

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Noviembre 2016



En esta edición

Atención integral para el modelo de reemplazo de articulaciones	4
Actualización anual de las listas de códigos terapéuticos para el 2017	8
CMS implementa cambios en el sistema de pago prospectivo para ESRD	18

CMS publica los archivos de actualización de la CCI

Número de *MLN Matters*®: MM9847
Número de petición de cambio relacionado: CR 9847
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de noviembre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3646CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) publicaron recientemente su actualización trimestral a las ediciones correctas de procedimiento a procedimiento (PTP) de la iniciativa de codificación (CCI), a partir del 1 de enero de 2017.

Los sistemas de pago de Medicare implementan ediciones de la CCI en el intermediario fiscal del sistema compartido (FISS) y sistemas de editor de código para pacientes ambulatorios (OCE) para resaltar reclamaciones donde dos códigos de procedimiento no deben ser reportados juntos. CMS ofrece tablas de códigos CCI para descargar para que los proveedores verifiquen los códigos de procedimiento junto a estas ediciones antes de presentar reclamaciones. First Coast Service Options (First Coast) rechaza más de 45,000 reclamaciones de la Parte B cada mes en promedio,

debido a estos conflictos. Las reclamaciones denegadas por CCI están resaltadas con el *código de razón de ajuste de reclamación (CARC) CO236*. Este *tutorial acerca de cómo usar las tablas de edición de la CCI* es útil para reducir las reclamaciones denegadas debido a ediciones de la CCI.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9847>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9847, 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/R3646CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3646, CR 9847

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a 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. 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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Asuntos de procesamiento

Proceso de exención de dispositivo de investigación (IDE) – cambio en el proceso actual.....3

Ensayos clínicos

Notificación de aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a First Coast Service Options acerca de TAVR/TAMR.....4

Facturación

Atención integral para el modelo de reemplazo de articulaciones, educación para el proveedor4

Facturación inadecuada de los beneficiarios de QMB para el costo compartido de Medicare.....5

CMS lanza el precio promedio trimestral de ventas de enero de 2017 archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare.....6

CMS actualiza el proceso de transferencia para corregir los problemas de facturación de la Parte A.....6

Reclamaciones

Nuevo código de especialidad médica para hospitalista Parte B de Medicare.....7

Remesas de pago

Actualizaciones manuales para reflejar una codificación consistente en las remesas de pago8

Servicios de rehabilitación

Actualización anual de las listas de códigos terapéuticos para el 2017.....8

Valores de los límites de terapia para pacientes ambulatorios en el 20179

Recursos educativos

Calendario de eventos.....10

MLN Connects® eNews del proveedor para el 27 de octubre de 2016.....11

MLN Connects® eNews del proveedor para el Martes 1 de noviembre de 2016 – edición especial.....12

MLN Connects® eNews del proveedor para el Miércoles 2 de noviembre de 2016 – edición especial.....13

MLN Connects® eNews del proveedor para el 3 de noviembre de 2016.....14

MLN Connects® eNews del proveedor para el 10 de noviembre de 2016.....15

Parte A

Asuntos de procesamiento

Servicios de procesamiento no autorizados por un centro de administración de no veteranos (VA) en un centro que no es para administración de veteranos (VA)16

ESRD

Cómo las instalaciones de ESRD pueden

facturar por servicios de lesión renal aguda proporcionados a los beneficiarios.....16

Información general

Aclaración del hospital inmediatamente anterior en la transmisión 1544, CR 901517

Sistema de pago prospectivo

Cambios en los hospitales para pacientes hospitalizados y de cuidado a largo plazo PPS para el año fiscal 201717

CMS implementa cambios en el sistema de pago prospectivo para enfermedad renal en estado terminal.....18

Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....19

Revisiones a las LCD existentes

Factores de coagulación de la hemofilia – revisión a la LCD de la Parte AB.....20

Ranibizumab (Lucentis®) - revisión a la Parte A y Parte B de la LCD.....20

Ecocardiografía transtorácica (TTE) — revisión a la Parte A y Parte B de la LCD20

Contactos de Parte A21

Parte B

Asuntos de procesamiento

Topografía corneal computarizada -- las reclamaciones pueden haber sido denegadas por error.....22

Aplicación de injertos de sustitución de piel para el tratamiento de DFU y VLU de extremidades inferiores – sobrepagos.....22

Monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas – sobrepagos.....23

Facturación

CMS reduce el pago de radiografías tomadas usando película23

Reducción de los problemas de transferencia en reclamaciones.....24

Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....25

Revisiones a las LCD existentes

Factores de coagulación de la hemofilia – revisión a la LCD de la Parte AB.....26

Ranibizumab (Lucentis®) - revisión a la Parte A y Parte B de la LCD.....26

Ecocardiografía transtorácica (TTE) — revisión a la Parte A y Parte B de la LCD26

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....27

Contactos de Parte B de Florida.....28

Contactos de Parte B de las Islas

Vírgenes de Estados Unidos.....29

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Liliana Chaves
Maria Murdoch
Terri Drury
Martin Smith
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

Third-party websites:

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

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

Asuntos de procesamiento

Proceso de exención de dispositivo de investigación (IDE) – cambio en el proceso actual

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) hicieron cambios a las regulaciones de IDE (42 CFR § 405 subparte B). CMS delineó los criterios para la cobertura de los estudios de IDE y cambió la revisión y aprobación locales de los estudios de IDE del contratista administrativo de Medicare (MAC) a la revisión y aprobación centralizadas de los estudios IDE (con una carta de la Food and Drug Administration (FDA) de 2015). <https://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/index.html> (en inglés).

Suponiendo que todos los requisitos aplicables para el programa se cumplen, una aprobación para la Categoría A (Experimental) del estudio IDE permite la cobertura de artículos y servicios para el cuidado de rutina proporcionados en el estudio, pero no de la Categoría A del dispositivo, que está legalmente excluida de la cobertura. Una aprobación para una Categoría B del estudio IDE (no experimentales/de investigación) permitirá la cobertura del dispositivo de la categoría B y de los artículos y servicios de atención de rutina en el juicio. La revisión de CMS es generalmente una solicitud del investigador principal y CMS publicará el título del estudio, el nombre del patrocinador, número de NCT, número de IDE y la fecha de aprobación de CMS. <https://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/Approved-IDE-Studies.html> (en inglés).

La aprobación de CMS no es una decisión y participación de los proveedores al nivel de cobertura de la reclamación (los sitios de estudio que presentan reclamaciones al MAC de la jurisdicción N de A/B) deben ser capaces de demostrar si son auditados (antes o después del pago) que todos los requisitos aplicables del programa fueron cumplidos, incluyendo pero no limitado a tener una aprobación activa en representación de la Junta de Revisión de Investigación (IRB), la documentación de apoyo de servicios necesarios y razonables y la facturación/codificación precisa de reclamaciones de MCS/FISS. Además, aunque no es necesario, sería beneficioso tanto para el contratista, como para el médico/instalación, si el costo y el formulario de codificación aprobados para los IDE de CMS, junto con la carta de aprobación de CMS, fueron enviados a First Coast antes de presentar las reclamaciones. Esto permitirá que el contratista tome todas las decisiones y preparativos necesarios para la recepción de reclamaciones especialmente si los códigos de procedimientos no listados son considerados y/o aplicables. Esto no debería causar ningún retraso en la participación en el estudio y ayudará en la adjudicación de la reclamación.



Para la aprobación de la FDA IDE antes del 1 de enero de 2015, First Coast seguirá exigiendo sitios de estudio de investigación para presentar, para la revisión del contratista, toda la documentación que actualmente se requiere. Por favor, consulte el siguiente artículo titulado “Investigational device exemption (IDE) approval requirements” “requisitos de aprobación de la exención dispositivo de investigación (IDE)” (en inglés) y solicite el formulario para obtener una lista completa de los elementos que el contratista requiere para cada sitio de investigación. Los sitios de estudio deberán presentar toda la documentación por vía electrónica a clinicaltrials@fcsco.com.

Enlace al proceso de aprobación de CMS:
<https://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/index.html> (en inglés).

Enlace a Q&A de direccionamiento de facturación y codificación:
<https://www.cms.gov/Medicare/Coverage/Coverage-with-Evidence-Development/Downloads/Mandatory-Clinical-Trial-Identifier-Number-QsAs>. (en inglés).

Artículo MLN de CMS de direccionamiento de facturación y codificación:
<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM8401>. (en inglés).

Enlace al formulario de costo y codificación de First Coast Service Options, Inc. (First Coast):
http://medicare.fcsco.com/Clinical_trials/138007. (en inglés).

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

Ensayos clínicos

Notificación de aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a First Coast Service Options acerca de TAVR/TAMR

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cubren el reemplazo de la válvula aórtica transcáteter (TAVR) y la reparación de la válvula mitral de transcáteter (TMVR) bajo cobertura con desarrollo de evidencia (CED) cuando se cumplen con condiciones específicas, como se describe en la Determinación de Cobertura Nacional de Medicare) Manual, capítulo 1, parte 1, sección 20.32 para TAVR y NCD 20.33 para TMVR. Por lo tanto, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) no requieren que los investigadores del estudio presenten la misma documentación para una revisión adicional. Sin embargo, sería beneficioso para el contratista y el médico/centro si el costo y la forma de codificación para los estudios aprobados por CMS junto con la carta de aprobación de CMS se enviaron a First Coast antes de presentar las reclamaciones. Esto permitirá al contratista tomar las decisiones necesarias y los preparativos para la recepción de reclamaciones, especialmente si se consideran y/o aplican los códigos de procedimiento no incluidos. Esto no debe causar ningún retraso en la participación en el estudio y ayudará a reclamar la adjudicación. Antes de presentar reclamaciones a la jurisdicción N (JN) del MAC, su sitio de estudio debe seguir las pautas de CMS disponibles en Pub. 100-04 Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 32, Secciones 290.1 y 340. La



aprobación de CMS no es una decisión de cobertura de nivel de reclamo, y los proveedores participantes (sitios de estudio que presentan reclamaciones a A/B MAC JN) (Antes o después del pago) de que se cumplieron todos los requisitos aplicables del programa, incluyendo pero no limitado a tener una aprobación activa de la Junta de Revisión de Investigación (IRB), documentación que respalda los servicios necesarios y la facturación/codificación acertada.

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

Facturación

Atención integral para el modelo de reemplazo de articulaciones, educación para el proveedor

Número de *MLN Matters*®: MM9533
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9533
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de febrero de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R140DEMO
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Este artículo fue revisado el 9 de noviembre para editar un error en la lista de códigos-G en la mitad inferior de la página 6. El artículo original mencionó el código G9499 y debería haberse escrito G9489. La petición de cambio 9533 suministra información a los proveedores acerca del modelo de atención integral para el reemplazo articular que promueve la calidad y la responsabilidad financiera de los episodios de atención.

Resumen

La petición de cambio (CR) 9533 brinda información a los proveedores acerca del modelo de atención integral

para reemplazo de articulaciones (CJR, por sus siglas en inglés), que promueve la calidad y la responsabilidad financiera de los episodios de atención. CJR verificará si los paquetes de pagos reducirán los gastos de Medicare mientras se preserva o mejora la calidad de la atención para los beneficiarios de Medicare. Los beneficiarios conservan su libertad de elección para elegir servicios y proveedores.

Durante un período de mantenimiento de cinco años, los servicios continuarán pagándose como de costumbre con los sistemas de pago por servicios de Medicare. Usando la información recopilada durante este tiempo, Medicare establecerá un precio objetivo para un episodio de 90 días.

El modelo requiere que todos los hospitales pagados bajo el sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS) ubicados en áreas geográficas seleccionadas participen en el modelo de CJR con excepciones limitadas. Estas áreas son definidas por las [áreas estadísticas metropolitanas \(MSA\)](#).

Ver **ATENCIÓN** en la próxima página

ATENCIÓN

De la página anterior

Los médicos y profesionales que facturan visitas domiciliarias después del período de hospitalización y las visitas domiciliarias de telehealth) proporcionadas a los beneficiarios en episodios de CJR deben cumplir con las condiciones de pago descritas en el [CR 9533](#), que incluye el uso de los [códigos adjuntos](#) al presentar reclamaciones a Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9533.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9533, 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/R140DEMO>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 140, CR 9533



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

Facturación inadecuada de los beneficiarios de QMB para el costo compartido de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9817

Número de petición de cambio relacionado: CR 9817

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de noviembre de 2016

Fecha de efectividad: 6 de diciembre de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R1747OTN

Fecha de implementación: 8 de marzo de 2017

Resumen

El programa calificado de beneficiario de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) es un programa de Medicaid que ayuda a los beneficiarios de bajos ingresos con las primas de Medicare y el costo compartido. Los proveedores de Medicare cobran a las personas inscritas en el QMB para los deducibles, coaseguros o copagos de la Parte A y B de Medicare.

La petición de cambio (CR) 9817 ordena a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) que emitan una carta de cumplimiento que enseñe a los proveedores y proveedores nombrados como reembolsar cualquier cargo erróneo y recordar cualquier facturación pasada o existente con respecto a la facturación incorrecta de QMB.

Los MAC también enviarán una copia de la carta de

cumplimiento al beneficiario designado, con una carta de presentación aconsejando al beneficiario que muestre el envío al proveedor nombrado y que verifique que el proveedor corrigió el problema de facturación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9817>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9817, 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/R1747OTN>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1747, CR 9817



Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos 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.

CMS lanza el precio promedio trimestral de ventas de enero de 2017 archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9843
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9843
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3640CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicaron recientemente el promedio trimestral de precios de venta (ASP) de Medicare Parte B de los archivos de fijación de precios junto con las revisiones de los archivos de precios trimestrales previamente publicados. Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago de reclamos por medicamentos pagaderos por separado para Medicare Parte B, procesados o reprocesados a partir del 3 de enero de 2017 con fechas de servicio del 1 de enero de 2017 al 31 de marzo 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/MM9843>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9843, 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/R3640CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3640, CR 9843

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

CMS actualiza el proceso de transferencia para corregir los problemas de facturación de la Parte A

Número de *MLN Matters*®: MM9681
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9681
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1733OTN
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán el sistema de procesamiento de reclamaciones de la Parte A de Medicare para corregir problemas de facturación en los que los proveedores no reciben códigos de razón de ajuste de reclamación y códigos de observación para las remesas de pago (RARC).

En la actualidad, el sistema de la Parte A no impide la entrada del indicador presente el día de admisión (POA) en las reclamaciones iniciales de los centros ambulatorios. Otras limitaciones actuales incluyen instancias de duplicados de días de hospital en las reclamaciones salientes 837 de coordinación institucional de beneficios (COB) y transferencias rechazadas por parte de los contribuyentes suplementarios como consecuencia de la falta de RARC en ciertos campos del sistema.

CMS publicará las actualizaciones del sistema de la Parte A que entrarán en vigor el 1 de abril de 2017. Estas actualizaciones:

- Resolverán el problema del indicador POA en las



reclamaciones de los centros ambulatorios iniciales devolviendo al proveedor (RTP) cualquier reclamo ambulatorio (tipo de factura distinto de 11x, 18x, 21x, 41x y 82x) que contiene un indicador POA. Los proveedores de facturación para los hospitales deberían hacer que sea una práctica recurrente, incluir únicamente los indicadores de POA en reclamos de tipo de factura (TOB) 11x, 18x, 21x, 41x y 82x presentados a Medicare.

- Se asegurarán que al menos un RARC informativo sea entregado para cumplir con los requisitos de HIPAA y el comite para la calidad del cuidado de la salud a bajo costo para las reglamentación de operación para el intercambio de información (CAQH CORE).

Ver **CMS** en la próxima página

CMS

De la página anterior

Esto ayudará a resolver los problemas en los que los contribuyentes suplementarios están rechazando las reclamaciones de transferencia.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9681.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9681, 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/R1733OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1733, CR 9681

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.

Reclamaciones

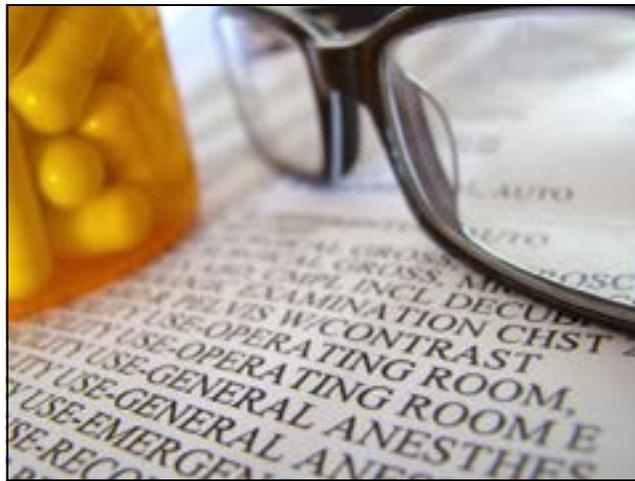
Nuevo código de especialidad médica para hospitalista la Parte B de Medicare

Número de *MLN Matters*[®]: MM9716
Número de petición de cambio relacionado: CR 9716
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3637CP
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Al inscribirse en Medicare, los médicos se designan a sí mismos su especialidad de médico de Medicare en la solicitud de inscripción de Medicare o en el sistema de inscripción del proveedor en línea basado en internet (PECOS).

La petición de cambio 9716 anuncia un nuevo código de especialidad de médico C6 para hospitalista. El nuevo código se adicionará como una especialidad válida para tres ediciones, que se detallan en el artículo.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9716>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9716 , 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/R3637CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3637, CR 9716

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos 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 precisa del contenido total.

Servicios de rehabilitación

Actualización anual de las listas de códigos terapéuticos para el 2017

Número de *MLN Matters*®: MM9782
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9782
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3654CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 9782 actualiza la lista de códigos de terapia para el 2017 agregando ocho códigos de “terapia siempre” y eliminando cuatro códigos actuales. La actualización de la lista de códigos de terapia refleja los realizados en el Healthcare Common Procedure Coding System 2017 (Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Salud) y en la 4ª Edición del *Current Procedural Terminology*® (HCPCS/CPT®-4). Los nuevos códigos son “terapia siempre” y deben ser reportados con el modificador de terapia apropiado, GP o GO, para indicar que los servicios son proporcionados bajo un plan de terapia física o de terapia ocupacional, respectivamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM9782>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9782, 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/R3654CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3654, CR 9782

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.

Remesas de pago

Actualizaciones manuales para reflejar una codificación consistente en las remesas de pago

Número de *MLN Matters*®: MM9841
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9841
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: 10 de febrero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3650CP
 Fecha de implementación: 10 de febrero de 2017

Resumen

La petición de cambio 9841 actualiza los capítulos 8, 13 y 14 del manual para reflejar el formato estándar y para corregir cualquier combinación de códigos no conforme. Ciertas secciones del capítulo 8 que contenían códigos para las remesas de pago se eliminan ya que las instrucciones están ahora obsoletas .

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM9841>.

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM9841](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM9841).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9841, 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/R3650CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3650, CR 9841

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.

Valores de los límites de terapia para pacientes ambulatorios en el 2017

Número de *MLN Matters*®: MM9865

Número de petición de cambio relacionado: CR 9865

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de noviembre de 2016

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017

Número de transmisión de CR relacionado: R3644CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

La ley de presupuesto balanceado de 1997 aplica a las limitaciones financieras anuales para los servicios de terapia ambulatoria para la Parte B de Medicare. Estas limitaciones también se conocen como “límites de terapia”. Los límites de terapia se actualizan cada año basándose en el índice económico de Medicare.

Los proveedores de servicios de terapia ambulatoria deben presentar el modificador KX en sus reclamos de terapia, cuando se solicita una excepción a los límites para servicios médicamente necesarios. La Sección 202 del acta de reautorización de Medicare y CHIP de 2015 (MACRA) extendió el proceso de excepciones de límites de terapia hasta el 31 de diciembre de 2017.

Como recordatorio, el uso excesivo del modificador de KX incluyendo el uso rutinario del modificador antes de alcanzar los límites de límite máximo puede indicar facturación abusiva.

La petición de cambio 9865 establece que los límites de terapia ambulatoria para el 2017 serán de \$1980 para terapia física, terapia del habla y lenguaje combinados y para terapia ocupacional.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM9865>.



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9865, 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/R3644CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3644, CR 9865

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Recursos educativos

Calendario de eventos

Diciembre de 2016

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A

Cuando: 13 de Diciembre de 2016

Hora: 10:00 AM - 11:30 PM ET

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0354230.asp>

Teleconferencia “pregúntele al contratista” (ACT): Requisitos de facturación y documentación del centro de enfermería especializada (SNF) (Parte A)

Cuando: 15 de Diciembre de 2016

Hora: 10:00 AM - 11:30 PM ET

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0355094.asp>

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A y B

Cuando: 15 de Diciembre de 2016

Hora: 1:00 - 2:30 PM ET

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0353839.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: _____



MLN Connects® eNews del proveedor para el 27 de octubre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 27 de octubre de 2016

[Vea esta edición como PDF](#) 

Noticias y anuncios

- Programa de calidad de pago: oportunidades adicionales para que los médicos se unan a la atención innovadora
- Actualizada la comparación de hospital con datos de rendimiento del hospital con VA
- CMS premios de proyectos especiales de innovación para QIN-QIO
- Encuentro de los retos de salud rural de América
- Programas IRF y LTCH de datos de informes de calidad, fecha límite de presentación: 15 Noviembre
- Revisada la notificación del cambio de salud en el hogar: A partir del 17 de enero de 2017
- Preparar documentos de información ESRD QIP PY 2017 mediante la actualización de su cuenta
- Actualización técnica para 2016 QRDA I Schematrons para reportes eCQM
- Verifique las direcciones de sus pacientes
- Conéctese con nosotros en LinkedIn

Cumplimiento del proveedor

- Reclamaciones duplicadas

Próximos eventos

- Iniciativa eliminación de número de seguridad social, foro de puertas abiertas - 1 de noviembre

- Cómo hacer informes en el 2016 en el programa de calidad de llamadas de Medicare - 1 de noviembre
- Informe comparativo sobre facturación posterior en la atención a hospitalizados, webinar - 2 de noviembre
- Sistema clínico de pago de prueba de diagnóstico de laboratorio: informe de datos de llamadas — noviembre 2
- Soluciones para reducir las disparidades, webinar – 14 de noviembre
- Reglamentación final para el programa de calidad de llamadas — noviembre 15

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Implementación de LTCH PPS con base en criterios específicos clínicos basados en el artículo de MLN Matters®— nuevo
- Hojas informativas del cumplimiento del proveedor — nuevas
- Llamada IMPACT Act: grabación y transcripción del audio — nueva
- Hoja informativa PECOS FAQ — revisada
- Hoja informativa sobre farmacias DMEPOS — revisada
- Hoja informativa del cumplimiento de los requisitos de documentación para los servicios de laboratorio — recordatorio
- Hoja informativa de las listas de correo electrónico: Mantener informados a los profesionales del cuidado de la salud — 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 Martes 1 de noviembre de 2016 – edición especial

- CMS finaliza los cambios del OPPTS para hospitales para apoyar mejor a los hospitales y médicos y mejorar el cuidado al paciente
- Agencia de servicios de salud en el hogar: cambios en el pago final
- ESRD PPS: políticas y tasas de pago para la enfermedad renal en etapa terminal

CMS finaliza los cambios del OPPTS para hospitales para mejorar el apoyo de hospitales y médicos y mejorar el cuidado al paciente

El 1 de noviembre, CMS finalizó las tasas de pago actualizadas y los cambios en la política al sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios (OPPTS) y al centro de cirugía ambulatoria (ASC) para el año calendario 2017. CMS también está agregando nuevas medidas de calidad al programa de informes de calidad del programa de informes de calidad (ASC) que se centran en mejorar los resultados y la experiencia en la atención médica en los pacientes. CMS estima que las actualizaciones en el reglamento final aumentarían los pagos de OPPTS en un 1,7 por ciento y las tasas de ASC en un 1,9 por ciento en 2017.

Incluido en el reglamento:

- Preocupación de los médicos acerca del manejo del dolor
- Concentrar los pagos en los pacientes en lugar del establecimiento
- Mejorar el cuidado del paciente a través de la tecnología

Para más información:

- [Reglamento final](#)
- [Hoja informativa](#)

Vea el texto completo de este fragmento en el [comunicado de prensa de CMS](#) (publicado el 1 de noviembre).

Agencia de servicios de salud en el hogar: cambios en el pago final

El 31 de octubre, CMS anunció cambios finales en el sistema de pago prospectivo para el hogar (HH) de Medicare para el año calendario 2017. En el reglamento final (CMS-1648-F), CMS estima que los pagos de Medicare a agencias de atención domiciliar para el año calendario 2017, se reducirían en un 0.7 por ciento, o \$130 millones basado en las políticas finalizadas.

- Disposiciones relativas a la política de pagos:

- Rebase de la tasa de episodios de 60 días
- Actualizaciones que reflejan el crecimiento de la mezcla de casos
- Terapia de heridas de presión negativa
- Cambio en la metodología y el índice de pérdidas en dólares fijos utilizado para calcular los pagos extravagantes
- Otras actualizaciones

El reglamento final también incluye:

- Programa de informes sobre la calidad de la salud en el hogar
- Modelo de compras basadas en el valor de la salud en el hogar

Para más información:

- [Reglamento final](#)
- [HH PPS sitio web](#)
- [Modelo de compras basadas en valores de HH página web](#)

Vea el texto completo de este fragmento en la [hoja informativa de CMS](#) (publicado el 31 de octubre).

ESRD PPS: políticas y tarifas de pago para la enfermedad renal en etapa terminal

El 28 de octubre, CMS emitió un reglamento final (CMS 1651-F) que actualiza las políticas y tarifas de pago bajo el sistema de pago prospectivo para la enfermedad renal en etapa final (ESRD) para servicios de diálisis renal proporcionados a los beneficiarios a partir del 1 de enero de 2017.

Este reglamento también:

- Finaliza nuevas medidas de calidad para mejorar la calidad de la atención en centros de diálisis que tratan a pacientes con ESRD
- Implementan la ley de extensión de preferencias comerciales de 2015 con respecto a la cobertura y el pago de los servicios de diálisis renal proporcionados por las instalaciones de ESRD a personas con lesión renal aguda
- Realiza cambios en el programa de incentivo a la calidad de la ESRD (QIP), incluyendo los años de pago (PY) 2019 y 2020

Ver **MLN** en la próxima página

MLN

De la página anterior

- Hace cambios en la metodología de puntuación para el PIR de ESRD para el año de pago 2019 y agregó una nueva medida
- Aborda temas relacionados con equipos médicos duraderos, prótesis, ortopédicos y suministros (DMEPOS) y el programa de licitación competitiva para DMEPOS

La tarifa final de año calendario 2017 ESRD PPS finalizada es de \$231.55. CMS proyecta que las actualizaciones para el año calendario 2017 aumentarán el total de pagos a todas las instalaciones de ESRD en 0.73 por ciento comparado con el año calendario 2016. Para las instalaciones de ESRD basadas en hospitales, CMS proyecta un aumento en los pagos totales de 0.9 por ciento, mientras que para instalaciones independientes, el aumento previsto en los pagos totales es del 0,7 por ciento. Se prevé que los gastos agregados de PTS de ESRD aumenten en aproximadamente 80 millones de dólares desde el año calendario 2016 al año calendario 2017.

Cambios al ESRD PPS:

- Actualización de la tarifa base
- Actualización anual del índice de salarios y de la base

del índice salarial

- Actualización de la política de valores atípicos
- Adaptación de pago adicional de capacitación en el hogar y del auto-diálisis

Cambios en el programa de licitación competitiva de DMEPOS:

- Garantía de fianza
- Licencia estatal
- Proceso de apelación por incumplimiento de las acciones contractuales
- Límites de la oferta
- Cambios para artículos similares con diferentes características

Para más información:

- [Reglamento final](#)

Vea el texto completo de este fragmento en la [hoja informativa de CMS](#) (publicado el 28 de octubre).

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 Miércoles 2 de noviembre de 2016 – edición especial

Reglamento final del plan de honorarios médicos para el 2017

Medicare finaliza mejoras sustanciales que se enfocan en la atención primaria, salud mental y prevención de la diabetes

El 2 de noviembre CMS finalizó el reglamento final del plan de honorarios médicos para el 2017 que reconoce la importancia de la atención primaria mejorando el pago de la gestión de la atención crónica y la salud del comportamiento. El reglamento también finaliza muchas de las políticas para expandir la prueba del modelo del programa de prevención de la diabetes a los beneficiarios elegibles de Medicare y el modelo ampliado del programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP), comenzando el 1 de enero de 2018.

El plan anual de honorarios de médicos actualiza las políticas de pago, las tasas de pago y las provisiones de calidad para los servicios proporcionados en el año corriente 2017. Además de los médicos, una variedad de profesionales y entidades son pagados bajo la tarifa de honorarios médicos. Las políticas adicionales finalizadas en la regla de pagos de 2017 incluyen:

- Atención primaria y coordinación de la atención

- Salud mental y del comportamiento
- Evaluación y planificación del cuidado del deterioro cognitivo

El reglamento de pagos para el 2017 también:

- Finaliza una estrategia de recopilación de datos para los servicios mundiales con una carga significativamente menor para los profesionales en comparación con la propuesta
- Finaliza un cambio que refleja con mayor exactitud los costos locales e incrementa significativamente los pagos a los profesionales en Puerto Rico
- Mejorar la integridad del programa y la transparencia de los datos en el programa Medicare Advantage.

Para más información:

- [Reglamento final](#)
- [Hoja informativa FS](#)

Ver **MLN** en la próxima página

MLN Connects® eNews del proveedor para el 3 de noviembre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 3 de noviembre de 2016

Vea esta edición como PDF 

Noticias y anuncios

- Actualizaciones a la comparación de Instalaciones de diálisis: calificaciones de experiencia de pacientes disponibles
- Resultados del programa de compras basadas en el valor de los hospitales para el año fiscal 2017
- Programa de licitación competitiva de DMEPOS: contratos de premios CMS para la primera ronda de 2017
- Resultados del PQRS 2017: presente una revisión informal antes del 30 de noviembre
- IRF y el programa de informes sobre la calidad de los LTCH: NHSN guía de Rebaseline
- Premios al contratista de auditoría de recuperación
- Uso de drogas antipsicóticas en hogares de ancianos: actualización de tendencias
- Noviembre es el mes de cuidado en el hogar y hospicio
- Noviembre es el mes de cuidado en el hogar y hospicio

Cumplimiento del proveedor

- Servicios quiroprácticos: alta parte B tasa de pago

MLN

De la página anterior

- Hoja informativa
- Blog

Vea el texto completo de este extracto en el [comunicado](#)

incorrecta

Reclamaciones, precios y códigos

- Facturación por influenza: nuevo código CPT 90674

Próximos eventos

- Llamada a la regla final del programa de pago de calidad — 15 de noviembre
- Convocatoria de solución de apelaciones hospitalarias de 2016 — 16 de noviembre
- IRF y LTCH: transición a NHSN Rebaseline webinar — 16 de noviembre
- Llamada de informe de medidas de calidad IRF y LTCH — 1 de diciembre
- Asociación nacional para mejorar el cuidado de demencia y la llamada de QAPI — 6 de diciembre
- Conferencia de calidad CMS 2016 — 13-15 diciembre

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Hojas informativas de cumplimiento de proveedores — nuevo
- Llamada a QRUR: grabación de audio y transcripción — nuevo

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

[de prensa del CMS](#) (publicado el 2 de noviembre 2)

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>.



MLN Connects® eNews del proveedor para el 10 de noviembre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 10 de Noviembre de 2016

[Vea esta edición como PDF](#) 

Noticias y anuncios

- Reglamento propuesto acerca de los requisitos de seguridad contra incendios para las instalaciones de diálisis aplicables
- IMPACT Act ajuste en las medidas de calidad en las úlceras por presión: fecha límite para los comentarios 17 de noviembre
- Resultados del PQRS 2017: presente una revisión informal antes del 30 de noviembre
- Modificador de valor: período de solicitud de revisión informal abierto hasta el 30 de noviembre
- IRF-PAI y los informes de proveedores de LTCH cambio de retención: tome acción antes del 1 de diciembre
- Pagos abiertos: los médicos y los hospitales docentes revisan los datos públicos antes del 31 de diciembre
- Presentaciones del programa de pago de calidad disponibles
- Nueva guía de ayuda a los hogares de ancianos para enfrentar la mayordomía antimicrobiana
- Aumentando la conciencia acerca de la diabetes en Noviembre

Cumplimiento del proveedor

- Fundamentos del programa de cumplimiento

Reclamaciones, precios y códigos

- Re-lanzamiento de Grouper V34 ICD-10 MS-DRG, manual de definiciones, y errata disponible

Próximos eventos

- Llamada final al reglamento del programa de pago de calidad — 15 de noviembre
- Llamada de establecimiento de apelaciones hospitalarias 2016 — 16 de noviembre



- Programa de prevención de la diabetes modelo de expansión Llamada — 30 de noviembre
- IRF y LTCH informe de medidas de calidad — 1 de diciembre
- Asociación nacional para mejorar el cuidado de la demencia y la llamada de QAPI — 6 de diciembre

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Facturación inapropiada de beneficiarios calificados de medicare artículo de MLN Matters® — nuevo
- Llamada de cuidado a largo plazo: grabación de audio y transcripción — nuevo
- Hoja informativa de PECOS para médicos y no médicos — revisado
- Hoja informativa para dispositivos de potencia de movilidad — revisado
- Videos IMPACT Act — recordatorio

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

Asuntos de procesamiento

Servicios de procesamiento no autorizados por un centro de administración de no veteranos (VA) en un centro que no es para administración de veteranos (VA)

Número de *MLN Matters*[®]: MM9818
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9818
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R3635CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9818 brinda aclaraciones para abordar lo siguiente:

- Corrige una interpretación errónea de los cambios realizados con CR 8198.
- Aclara cómo los contratistas de Medicare procesarán reclamos de pacientes internados por servicios en un centro que no es de administración de veteranos (VA) y que no fueron autorizados por la VA.
- Aborda problemas resultantes de la edición especial del artículo SE1517, que brindó aclaraciones y recordatorios de codificación con respecto a la VA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9818>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9818, 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/R3635CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3635, CR 9818

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.

ESRD

Cómo las instalaciones de ESRD pueden facturar por servicios de lesión renal aguda proporcionados a los beneficiarios

Número de *MLN Matters*[®]: MM9814
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9814
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1738OTN
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) publicaron recientemente pautas para las instalaciones de tratamiento de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) que proveen servicios de diálisis renal para los beneficiarios de Medicare diagnosticados con lesión renal aguda (AKI, por sus siglas en inglés).

A partir del 1 de enero de 2017, Medicare reembolsará a las instalaciones de ESRD para el tratamiento de diálisis usando la tasa base del sistema de pago prospectivo (PPS) de ESRD ajustada por el índice de salarios. Además del tratamiento de diálisis, la tarifa base de PTS de ESRD reembolsa a las instalaciones de ESRD para los productos y servicios considerados servicios de diálisis renal. Para el pago bajo Medicare, las instalaciones de ESRD reportarán todos los productos y servicios proporcionados a los beneficiarios con AKI enviando un tipo de factura (TOB)

72x con el código de condición 84 (diálisis para lesión renal aguda (AKI)) mensualmente. Dado que las instalaciones de ESRD facturan a Medicare por servicios de diálisis renal mediante la presentación de TOB 72X para los beneficiarios de ESRD, el código de condición 84 diferenciará una reclamación de ESRD PPS de una reclamación de AKI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9814>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9814, 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/R1738OTN>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1738, CR 9814

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

Información general

Aclaración del hospital inmediatamente anterior en la transmisión 1544, CR 9015

La descripción de un hospital que califica inmediatamente antes como hospital del sistema de pago prospectivo (IPPS, por sus siglas en inglés) en el artículo MLN Matters® *MM9015* se ha cambiado a “hospital de la subsección (d)” para ser consistente con el *Code of Federal Regulations* (Código de Regulaciones Federales). Los períodos de información de costos que comiencen en o después del 1 de octubre de 2015, pueden haber sido pagados incorrectamente a la tasa neutral del sitio si:

La reclamación del hospital inmediatamente anterior no estaba presente en el historial de reclamaciones de procesamiento de reclamaciones de Medicare, o El paciente provenía de una “subsección (d)” inmediatamente anterior al hospital que no sea un hospital de IPPS.

Los hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH, por sus siglas en inglés) deben comunicarse con sus contratistas administrativos de Medicare (MAC) sobre estas reclamaciones.



Los MAC trabajarán con los LTCH para obtener documentación adicional para las reclamaciones afectadas y hacer los ajustes apropiados al pago.

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

Sistema de pago prospectivo

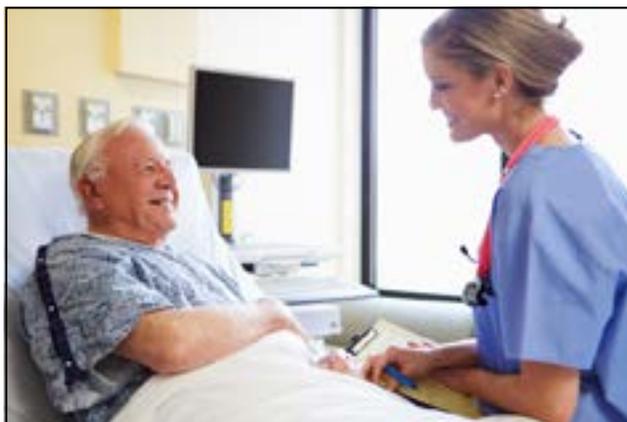
Cambios en los hospitales para pacientes hospitalizados y de cuidado a largo plazo PPS para el año fiscal 2017

Número de *MLN Matters*®: MM9723
Número de petición de cambio relacionado: CR 9723
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de octubre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3626CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están obligados a hacer actualizaciones anuales a los sistemas de pago prospectivo en los hospitales para pacientes hospitalizados y de cuidado a largo plazo.

Los cambios en la política para el año fiscal 2017 se mostraron en el registro federal del 2 de agosto de 2016 con fecha de publicación del 22 de agosto de 2016. Todos los cambios son efectivos para las fechas hospitalarias cuando se da de alta, ocurridas en o después del 1 de octubre de 2016 hasta el 30 de septiembre de 2017, a menos que se denote lo contrario.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9723>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9723, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R3626CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3626, CR 9723

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

CMS implementa cambios en el sistema de pago prospectivo para enfermedad renal en estado terminal

Número de *MLN Matters*®: MM 9807
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9807
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R229BP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente sus actualizaciones previstas para el sistema de pago prospectivo para enfermedad renal en estado terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) en el 2017. Para el 2017, la tarifa básica de PPS de ESRD es de \$231.55.

Otras actualizaciones incluyen:

- Índice salarial
- Pagos adicionales de entrenamiento para diálisis en el hogar
- Política de valores atípicos

- Requerimientos de facturación consolidados
- Tasa de pago de diálisis por lesión aguda de riñón (AKI) para el 2017

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9807>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9807, 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/R229BP>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 229, CR 9807

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

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.



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: **modificador GA o GZ**.

Revisones a las LCD existentes

Factores de coagulación de la hemofilia – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

Teniendo en cuenta la actualización de octubre de 2016, se revisó la petición de cambio (CR) 9768 (Hospital OPSS), CR 9773 (Sistema de Pago ASC) y CR 9754 (I/OCE), la determinación local de cobertura (LCD) para los factores de coagulación de la hemofilia.

El código HCPCS C9139 para Idelvion reemplazó el código HCPCS C9399 en las secciones “Códigos CPT®/HCPCS” y “Códigos ICD-10 Support Medical Necessity” de la LCD. La fecha efectiva de esta revisión se basa en la fecha de servicio.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva por los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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 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](#).

Ranibizumab (Lucentis®) - revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

Identificador de LCD: L33407 (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

Se ha revisado la determinación local de cobertura (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) para eliminar el requisito de diagnóstico dual cuando se informa la indicación de oclusión de vena retiniana (RVO) con edema macular de la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La edición asociada se ajustará en las próximas semanas. First Coast Service Options Inc. realizará los ajustes necesarios para corregir cualquier reclamación indebidamente denegada. No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 18 de noviembre de 2016**, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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 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](#).

Ecocardiografía transtorácica (TTE) — revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

Identificador de LCD: L33768 (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la ecocardiografía transtorácica (TTE) ha sido revisada para cumplir con las indicaciones y limitaciones de la LCD. El código de diagnóstico ICD-10-CM Z51.81 se agregó a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 21 de noviembre de**

2016, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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 estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

Intercambio electrónico de datos

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

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-6281

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 prótesis, 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)

Asuntos de procesamiento

Topografía corneal computarizada -- las reclamaciones pueden haber sido denegadas por error

Problema

Las reclamaciones presentadas para topografía corneal computarizada (código de procedimiento 92025) entre el 1 de octubre de 2015 y el 7 de agosto de 2016, pueden haber sido denegadas por error cuando se les facturó con los códigos de diagnóstico H11.811-H11-819, H18.51, H18.52, H18.53, H18.54 y H18.55.

Solución

Este error fue corregido el 8 de agosto de 2016. Los reclamos procesados en o después del 8 de agosto de 2016, fueron adjudicados correctamente. First Coast Service Options Inc. realizará ajustes para corregir los

errores en todas las reclamaciones afectadas.

Estado/fecha de resolución

Cerrado / 8 de Agosto de 2016.

Acción del proveedor

Ninguna acción es requerida por parte del proveedor.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Aplicación de injertos de sustitución de piel para el tratamiento de DFU y VLU de extremidades inferiores – sobrepagos

Problema

First Coast Service Options Inc. ha identificado un problema de procesamiento interno que resultó en pagos excesivos relacionados con la aplicación de injertos de sustitución de piel para el tratamiento de úlceras de pie diabético (DFU) y úlceras venosas de pierna (VLU) de extremidades inferiores basándose en los criterios de cobertura tratados en la determinación local de cobertura (LCD) L36377. La LCD aborda el umbral razonable y necesario (R&N) para la cobertura de cirugía de reemplazo de piel, específicamente las indicaciones para la aplicación de injertos de sustituto de piel para DFU y VLU. La evaluación de la literatura clínica indica que los estudios que comparan la eficacia de los injertos sustitutos de piel como complemento al cuidado crónico de heridas son limitados en número, se aplican principalmente a pacientes generalmente sanos y examinan sólo una pequeña porción de los productos de sustitución de piel disponibles en los Estados Unidos. Por lo tanto, ningún producto individual puede ser considerado para cobertura a menos que el código de cirugía de reemplazo de piel aplicable cumpla con los requisitos de esta LCD.

Solución

Este problema de procesamiento se corrigió para las reclamaciones procesadas a partir del 12 de abril de 2016 por servicios prestados a partir del 6 de septiembre de 2015. Los códigos de procedimiento 15271, 15272, 15273, 15274, 15275, 15276, 15277 y 15278 (aplicación de sustitutos para la piel) se denegarán si los códigos de procedimiento Q4100-Q4165 (productos de sustitución de piel) no se facturan en la misma fecha de servicio. Además, si se niegan los códigos de procedimiento Q4100-Q4165, los códigos de procedimiento 15271,



15272, 15273, 15274, 15275, 15276, 15277 y 15278 también se denegarán cuando se facturen en la misma fecha de servicio.

Estado/fecha de resolución

Abierto / 12 de abril de 2016.

Acción del proveedor

Los proveedores que recibieron el pago por error recibirán una carta de demanda solicitando los fondos. Los proveedores no necesitan ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente; deben seguir las instrucciones en las cartas de demanda.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas – sobrepagos

Problema

First Coast Service Options Inc. ha identificado un problema de procesamiento interno que resultó en pagos excesivos relacionados con la prueba de validez de muestras (SVT). La SVT es un procedimiento de laboratorio interno para determinar si la muestra de orina ha sido diluida o adulterada, lo que también asegura y protege al laboratorio de reportar resultados de prueba no válidos al médico encargado. La SVT debe realizarse en cada muestra por el laboratorio. Las pruebas de SVT se relacionan con la integridad y exactitud de la muestra y no con el manejo directo del paciente. Los resultados de SVT proporcionan información sobre la integridad de la muestra de orina y no definen o establecen criterios para que un médico prescriba o no prescriba analgésicos o rechace a un paciente y, como tal, no es un servicio de Medicare reembolsable por separado.

Solución

El *Current Procedural Terminology* (CPT®) 81003 (análisis de orina de rutina) y el código CPT® 82570 (creatinina en orina), serán denegados cuando se realicen en la misma fecha de servicio que los códigos de la prueba

cualitativa de fármacos (*Healthcare Common Procedure Coding System* [HCPCS] códigos G6030-G6057 [que se suprimieron a partir del 1 de enero de 2016] y G0477-G0483 [en vigencia a partir del 1 de enero de 2016]).

Estado/fecha de resolución

Abierto / 30 de junio de 2016.

Acción del proveedor

Los proveedores que recibieron el pago por error recibirán una carta de demanda solicitando los fondos. Los proveedores no necesitan ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente; deben seguir las instrucciones en las cartas de demanda.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Facturación

CMS reduce el pago de radiografías tomadas usando película

Número de *MLN Matters*®: MM9727

Número de petición de cambio relacionado: CR 9727

Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de agosto de 2016

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017

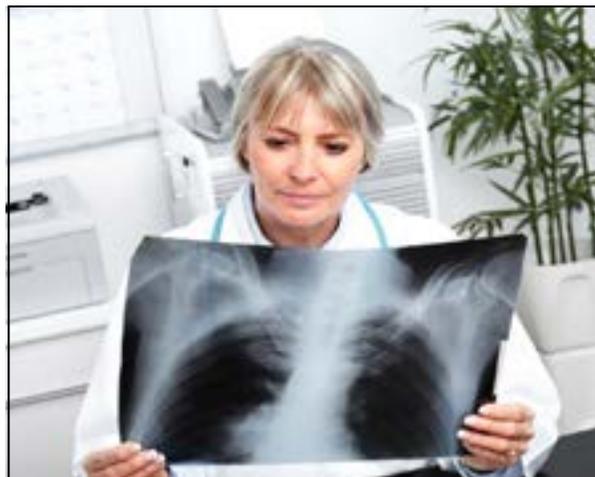
Número de transmisión de CR relacionado: R3583CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente la reducción del 20 por ciento en el pago para el componente técnico de los servicios de imagen de rayos X utilizando películas. La nueva tasa entrará en vigor el 3 de enero de 2017.

Para implementar esta disposición, CMS ha creado el modificador FX (rayos X tomados usando película). A partir del 2017, las remesas de pago de rayos X que usan película deben incluir el modificador FX. Los reclamos ajustados reflejarán el código de remesas de pago (RARC) N775 - "Pago ajustado basado en la radiografía de rayos x usando película."



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9727>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9727, 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/R3583CP>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3583, CR 9727

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.

Reducción de los problemas de transferencia en reclamaciones

Número de *MLN Matters*[®]: SE1629
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Medicare utiliza la reclamación impresa para crear el la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), el Comité de Normas Acreditadas (ASC, por sus siglas en inglés) X12-N 837 y la coordinación profesional de beneficios (COB) de reclamaciones.

Este artículo de la edición especial proporciona orientación a los médicos, profesionales y proveedores de las oficinas de facturación para presentar correctamente los formularios de reclamación impresos (CMS-1500) en un esfuerzo por reducir el número de reclamaciones que no se desvían o transfieren electrónicamente al pagador suplementario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/se1629>.



Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1629

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

Suscripción a Medicare Parte B

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

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Factores de coagulación de la hemofilia – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Teniendo en cuenta la actualización de octubre de 2016, se revisó la petición de cambio (CR) 9768 (Hospital OPPTS), CR 9773 (Sistema de Pago ASC) y CR 9754 (I/OCE), la determinación local de cobertura (LCD) para los factores de coagulación de la hemofilia.

El código HCPCS C9139 para Idelvion reemplazó el código HCPCS C9399 en las secciones “Códigos CPT®/HCPCS” y “Códigos ICD-10 Support Medical Necessity” de la LCD. La fecha efectiva de esta revisión se basa en la fecha de servicio.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva por los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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 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](#).

Ranibizumab (Lucentis®) - revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

Identificador de LCD: L33407 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Se ha revisado la determinación local de cobertura (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) para eliminar el requisito de diagnóstico dual cuando se informa la indicación de oclusión de vena retiniana (RVO) con edema macular de la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La edición asociada se ajustará en las próximas semanas. First Coast Service Options Inc. realizará los ajustes necesarios para corregir cualquier reclamación indebidamente denegada. No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 18 de noviembre de 2016**, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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 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](#).

Ecocardiografía transtorácica (TTE) — revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

Identificador de LCD: L33768 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para la ecocardiografía transtorácica (TTE) ha sido revisada para cumplir con las indicaciones y limitaciones de la LCD. El código de diagnóstico ICD-10-CM Z51.81 se agregó a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 21 de noviembre de**

2016, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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 estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Números 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>