

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Febrero 2017



En esta edición

Revisión de la tasa de interés de pago puntual.....	3
Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería -- revisión de LCD de la Parte A y B.....	12
Servicios de laboratorio rechazados debido a cambios de edición del NCD de la Parte B	14

Instrucciones de aviso de observación de pacientes ambulatorios de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9935
Número de petición de cambio relacionado: CR 9935
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de enero de 2017
Fecha de efectividad: 21 de febrero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3698CP
Fecha de implementación: 21 de febrero de 2017

Resumen

La petición de cambio 9935 proporciona instrucciones a los proveedores con respecto al aviso de observación de pacientes ambulatorios de Medicare (Medicare outpatient observation notice-MOON), que se utiliza para informar a los beneficiarios cuando son un paciente ambulatorio que recibe servicios de observación y no son pacientes hospitalizados de un hospital o un hospital de acceso crítico (critical access hospital-CAH). Los hospitales y los CAH deben proporcionar el MOON a los beneficiarios en Medicare original que reciben servicios de observación como pacientes ambulatorios por más de 24 horas. Los beneficiarios deben recibir un MOON a más tardar 36 horas después de los servicios de observación

como paciente ambulatorio.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9935.pdf>.



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9935, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3698CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3698, CR 9935

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Hospital

Instrucciones de aviso de observación de pacientes ambulatorios de Medicare.....1

Documentación médica

El proceso de autorización previa3

Facturación

Clarificación de facturación del código de procedimiento 963773

Revisión de la tasa de interés de pago puntual.....3

Indicador de QMB en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de cobro por servicios de Medicare4

E/M

Servicios de manejo de cuidados crónicos – preguntas frecuentes.....4

SPOT

Qué puede hacer SPOT por usted – Utilice mensajería segura para presentar sus apelaciones5

ADR

Actualización de la dirección para las cartas de ADR6

Recursos educativos

Calendario de eventos.....7

MLN Connects® para el 2 de febrero de 20178

MLN Connects® para el 9 de febrero de 20178

MLN Connects® para el 16 de febrero de 20178

Parte A

Asuntos de procesamiento

Servicios de laboratorio rechazados debido a cambios de edición de la NCD de la Parte A.....9

Retraso de algunas reclamaciones del Sistema de Pagos Prospectivos para Pacientes Hospitalizados9

PARD

Requisitos del hospital para realizar una elección para un período fiscal determi-

nado cubierto por la Resolución de CMS 1498-R2.....9

Hospital

Cambio en los días de responsabilidad del beneficiario y de reporte de costos para la subcláusula II de LTCH10

Cambios adicionales de la ICD-10 relacionados con la excepción temporal para las descargas de heridas de ciertos LTCH10

Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....11

Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería -- revisión de LCD de la Parte A y B.....12

Contactos de Parte A13

Parte B

NCCI

Actualización trimestral de abril para corregir ediciones de iniciativas de codificación.....14

Asuntos de procesamiento

Servicios de laboratorio rechazados debido a cambios de edición del NCD de la Parte B14

Monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas -- sobrepagos.....15

Laboratorio clínico

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA.....15

CMS publica las últimas pruebas exentas aprobadas por la FDA16

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....17

Información de contacto Florida.....18

Información de contacto las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....19

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Maria Murdoch
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT® codes, descriptors, and other data only are copyright© 2016 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-10 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.

Documentación médica

El proceso de autorización previa

Número de MLN Matters®: MM9940
Número de petición de cambio relacionado: CR 9940
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de enero de 2017
Fecha de efectividad: 21 de febrero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R698PI
Fecha de implementación: 21 de febrero de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 9940 actualiza el Manual de Integridad del Programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para permitir que el contratista administrativo de Medicare lleve a cabo procesos de autorización previa, según las instrucciones de CMS a través de instrucciones operativas individualizadas.

La autorización previa es un proceso mediante el cual se determina la cobertura antes de proporcionar o facturar el servicio. Este proceso permite al proveedor presentar documentación antes de proporcionar o facturar el servicio. El contratista entonces alertará al remitente de cualquier problema potencial con la información enviada.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de MLN Matters® es https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9940.pdf

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9940, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R698PI.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 698, CR 9940

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

Clarificación de facturación del código de procedimiento 96377

La Asociación Médica Americana (AMA) emitió un nuevo código Current Procedural Terminology (CPT®) 96377 para "Aplicación de inyector en el cuerpo (incluye inserción de cánula) para inyección subcutánea programada" a partir del 1 de enero de 2017.

De acuerdo con la actualización de tarifas fijas de médicos de Medicare de enero de 2017, el código CPT® 96377 no es un código válido para los proveedores de la Parte B. Si

se reporta, el servicio rechazará como un código no válido.

Para reportar este servicio, utilice el código CPT® 96372 (Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especifique sustancia o fármaco); subcutánea o intramuscular).

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

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2016 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2016.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El Departamento del Tesoro determina esta tasa

cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página web del Departamento del Tesoro en http://fms.treas.

gov/prompt/rates.html (en inglés) para obtener la tasa correcta. El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa de 2.5 por ciento está en efecto hasta el 30 de junio de 2017.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren

investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare

Ver Revisión, en la página 4



Indicador de QMB en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de cobro por servicios de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9911
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9911
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2017
 Fecha de efectividad: Reclamaciones procesadas a partir del 2 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3715CP
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

La petición de cambio 9911 publica información acerca del indicador de beneficiario de Medicare calificado (QMB-qualified Medicare beneficiary) que modifica los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare para ayudar a los proveedores a identificar más fácilmente el estado de QMB de cada paciente.

El archivo de trabajo común obtendrá indicadores de QMB que identifican el estado de QMB a los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare. Esta mejora del sistema provocará notificaciones a los proveedores (a través de la remesa de pago del proveedor) y a los beneficiarios (a través de la notificación resumida de Medicare) para reflejar que el beneficiario está inscrito en el programa de QMB y no tiene responsabilidad de costo compartido de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9911.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9911, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC

Revisión

De la página 3

- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los



está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3715CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3715, CR 9911

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.

servicios de salud en el hogar

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

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

E/M

Servicios de manejo de cuidados crónicos – preguntas frecuentes

Número de *MLN Matters*®: SE1516 *Rescindido*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo fue rescindido el 19 de enero debido a que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron cambios en la política de pagos para la administración de cuidados crónicos a partir del 1 de enero. Dichos cambios se describen en el reglamento

Ver **Servicios**, en la página 5

Servicios

De la página 4

final de tarifas fijas de médicos (PFS) de 2017 en <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2016-11-15/pdf/2016-26668.pdf> (en inglés) y la nueva orientación en la página web de administración de atención de PFS en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeeSched/Care-Management.html> (en inglés).

Información adicional

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

[SE1516.pdf](#).

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1516

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.

SPOT

Qué puede hacer SPOT por usted – Utilice mensajería segura para presentar sus apelaciones

Ahorre tiempo y dinero respondiendo de manera electrónica con First Coast

El envío de documentos a las oficinas de First Coast Service Options Inc. (First Coast) en Jacksonville no es un gasto pequeño, particularmente al responder a solicitudes adicionales de desarrollo (ADR). Entre hacer copias y enviar resmas de papel, estos costos pueden aumentar rápidamente.

Con la disponibilidad de formatos de documentos portátiles (PDF) a través de la [herramienta de mensajería segura](#), SPOT (Secure Provider Online Tool) de First Coast le ofrece una solución más conveniente para manejar la correspondencia. “SPOT es el camino a seguir. Ya no hay que llenar formularios para luego tener que enviarlos por fax o por correo electrónico. Al utilizar SPOT también recibimos esos pagos más rápido que si hubiéramos enviado la solicitud por fax o por correo,” dijo [Kristin Gunn, una experta en facturación médica del South Florida Revenue Cycle Specialists](#).

La [función de mensajería segura](#) con SPOT (Secure Provider Online Tool) de First Coast permite a los usuarios seleccionar y enviar solicitudes de apelación, formularios de pago excesivo y ADR de SPOT al sistema de documentación electrónica de First Coast. Además, también permite a los usuarios incluir la documentación de soporte, según sea necesario.

“A mí me toma de 30-45 minutos al día para registrar las apelaciones en una hoja de cálculos para monitorear dónde estamos en el proceso. Nosotros manejamos 20-30 apelaciones cada día. Esto se suma a una gran cantidad de tiempo para mí y mi equipo para manejar las apelaciones. Cuando SPOT añadió el correo seguro para manejar las apelaciones también, pensé, wow esto es grandioso. SPOT sigue mejorando.” [dijo Kristin Sierens, University of Florida/Shands Supervisor](#).

Además de las [redeterminaciones de reclamaciones](#), la función de mensajería segura de SPOT ofrece acceso a otros procesos de manejo de reclamaciones. El sistema



ofrece soluciones que ahorran tiempo tanto para los proveedores de la Parte A como para la Parte B de Medicare.

Formularios de mensajería segura disponibles

- Respuesta adicional al desarrollo de reclamaciones - Responder a las solicitudes de ADR para reclamaciones de prepago
- Solicitud de redeterminación de reclamación - Solicitud de apelación de nivel 1
- Solicitud de reapertura de reclamo - Reapertura clerical (**Parte A**)
- Formulario de inscripción para intercambio electrónico de datos
- Solicitud de consulta general - Preguntas acerca del programa/las políticas de Medicare
- Auditoría y Reembolso del Proveedor (informes de costos) - todos los documentos relacionados con la presentación de informes de costos anuales. (**Parte A**)
- Formulario de sobrepago de Medicare como pagador secundario (MSP) - Reembolso voluntario de un sobrepago para una reclamación de MSP (**Parte B**)
- Formulario de sobrepago de no-MSP - Reembolso

Ver **SPOT**, en la página 6

SPOT

De la página 5

voluntario de un sobrepago para una reclamación de no-MSP (**Parte B**)

- Solicitud de redeterminación de sobrepago - Apelación de una decisión de sobrepago (**Parte B**)

Como [un proveedor descubrió](#), SPOT le permite manejar rápidamente una solicitud de pago en exceso “SPOT hizo que el problema fuera tan fácil de resolver. Nosotros verificamos los registros médicos para ver si facturamos un número de paciente incorrecto, entre otras cosas. Luego verifiqué la pestaña de elegibilidad en SPOT, verifiqué la fecha de defunción y comparé la fecha del servicio. Imprimí la pantalla desde SPOT y la envié a través del correo seguro. “Presionas ‘send’ (‘enviar’). Y allá va. Sin visitas a la oficina de correos.” dijo Gunn.

First Coast ha actualizado recientemente la herramienta de mensajería segura que permite a los proveedores de Medicare presentar documentos utilizando el formato de documento portátil Adobe® Acrobat (PDF). Antes de esta mejora, los titulares de cuentas SPOT tenían la obligación

de convertir algunos documentos electrónicos a un formato de archivo de imagen etiquetada (TIFF).

Además de la mensajería segura, los proveedores de Medicare tienen varias herramientas disponibles para diagnosticar, corregir y prevenir reclamaciones rechazadas. SPOT le brinda la posibilidad de ver en línea el estado de las reclamaciones y la información acerca de la elegibilidad de los pacientes, realizar análisis detallados de los datos en los niveles de reclamación y proveedor, reabrir las solicitudes para realizar correcciones administrativas en varias líneas y enviar nuevas redeterminaciones y respuestas de desarrollo adicionales. First Coast ofrece SPOT a los proveedores sin costo alguno.

Cómo obtener su cuenta de SPOT

First Coast [proporciona una guía paso a paso](#) para ayudarle a establecer su cuenta en SPOT.

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

ADR

Actualización de la dirección para las cartas de ADR

First Coast Service Options Inc. (First Coast) a veces requiere una revisión clínica de la documentación para determinar la necesidad médica de los servicios. El objetivo de First Coast es asegurar que los proveedores sean debidamente reembolsados por servicios médicamente razonables y necesarios. Cuando se requiere documentación, se envía un ADR por correo al proveedor.

Parte A

En el Sistema Compartido de Intermediación Fiscal (FISS), la dirección en el campo “otra dirección” se utiliza para enviar correspondencia y cartas ADR. First Coast no puede cambiar la designación para enviar correspondencia y ADRs a una dirección diferente. Si desea cambiar la dirección que aparece en el campo “otra dirección”, puede solicitar un cambio de información a través de una aplicación de inscripción CMS-855.

Parte B

La carta de ADR se envía por correo a la dirección de práctica de un proveedor en el archivo con Medicare. Sin embargo, para proveedores individuales que prestan servicios en grandes instalaciones como hospitales, la carta de ADR puede ser mal dirigida y no recibida a tiempo por el departamento o proveedor individual. Los proveedores en estas situaciones pueden solicitar a First Coast que envíe por correo toda la correspondencia (incluyendo ADRs) a la dirección de pago que aparece en su archivo de Sistema de Inscripción del Proveedor en Línea (PECOS).

¿Cómo solicitar que toda la correspondencia vaya a una dirección de pago?

- Si la dirección de pago ya está en el archivo en PECOS:

- Envíe una carta con el membrete de la empresa solicitando que toda la correspondencia se envíe a la dirección de pago en el archivo. La carta debe ser firmada por una persona en un cargo oficial (oficial autorizado o delegado) para el proveedor de facturación.
- Si la dirección de pago NO está aún en el archivo en PECOS:
 - Presente un cambio de información utilizando la solicitud de inscripción de papel CMS-855 correspondiente o PECOS basado en internet para agregar la dirección de pago. Incluya una carta con el membrete de la compañía solicitando que toda la correspondencia sea enviada a la dirección de pago que se está actualizando con la solicitud de inscripción. La carta debe ser firmada por una persona en un cargo oficial (oficial autorizado o delegado) para el proveedor de facturación.

Nota: Tenga en cuenta que una vez completada, TODA la correspondencia de First Coast se enviará a esta dirección. Esto incluye situaciones donde el proveedor tiene más de un lugar de práctica; toda la correspondencia para todos los lugares de práctica será enviada a la dirección de pago designada que usted seleccionó una vez que First Coast haga el cambio. La carta y la solicitud, si corresponde, se pueden enviar por correo a:

Provider Enrollment
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/143443.asp>

Marzo de 2017

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A

Cuando: 14 de marzo de 2017
Hora: 10:00 AM-11:30 AM ET
Tipo: *Webcast*
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0366241.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte B

Cuando: 15 de marzo de 2017
Hora: 11:30 AM-1:00 PM ET
Tipo: *Webcast*
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0366242.asp>

Teleconferencia Pregúntele al contratista (ACT): Servicios de fisioterapia (Parte B)

Cuando: 22 de marzo de 2017
Hora: 11:30 AM-1:00 PM ET
Tipo: *Webcast*
Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0365075.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.fcsoniversity.com. Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo "My Courses" a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** Es necesario abrir una cuenta completando por internet el **Formulario de solicitud de cuenta del usuario** (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar "9999" en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____
Título del registrante: _____
Nombre del proveedor: _____
Número de teléfono: _____
Dirección de email: _____
Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® para el 2 de febrero de 2017

MLN Connects® para el 2 de febrero de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Laboratorios Clínicos: Prepárese Ahora para Reportar Datos de Laboratorio hasta el 31 de marzo
- Página web actualizada de Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico
- Enseñando a Hospitales Recibiendo Límites de Residentes FTE debido a Cierres Hospitalarios
- Febrero es el Mes del Corazón Americano

Cumplimiento del proveedor

- Servicios de Manejo del Día de Alta Hospitalaria

Próximos eventos

- Convocatoria a Comprender y Promover el Valor de los

MLN Connects® para el 9 de febrero de 2017

MLN Connects® para el 9 de febrero de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Laboratorios Clínicos: Más fácil de reportar datos de laboratorio

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivo de precio OPPS de enero 2017

MLN Connects® para el 16 de febrero de 2017

MLN Connects® para el 16 de febrero de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Continúa la actividad de la influenza: ¿Están sus pacientes protegidos?

Próximos eventos

- Convocatoria a Comprender y Promover el Valor de los Servicios de Manejo de Cuidados Crónicos — 21 de febrero
- Qué hay de nuevo con el webinar Comparación de Médicos --- 21 y 23 de febrero
- Mirando hacia el Futuro: Convocatoria a la Ley IMPACT en

Servicios de Manejo de Cuidados Crónicos — 21 de febrero

- Mirando hacia el Futuro: Convocatoria a la Ley IMPACT en 2017 — 23 de febrero

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Hoja Informativa acerca de Servicios de Telesalud — revisado
- Hoja Informativa acerca del Sistema de Pago Prospectivo de Instalaciones de Rehabilitación de Pacientes Internos — revisado
- Folleto de Terapia de Oxígeno en el Hogar — revisado
- Conjunto de Productos y Recursos para la Herramienta Educativa de Proveedores de Salud Rural de MLN — revisado

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

Próximos eventos

- Convocatoria a Comprender y Promover el Valor de los Servicios de Manejo de Cuidados Crónicos — 21 de febrero
- Mirando hacia el Futuro: Convocatoria a la Ley IMPACT en 2017 — 23 de febrero

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

2017 — 23 de febrero

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Folleto de Beneficios de Salud en el Hogar de Medicare — Revisado
- Costos de Medicare en un Vistazo: Herramienta Educativa 2017 — Revisado
- Video de Minuto del Proveedor de CMS: Endoscopia Nasal — 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 laboratorio rechazados debido a cambios de edición de la NCD de la Parte A

Problema

La [petición de cambio \(CR\) 9806](#) (en inglés) anuncia cambios significativos en 23 determinaciones de cobertura nacional en la [publicación 100-03, secciones 190.12 – 190.34 para servicios de laboratorio clínico](#) (en inglés) que incluye la edición de diagnósticos de la ICD-10. Estos cambios se aplicarán el 5 de diciembre de 2016, para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2016. Por lo tanto, las reclamaciones presentadas antes de la fecha de implementación del 5 de diciembre serán denegadas.

Resolución

Las reclamaciones de la Parte A que se rechacen con los códigos de razón en la serie 5xNCD con códigos de diagnóstico actualizados con CR 9806, se ajustarán cuando sean traídas a nuestra atención después del 5 de diciembre de 2016.

Estado/fecha de resolución

Cerrado 8 de diciembre de 2016

Retraso de algunas reclamaciones del Sistema de Pagos Prospectivos para Pacientes Hospitalizados

Problema

Algunos reclamos del Sistema de Pagos Prospectivos para Pacientes Hospitalizados (IPPS), de los hospitales y de los hospitales de cuidado prolongado (LTCH) (IPPS) con fechas de alta en o después del 1 de octubre de 2016, pueden agruparse en un grupo de diagnósticos relacionados con la gravedad de Medicare (MS-DRG).

Resolución

Se realizó una revisión del archivo de software de la versión 34 del MS-DRG de la CIE-10 y las reclamaciones afectadas han sido reprocesadas por su contratista

PARD

Requisitos del hospital para realizar una elección para un período fiscal determinado cubierto por la Resolución de

Fecha de efectividad: 19 de enero de 2017

Fecha de implementación: 19 de enero de 2017

Resumen

El 22 de abril de 2015, el administrador de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitió la [resolución de CMS 1498-R2](#) (en inglés), la cual modificó la CMS 1498-R. La resolución de CMS 1498-R2 modifica su remedio para el recálculo de ciertas partes desproporcionadas de los ajustes de pago hospitalario de



Acción del proveedor

Las reclamaciones de la Parte A denegadas serán ajustadas **cuando sean traídas a nuestra atención después del 5 de diciembre de 2016**.

Problemas actuales de procesamiento

Aquí encuentra el enlace a la tabla de [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.

administrativo de Medicare.

Estado/Fecha de resolución

Cerrado/ 1 de febrero de 2017

Acción del proveedor

No se requieren medidas por parte de los hospitales de IPPS y LTCH.

Problemas actuales de procesamiento

Aquí hay un enlace a una tabla de [problemas actuales de procesamiento](#) tanto para la Parte A como para 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.

Medicare.

En la resolución de CMS 1498-R2, los hospitales tienen dos opciones para basar el cálculo en:

1. Total de días; o
2. Días cubiertos

Más información está disponible en la [petición de cambio 9896](#) (en inglés).

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

Hospital

Cambio en los días de responsabilidad del beneficiario y de reporte de costos para la subcláusula II de LTCH

Número de *MLN Matters*[®]: MM9912
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9912
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1791OTN
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

En el reglamento final del sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS)/sistema de pago prospectivo del hospital de cuidado prolongado (LTCH PPS) del año fiscal 2015, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecieron un ajuste de pago bajo el PPS del LTCH para los hospitales “clasificados bajo la subcláusula (II).

Efectivo con los períodos de reporte de costos que comiencen en o después del 1 de octubre de 2016, para una subcláusula II LTCH, el pago de Medicare solo se aplicaría a los costos del LTCH incurridos por los días utilizados para calcular el pago de Medicare. Esto se aplica a los días en los que el paciente tiene un día de

beneficios disponible.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9912.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) xxxx, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1791OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1791, CR 9912

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.

Cambios adicionales de la ICD-10 relacionados con la excepción temporal para las descargas de heridas de

Número de *MLN Matters*[®]: MM9872
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9872
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2017
 Fecha de efectividad: 21 de abril de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R1786OTN
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

La petición de cambio 9872 anuncia cambios adicionales de códigos ICD-10 para la implementación de la excepción temporal para ciertas descargas de cuidado de heridas severas de la tasa de pago neutral del lugar para ciertos hospitales de cuidado prolongado (LTCHs).

El artículo 231 de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2016 estableció una excepción temporal adicional de la tasa de pago neutral para los pacientes dados de alta de algunos hospitales de cuidados prolongados con una herida grave, efectiva para las descargas ocurridas antes del 1 de enero de 2017. En un reglamento final publicado el 22 de agosto de 2016, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizó la lista de códigos ICD-10 que califican como heridas severas.

Nota: Únicamente los hospitales LTCH “con derechos adquiridos” en hospitales dentro de hospitales (HwHs-hospitals within hospitals) tienen derecho a calificar para esta excepción temporal. HwHs debe comunicarse con su contratista administrativo de Medicare para verificar

su estado. Vea el artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] [MM9599](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9599) para obtener una explicación acerca de hospital dentro hospital con derechos adquiridos.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9872.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9872, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1786OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1786, CR 9872

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Revisiones a las LCD existentes

Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería -- revisión de LCD de la Parte A y B

Identificador de LCD: L36230 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basada en la petición de cambio (CR) 9754 (Especificaciones del Editor de Código de Paciente Externo Octubre de 2016) y CR 9749 (Actualización Trimestral a la Base de Datos de Tarifas Fijas para Médicos de Medicare (MPFSDB) - Actualización de octubre del año calendario 2016), la determinación de cobertura local para los servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería fue revisada para agregar el código HCPCS G9685 (evaluación y manejo del cambio agudo del beneficiario en un centro de enfermería) a la sección "Códigos CPT®/HCPCS" de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 17 de enero de 2017** para servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

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](#).

Encuesta ForeSee

Entre ahora y el 6 de abril, estamos desafiando a todos los proveedores a hacernos saber cómo lo estamos haciendo mediante la encuesta de ForeSee. Cuando vea esta imagen, por favor tome dos minutos para ayudarnos a mejorar su experiencia. Muchas de las grandes características del sitio web de First Coast provienen de ideas ofrecidas a través de esta encuesta. Esperamos generar cientos de ideas nuevas acerca de cómo mejorar su experiencia.



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

Recauda de sobrepagos y recobro de deuda

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos para proveedores, reportes de reembolso dor, 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

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc. QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

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)

NCCI

Actualización trimestral de abril para corregir ediciones de iniciativas de codificación

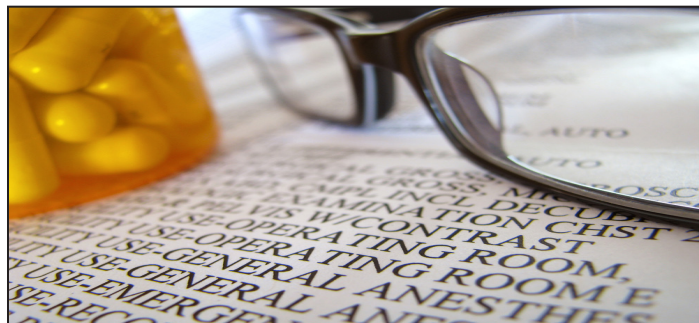
Número de *MLN Matters*®: MM9970
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9970
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3708CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) desarrollaron la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) para promover metodologías correctas de codificación y para controlar la codificación inadecuada que conduce al pago inapropiado en las reclamaciones de Medicare de la Parte B. Cada trimestre, CMS actualiza las tablas de pares de códigos. CMS recientemente publicó las tablas de pares de códigos de abril de 2017 para que los proveedores revisaran antes de presentar reclamaciones.

Las ediciones de pares de códigos de procedimiento a procedimiento (PTP) de la NCCI son ediciones de prepago automatizadas que impiden el pago impropio cuando se presentan ciertos códigos juntos. First Coast Service Options Inc. ha desarrollado [este tutorial para ayudarle a reducir el número de reclamaciones denegadas](#) debido a pares de códigos NCCI incorrectos.

Las políticas de codificación desarrolladas se basan en las convenciones de codificación definidas en el manual de *Current Procedural Terminology* de la Asociación Médica Americana, las políticas y ediciones nacionales y locales, las directrices de codificación desarrolladas por las sociedades nacionales, el análisis de la práctica médica y quirúrgica estándar y la revisión de la práctica actual de codificación.



Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9970.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9970, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3708CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3708, CR 9970

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.

Asuntos de procesamiento

Servicios de laboratorio rechazados debido a cambios de edición del NCD de la Parte B

Problema

La [petición de cambio \(CR\) 9806](#) (en inglés) anuncia cambios significativos en 23 determinaciones de cobertura nacional en la [publicación 100-03, secciones 190.12 – 190.34 para servicios de laboratorio clínico](#) (en inglés) que incluye la edición de diagnósticos de la ICD-10. Estos cambios se aplicarán el 5 de diciembre de 2016, para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2016.

Por lo tanto, se negarán los servicios afectados por estos cambios de diagnóstico de la ICD-10 que se hayan

presentado antes de la fecha de implementación del 5 de diciembre.

Resolución

Las reclamaciones de la Parte B presentadas antes del 5 de diciembre para las fechas de servicio en y después del 1 de octubre de 2016, las que se rechacen por error, se ajustarán automáticamente después de la implementación.

Estado/fecha de resolución

Cerrado 8 de diciembre de 2016

Ver **Servicios**, en la página 15

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 acerca de 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.

Resolución

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]).

Servicios

De la página 14

Acción del proveedor

Ninguna; las reclamaciones presentadas antes del 5 de diciembre para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2016, las que se rechacen por error se ajustarán automáticamente después de la implementación.



Estado/fecha de resolución

Cerrado/1 de diciembre 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.

Problemas actuales de procesamiento

Aquí encuentra el enlace a la tabla de [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.

Laboratorio clínico

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA

Número de *MLN Matters*®: MM9946
Número de petición de cambio relacionado: CR 9946
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3701CP
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Las regulaciones de las Enmiendas de las Mejoras de Laboratorio Clínico (CLIA) requieren que una instalación esté debidamente certificada para cada prueba realizada. Medicare sólo paga por las pruebas de

laboratorio realizadas en una instalación certificada; las reclamaciones consideradas una prueba de laboratorio de CLIA están actualmente editadas al nivel de certificado de CLIA.

Los códigos HCPCS que se consideran una prueba de laboratorio bajo CLIA cambian cada año. Los contratistas deben ser informados acerca de los nuevos códigos HCPCS que están sujetos a ediciones de CLIA y excluidos de las ediciones de CLIA.

Información adicional

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

Ver **Códigos**, en la página 16

CMS publica las últimas pruebas exentas aprobadas por la FDA

Número de *MLN Matters*®: MM9956
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9956
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de enero de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3696CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 9956 informa a los contratistas de las nuevas modificaciones de 1988 de la Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA), que han sido aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA).

Las últimas pruebas aprobadas se enumeran en el artículo proporcionado en el enlace de abajo. Los códigos *Current Procedural Terminology (CPT)*® para estas nuevas pruebas deben presentarse con el modificador QW para ser reconocidos como una prueba exenta.

Nota: El código G0477 fue discontinuado el 31 de diciembre de 2016; Las pruebas asignadas previamente G0477QW ahora se asignan CPT® 80305QW.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9956.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9956, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC

Códigos

De la página 15

[Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9946.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9946.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9946, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3701CP.pdf>.



está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3696CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3696, CR 9956

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.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3701, CR 9946

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.

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 acerca de los requerimientos de firma de Medicare y cómo adherirse a estos puede prevenir que sus reclamaciones sean afectadas.



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: <https://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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://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@fcsso.com

Formulario: <https://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

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://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: <https://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

<https://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

<https://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager