service Options Inc. (First Coast) en el proceso de análisis de datos de rutina con las reclamaciones que han sido previamente revisadas clínicamente y que están siendo sometidas nuevamente como nuevas. Una reclamación que ha sido revisada clínicamente y/o negada nunca debe volver a ser presentada como una nueva reclamación pero debe ser presentada como una solicitud de apelación.

First Coast considera que esto es un abuso del proceso y está llevando a cabo ediciones en el procesamiento de reclamaciones de la Parte B para denegar la reclamación presentada nuevamente.

Cuando se envía una carta a su oficina solicitando archivos, una reclamación ha fallado una de las ediciones de revisión médica de First Coast que son pre programadas en los sistemas de procesamiento de reclamaciones para ciertos códigos de procedimiento, combinaciones de códigos, modificadores, determinaciones nacionales/locales de cobertura,



patrones de facturación y/o uso de parámetros. Aunque existen auditorías específicas del proveedor, la mayoría de las auditorías de revisión médica son específicas del servicio y están organizadas para revisar cualquier facturación de cualquier proveedor en uno de los subconjuntos mencionados anteriormente.

Todas las revisiones de registros se realizan inicialmente por médicos del Program Integrity department (departamento de Integridad del programa). Una vez que la decisión de una reclamación se ha realizado para denegar basado en “no es médicamente razonable ni necesario”, el proceso correcto o el próximo paso es seguir es el proceso de apelación.

Siguiendo el proceso de apelación se le da la oportunidad de presentar los certificados, registros de firmas, registros faltantes u omitidos y adiciones. Además, permite una revisión adicional independiente por parte del personal que tomó la determinación de la reclamación

inicial. Volver a presentar una nueva reclamación en lugar de solicitar una apelación se considera abuso del programa y adiciona un examen profundo adicional para la revisión médica de su práctica por nuestro departamento de análisis de datos.

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

ASC

Actualización de octubre al sistema de pagos ASC

Número de *MLN Matters*®: MM9773
Número de petición de cambio relacionado: CR 9773
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de agosto de 2016
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3601CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

La petición de cambio 9773 cambia los detalles en las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago del Centro de cirugía ambulatoria (ASC) para octubre de 2016.

Muchas tarifas de pago ASC en el marco del sistema de pago ASC se establecerán usando la información de las tarifas de pagos en los códigos que se pagan por separado (MPFS). Los archivos de pago asociados a esta transmisión reflejan los cambios más recientes en el pago MPFS a partir del 1 de octubre de 2016. Los cambios programados con esta actualización incluyen:

- Nuevo código C9744 separado para realizar pagos
- Medicinas, productos biológicos y radiofármacos (incluye cuatro nuevos códigos)
- Compensación de la cantidad de pago para dispositivos transferidos
- Determinaciones de cobertura.

Información adicional

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



[MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9773.pdf](https://www.cms.gov/MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9773.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9773, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3601CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3601, CR 9773

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Tarifas fijas

Sistema de recolección de datos del sistema de pago por servicios mediante tarifa fijas: Plantilla de presentación de datos CLFS

Número de *MLN Matters*[®]: SE1620 *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

En este artículo de edición especial se proporciona información sobre cambios importantes sobre cómo las tarifas de pago de Medicare se establecen para las pruebas de diagnóstico de laboratorio clínico (CDLT) pagadas en el marco del programa de tarifas de laboratorio clínico de Medicare (CLFS). Este artículo fue revisado el 14 de septiembre para actualizar el manual adjunto. Las ilustraciones para la libreta de notas (notepad) y Excel se cambiaron. En la tabla de la página 3, el nombre del campo 'nombre de la prueba' fue eliminado.

Resumen

La sección 216 del Protecting Access to Medicare Act of 2014 (PAMA) modifica la forma en que las tarifas de pago de Medicare están establecidas para las pruebas de diagnóstico de laboratorio clínico (CDLT) pagadas en el marco del programa de tarifas de laboratorio clínico de Medicare (CLFS). El pago se basa en la media ponderada

de las tarifas que los pagadores privados pagan por la prueba durante un período de recopilación de datos especificado.

La plantilla de presentación de datos CLFS proporciona los campos de datos requeridos para la presentación de información aplicable para el sistema basado en tarifas del tipo de pagador privado CLFS. El artículo incluye una guía de usuario para la recolección de datos del sistema de pago por servicios mediante tarifa (FFSDCS) de la plantilla de presentación de datos CLFS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1620.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1620

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 2015 hasta la fecha.

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 el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

CINQAIR® Instrucciones de facturación

El 23 de marzo de 2016, la Administración de Alimentos y Fármacos de Estados Unidos aprobó reslizumab (inyecciones CINQAIR®. Teva Pharmaceutical Industries Ltd.) como un tratamiento de mantenimiento adicional para el tratamiento de pacientes con asma grave para mayores de 18 años y con una fenotipo eosinofílica.

La dosis recomendada y el horario para CINQAIR es, 3 mg/kg una vez cada cuatro semanas se administra la infusión® intravenosa durante 20-50 minutos.

Enviar:

HCPCS código J3490 o C9399 (ASC)
Diagnóstico: J45.20-J45.998 (Asma), y J82 (eosinofilia pulmonar, no clasificados en otra parte)

Narrativa de campo:

Nombre del medicamento, intensidad, dosis y número de NDC.

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

Aortography and peripheral angiography – nueva LCD de Parte A y Parte B**Identificador de LCD: L36767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para la aortografía y angiografía periférica se desarrolló sobre la base de los problemas identificados durante el examen médico relacionado con los criterios de cobertura, requisitos de codificación y la documentación en el expediente médico que no respalda procedimientos invasivos de diagnóstico de arteriografía realizados con el propósito de evaluar la enfermedad vascular. Debido al riesgo de un error de pago de la reclamación de una cantidad alta de dólar, y para proporcionar orientación a los equipos de revisión médica de First Coast durante las revisiones médicas, la nueva LCD trata un episodio invasivo de cuidado

para la arteriografía diagnóstica.

Además, la LCD existente de angiografía renal (L33715) se incorporó al crear esta nueva LCD y será retirada cuando la nueva LCD se haga efectiva.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 31 de octubre de 2016**. 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>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Intensity modulated radiation therapy – nueva LCD de Parte A y Parte B**Identificador de LCD: L36773 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) L33378 para la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) se retiró el 7 de abril de 2016, debido a la codificación obsoleta de la información. La LCD tiene un texto que declara que el campo de simulación asistida en una situación compleja (código CPT® 77290) durante un recorrido de IMRT fue apropiado. Esta declaración fue promovida erróneamente como una asignación de pago por separado de la configuración del campo de simulación asistida y el plan de tratamiento. La configuración del campo de simulación para IMRT no deberá declararse por separado por la iniciativa de correcta codificación (CCI) y el manual de CMS en la petición de cambio de 9658 (efectiva el 1 de julio de 2016), que establece que el pago de ciertos servicios (es decir, los códigos CPT® 77280, 77285, 77290 para la radioterapia

en la simulación asistida por la configuración del campo) se incluye en la planificación del tratamiento IMRT código CPT® 77301. La nueva LCD L36773, radioterapia de intensidad modulada incluye una sección "Limitations" y una versión actualizada de la sección "Indications" para incluir las guías de práctica más actuales sobre IMRT de la American Society for Radiation Oncology.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 7 de noviembre de 2016**.

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

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Revisones a las LCD existentes

Intravenous Immune Globulin -- revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: 34007 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para inmunoglobulina intravenosa (IVIG) fue revisada para incluir IVIG como una alternativa de tratamiento para los pacientes con neuropatía óptica autoinmune que no responden a los corticosteroides en la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity". De igual forma, el código ICD-10-CM H46.8 fue agregado a la sección de la LCD "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity". Además, la sección de la LCD "Sources of Information and Basis for Decision" fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las fechas de servicio **en o después del 8 de septiembre de 2016**. 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>.



Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Computed tomographic angiography of the chest, heart and coronary arteries – revisión a la Parte AB de las LCD B

Identificador de LCD: L33282 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la angiografía por tomografía computarizada de tórax, corazón y arterias coronarias se revisó para agregar los códigos de diagnóstico I35.0, I35.1, I35.2, I35.8, I48.0 del ICD-10-CM, sección I48.1, I48.2, y I48.91 para la Terminología de Procedimiento Actual (CPT®) códigos 75571, 75572, 75573, 75574 y en los "códigos de la ICD-10 que apoyan necesidad médica" de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 6 de septiembre de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Syphilis Test – revisión a la LCD de la Parte AB

Identificador de LCD: L33754 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la prueba de la sífilis se revisó para agregar los siguientes diagnósticos para la inflamación posterior uveítis/coriorretiniana "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity". de la LCD: H30.011-H30.013, H30.021-H30.023, H30.031-H30.033, y H30.041-H30-043.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 29 de agosto de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de "Anexos" en el menú desplegable "Sección de navegación" en la parte superior de la página de LCD.

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

Self-administered drug (SAD) list – revisión del artículo de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L A52571 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago de Medicare para los medicamentos y productos biológicos, como parte del servicio incidente a un médico. Las instrucciones también ofrecen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable suele ser autoadministrado y por lo tanto no está cubierto por Medicare. Las directrices para la evaluación de medicamentos de la lista de medicamentos inyectables autoadministrados, excluidos, incidentes al servicio de un médico están en el Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100-02, capítulo 15, sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **en o después del 31 octubre de 2016**, los siguientes medicamentos han sido añadidos a la lista SAD de la jurisdicción del MAC N (JN):

- Alprostadil Urethral Suppository (MUSE™) J0275
- Mecasermin (Increlex) J2170
- Octreotide que no sea de absorción lenta y prolongada (Sandostatin) J2354
- Pasireotide de larga prolongación 1 mg-J2502
- Urofollitropin (Bravelle®) J3355
- Interferon Alfacon1, Recombinant 1 Microgram (Infergen) J9212
- Interferon, alfa-2a, Recombinant 3 unidades de millón - J9213
- Interferon, GAMMA 1b, 3 unidades de millón (Actimmune)-J9216
- Pegylated Interferon alfa-2b (PegIntron) (C9399, J3491, J3590)
- Pramlintide Acetate (Symlin) (C9399, J3490, J3590)
- TriiMix (C9399, J3490, J3590)
- (Liraglutide (Saxenda®) (C9399, J3490, J3590)
- Pegvisomant (Somavert) (C9399, J3490, J3590)
- Daclizumab (Zinbryta) (C9399, J3490, J3590)
- Insulin glargine (Toujeo) (C9399, J3490, J3590)
- Sermorelin Acetate-Q0515



- TALTZ (ixekizumab) (C9399, J3490, J3590)

La evaluación de los medicamentos para la adición a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso en curso. Los proveedores son responsables de supervisar la lista para la adición o supresión de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) **actuales** están disponibles a través de la base de datos de Cobertura de Medicare de CMS en: https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/indexes/article-list.aspx?Cntrctr=368&name=&DocStatus=SAD&&ContrVer=1&CntrctrSelected=368*1&bc=AgABAAEAAAAAAAA%3d%3d&#ResultsAnchor.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) **futuras** están disponibles a través de la base de datos de Cobertura de Medicare de CMS en: https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/article-details.aspx?articleId=52571&ver=30&Cntrctr=368&name=&DocStatus=SAD&ContrVer=1&CntrctrSelected=368*1&bc=AgABAAMAEAAAAA%3d%3d&.

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

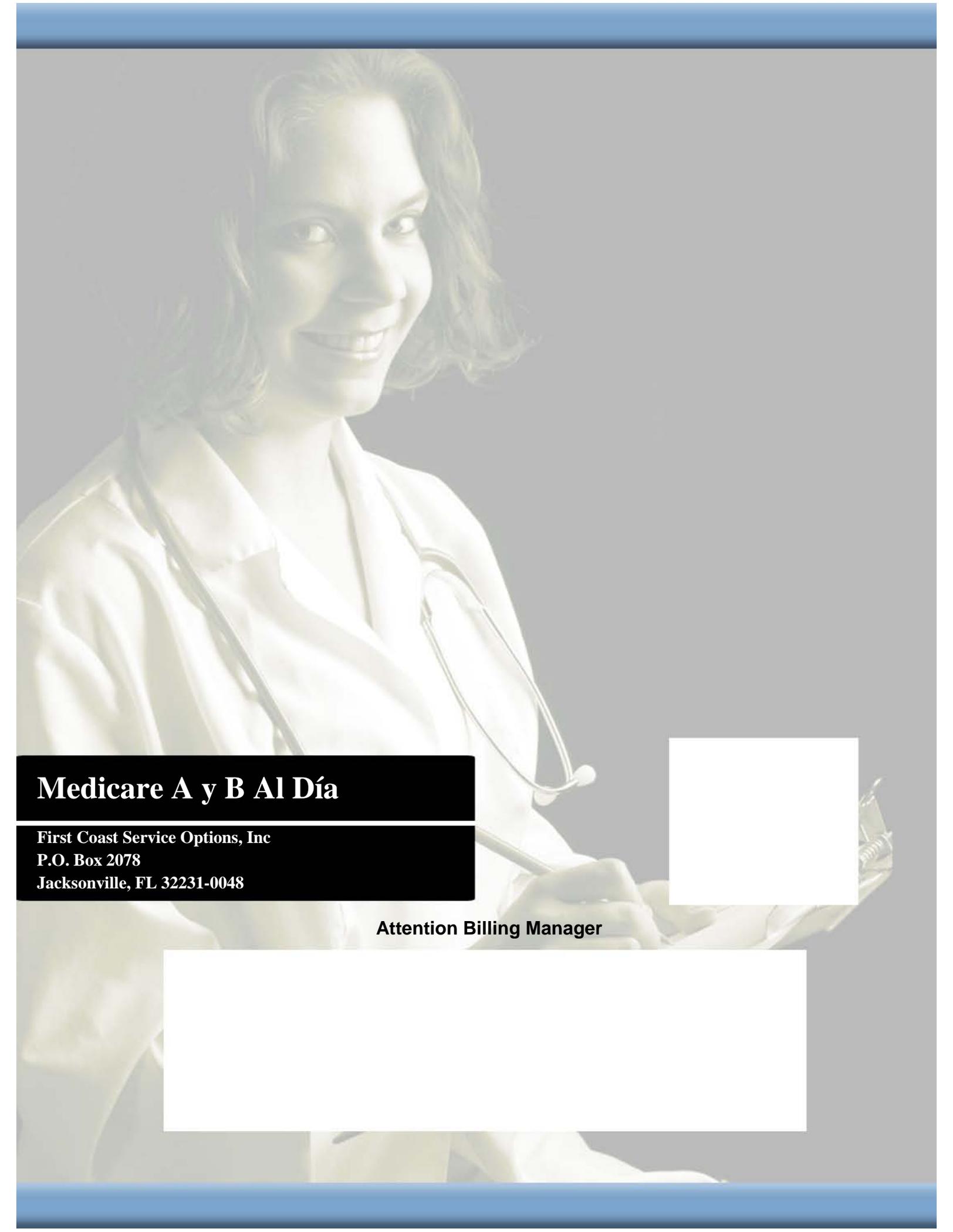
First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager