

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Abril 2017

En esta edición

Modificador JW – medicamentos desechados de viales o paquetes de un solo uso	6
Problemas de procesamiento de la Parte A con las vacunas contra el neumococo y la influenza	13
Actualización trimestral de julio para corregir ediciones de iniciativas de codificación	21



Pago por servicios de sedación moderada

Número de *MLN Matters*[®]: MM10001
Número de petición de cambio relacionado: CR 10001
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de abril de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3747CP
Fecha de implementación: 15 de mayo de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 10001 actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare) para reflejar la política de pago vigente para servicios de anestesia y sedación moderada. La revisión representa un cambio en la política de pago de los servicios de sedación moderada prestados conjuntamente con y en apoyo de ciertos servicios de procedimiento. Las secciones revisadas del manual se adjuntan a la CR.

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/MM10001.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10001, 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/R3747CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3747, CR 10001

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

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Anestesia

Pago de servicios de sedación moderada....1

Contactos

Horario de atención del Centro de Contacto del Proveedor (PCC) a partir del 13 de marzo3

Tarifas

CMS publica el precio de venta promedio trimestral de julio de 2017 de Medicare Parte B de los archivos de precios de medicamentos3

MSI

Aviso de recordatorio del Indicador de Satisfacción MSI: Todavía hay tiempo para evaluar nuestros servicios.....3

EDI

Affordable Care Act – Reglamentos de Operación – Requerimientos para el Cumplimiento de Fase II y Fase III para Procesamiento de Grupos.....4

Inscripción de proveedores

Revalidación de la inscripción del proveedor – ciclo 25

CMS-588 revisado: Acuerdo de autorización de transferencia electrónica de fondos.....5

Facturación

Próxima generación de la ACO – implementación de AIPBP5

Cobertura

Cambios en el software de edición de la determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorio para julio de 20176

Modificador JW – medicamentos desechados de viales o paquetes de un solo uso.....6

Recursos educativos

Calendario de eventos.....7

MLN Connects® para el 23 de marzo de 20178

MLN Connects® para el 30 de marzo de 20178

MLN Connects eNews del Proveedor de CMS – Edición Especial.....9

MLN Connects® para el 6 de abril de 20179

MLN Connects® para el 13 de abril de 201710

MLN Connects eNews del Proveedor de CMS – Edición Especial.....10

MLN Connects® para el 20 de abril de 201711

Parte A

Facturación

Facturación por reclamaciones de planificación de atención anticipada (ACP).....12

Actualización a edición de sangre de CWF en reclamaciones de pacientes hospitalizados afiliados a Medicare Advantage para pago de educación médica indirecta (IME)12

Laboratorio clínico

Implementación de la reestructuración de las tarifas fijas para laboratorio clínico

del FISS.....13

Problemas de procesamiento

Problemas de procesamiento de la Parte A con las vacunas contra el neumococo y la influenza13

Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....14

Revisiones a las LCD existentes

Mamografía de detección y diagnóstico -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B15

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A y Parte B revisadas.....15

Terapia de viscosuplementación de rodilla -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B15

Múltiples determinaciones locales de cobertura (LCDs) de la Parte A y B revisadas.....16

Estudios de susceptibilidad -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....16

Contactos de Parte A17

Parte B

Revisión médica

Prepago del código 99285 de evaluación y manejo (E&M) - actualización18

Servicios quiroprácticos

Recursos educativos para asistir a los quiroprácticos con la facturación de Medicare.....19

Laboratorio clínico

CMS publica últimas pruebas exentas aprobadas por la FDA20

Apelaciones

Cartas de decisión de redeterminación totalmente favorable descontinuadas20

NCCI

Actualización trimestral de julio para corregir ediciones de iniciativas de codificación.....21

Determinaciones locales de cobertura de Parte B22

LCD retirada

Interferon -- LCD retirada de la Parte B.....23

Revisiones a las LCD existentes

Biometría de coherencia óptica -- revisión a la LCD de la Parte B “guía de codificación” anexo23

B-Scan -- revisión a la LCD de Parte B.....23

Mamografía de detección y diagnóstico -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B24

Terapia de viscosuplementación de rodilla -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B24

Múltiples determinaciones locales de cobertura (LCDs) de la Parte A y B revisadas.....24

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A/B revisadas.....25

Estudios de susceptibilidad -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....25

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

Información de contacto Florida.....27

Información de contacto las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....28

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Maria Murdoch
Marielba Cancel
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.

Contactos

Horario de atención del Centro de Contacto del Proveedor (PCC) a partir del 13 de marzo

A partir del lunes 13 de marzo de 2017, las horas de disponibilidad para el PCC para los proveedores de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos están indicadas en este artículo. Las horas para llamar al PCC de First Coast son de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Hora Atlántica Estándar

(AST). Este cambio se debe al inicio del horario de verano (DST) en los Estados Unidos.

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

Tarifas

CMS publica el precio de venta promedio trimestral de julio de 2017 de Medicare Parte B de los archivos de precios de medicamentos

Número de *MLN Matters*®: MM10016

Número de petición de cambio relacionado: CR 10016

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de abril de 2017

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017

Número de transmisión de CR relacionado: R3746CP

Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicaron recientemente el precio de venta promedio trimestral (ASP) de Medicare Parte B de los archivos de precios de medicamentos junto con las revisiones de los archivos de precios trimestrales previamente publicados.

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago de reclamaciones por medicamentos pagados por separado de Medicare Parte B procesados o reprocesados en o después del 3 de julio de 2017 con fechas de servicio del 1 de julio de 2017 al 30 de septiembre de 2017.

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/MM10016.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)



10016, 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/R3746CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3746, CR 10016

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.

MSI

Aviso de recordatorio del Indicador de Satisfacción MSI: Todavía hay tiempo para evaluar nuestros servicios

Todavía hay tiempo para compartir sus experiencias acerca de los servicios que proveemos. Por favor complete la encuesta del Indicador de Satisfacción de MAC (MSI). Los resultados de esta encuesta nos ayudarán a encontrar mejores maneras de servirle.

https://cfigroup.qualtrics.com/jfe/form/SV_3WeVjGWpc5NQXOJ?MAC_BRNC=9&MAC=JN-First Coast

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

EDI

Affordable Care Act – Reglamentos de Operación – Requerimientos para el Cumplimiento de Fase II y Fase III para Procesamiento de Grupos

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

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) está en proceso de implementar los reglamentos de operación adoptados bajo la Sección 1104 del Affordable Care Act (ACA). El Secretario del Department of Health and Human Services (HHS) nombró al Council for Affordable Quality Healthcare (CAQH) Committee on Operating Rules for Information Exchange (CORE) como el autor de los reglamentos operativos de las fases I, II y III. Los reglamentos de operación tienen por objeto proporcionar una dirección y aclaración adicionales a la norma de intercambio electrónico de datos (EDI) adoptada bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) de 1996.

CMS está actualmente en el proceso de implementar los requerimientos de grupo para los reglamentos de fase II para la consulta de estado de reclamación y respuesta, y los asesoramientos de pago de reclamación de atención médica.

Las transacciones de HIPAA son referidas de la siguiente manera:

- 276: ASC X12 health care claim status request (solicitud de estado de reclamación de atención médica)
- 277: ASC X12 health care information status notification (notificación de estado de información de atención médica)
- 835: ASC X12 health care claim payment/ advice (reclamación de pago/asesoramiento de atención médica)

La petición de cambio (CR) 9358 requiere que los MAC implementen una solución para cumplir con este

reglamento incluido el uso de certificados de cliente X.509 sobre el Secure Socket Layer (SSL) a partir del 1 de abril de 2017. La solución debe ser capaz de recibir y publicar el grupo 276/277 y 835 las transacciones de asesoramiento de pago de reclamación utilizando el internet público. Para poder realizar estas transacciones, los socios comerciales deben cumplir con los reglamentos de HTTPS CAQH CORE. Haga [clic aquí](#) (en inglés) para obtener información acerca del reglamento de conectividad 270 versión 2.2.0 de CAQH CORE. Para información adicional acerca de los reglamentos de CAQH CORE haga [clic aquí](#) (en inglés).

First Coast Service Options Inc. (First Coast) realizará actualizaciones de sus procedimientos de inscripción a EDI, formularios y sistema de gestión de socios comerciales para la conectividad utilizando los requerimientos de HTTPS CAQH CORE.

Tenga en cuenta que la inscripción para estas dos transacciones es opcional y debe estar en el nivel de socio comercial. Los proveedores pueden seguir utilizando su método actual de transmisión para estas y cualquier otra transacción de EDI.

Información adicional

El enlace (en inglés) al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MLN9358.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9358, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios

de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1716OTN.pdf>.

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

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



Inscripción de proveedores

Revalidación de la inscripción del proveedor – ciclo 2

Número de *MLN Matters*®: SE1605 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo está destinado a todos los proveedores y suplidores que están inscritos en Medicare y necesitan hacer la revalidación. Fue revisado el 10 de abril de 2017 para corregir la tabla en la página 6. La última fila debería haber indicado la fecha como “29 de noviembre - 14 de diciembre de 2017”. La otra información no ha cambiado.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) completaron su ronda inicial de revalidaciones y resumirán los ciclos regulares de revalidación. En un esfuerzo por simplificar el proceso de revalidación y reducir la carga de proveedor/suplidor, CMS ha implementado varias mejoras del proceso de revalidación que son capturados en este artículo de edición especial.

CMS-588 revisado: Acuerdo de autorización de transferencia electrónica de fondos

Los Proveedores y suplidores deben utilizar el acuerdo revisado de autorización de transferencia electrónica de fondos CMS-588 (electronic funds transfer authorization agreement) comenzando el 1 de enero de 2018. El formulario revisado será publicado en la lista de formularios de CMS (<https://go.usa.gov/xX3Sa> en inglés) a principios de verano. Los contratistas administrativos de Medicare aceptarán ambas versiones la actual y la revisada del CMS-588 hasta el 31 de diciembre de 2017. Visite la página web de inscripción de proveedor-suplidor de Medicare (<https://go.usa.gov/xXCWk> en inglés) para más información acerca de inscripciones de Medicare y los requisitos para transferencia electrónica de fondos (EFT).

Nota especial: El esfuerzo revalidación de inscripción del proveedor de Medicare no cambia otros aspectos del proceso de inscripción. Los suplidores/proveedores deben seguir presentando cambios como siempre han hecho. Si usted también recibe una solicitud de revalidación del contratista, debe responder por separado a esa petición.

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/SE1605.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1605

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.

Los cambios al formulario incluyen:

- Nuevo indicador muestra si la EFT es para un individuo o para un grupo/organización/corporación en las partes 1 y 2 (motivo de presentación e información del titular de la cuenta)
- Ahora es opcional enumerar las personas de contacto de la institución financiera
- Cuatro dígitos añadidos al “Número de Cuenta de Procedimiento de Pago Indirecto del Proveedor/Suplidor/Entidad con la Institución Financiera” haciéndolo consistente con el estándar de la industria.

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

Facturación

Próxima generación de la ACO – implementación de AIPBP

Número de *MLN Matters*®: SE17011
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de abril de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Este artículo de edición especial recuerda a los proveedores acerca de la implementación del mecanismo de pago de pago todo incluido basado en la población

(AIPBP) para la organización de cuidado responsable (ACOs) participante.

El modelo de la próxima generación de la organización de cuidado responsable (NGACO) ofrece a las ACOs la opción de participar en un mecanismo de pago llamado AIPBP. El objetivo del AIPBP es establecer un flujo de efectivo mensual para las ACOs que participan en AIPBP y un mecanismo para que las ACO establezcan acuerdos de pago con los participantes de la próxima generación y los proveedores preferidos.

Ver **ACO**, en la página 6

ACO

De la página 5

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17011.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE17011

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.

Cobertura

Cambios en el software de edición de la determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorio para julio de 2017

Número de *MLN Matters*[®]: MM10036

Número de petición de cambio relacionado: CR10036

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de marzo de 2017

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3738CP

Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

cubiertos por Medicare para la NCD del panel de hepatitis/panel de hepatitis aguda (190.33).

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/MM10036.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10036, 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/R3738CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3738, CR 10036

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

Resumen

La petición de cambio (CR) 10036 comunica los requisitos a los administradores de sistema compartidos (SSMs) y a los contratistas notificándoles de los cambios en el módulo de edición del laboratorio para actualizarlos en el caso de cambios en las listas de códigos de NCD de laboratorio para julio de 2017. Estos cambios se hacen efectivos para servicios prestados en o después del 1 de octubre de 2016, y son los siguientes:

- Se agregará el código R73.03 de ICD-10-CM a la lista de los códigos de ICD-10-CM que están cubiertos por Medicare para la NCD de hemoglobina glicada/proteína glicada (190.21).
- El código R73.03 de ICD-10-CM será removido de la lista de códigos de ICD-10-CM que están

Modificador JW – medicamentos desechados de viales o paquetes de un solo uso

A partir del 1 de enero de 2017, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ya no permiten la discreción del contratista con el uso de modificadores JW (medicamentos o productos biológicos desechados de viales de un solo uso o paquetes de un solo uso). La cobertura de medicamentos y productos biológicos de la Parte B desechados se aplica sólo a viales de un solo uso. Los viales de uso múltiple no están sujetos al pago por cantidades descartadas.

- Todos los proveedores deben documentar el desperdicio de medicamentos o biológicos no utilizado en el historial médico del paciente.
- Las reclamaciones que contengan desperdicio de medicamentos deben ser facturadas utilizando dos líneas separadas:
 - Una línea representa la porción/dosis administrada al paciente
 - La segunda línea (facturada con el

modificador JW) representa la porción descartada.

El modificador JW no está permitido cuando la dosis real del medicamento o biológico administrado es menor que la unidad de facturación. Por ejemplo: si se administraron 7 mg de un vial de un solo uso de 10 mg y los 10 mg representan una unidad, las cantidades administradas y descartadas no se pueden dividir para fines de facturación.

CMS anima a los médicos a programar a los pacientes a manera que puedan utilizar los medicamentos y los productos biológicos más eficientemente. Sin embargo, si un médico debe descartar el resto de un vial u otro paquete de un solo uso después de administrarlo a un paciente de Medicare, el programa cubre la cantidad de medicamento descartado junto con la cantidad administrada, hasta la cantidad del medicamento o biológico como se indica en la etiqueta del vial o paquete.

Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Mayo de 2017

Servicios de psicoterapia (B)

Cuando: 4 de mayo de 2017

Hora: 2:00-3:30 PM ET

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0370040.asp>

Medicare Speaks 2017 Miami

Cuando: 17-18 de mayo de 2017

Hora: 7:30 AM-4:15 PM ET

Tipo: *Cara a cara*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0371648.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio web <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 23 de marzo de 2017

MLN Connects® para el 23 de marzo de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Cuidado Conectado: Nueva Iniciativa Educativa para Concientizar acerca del Manejo del Cuidado Crónico
- Programa de Pago de Calidad: Materiales Nuevos
- Actualización Trimestral de Comparación de IRF y LTCH

Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS de Servicios Preventivos

Próximos eventos

- Convocatoria a Ley IMPACT: Actividades de Datos de Evaluación de Pacientes Estandarizadas — 29 de marzo
- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos

de Medicare ACO: Preparándose para Aplicar para el Programa del Año 2018 — 6 de abril

- Convocatoria a Pagos Abiertos: Prepárese para Revisar los Datos Reportados — 13 de abril
- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare ACO: Completando el proceso de aplicación para el año 2018 — 19 de abril

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters® de Revalidación de Inscripción del Proveedor: Ciclo 2 — revisado
- Herramienta Educativa de Evaluación de PPS de SNF Requerida por Medicare — revisado
- Folleto de Artículos y Servicios No Cubiertos bajo Medicare — revisado

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

MLN Connects® para el 30 de marzo de 2017

MLN Connects® para el 30 de marzo de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Convocatoria Anual de MIPS para Medidas y Actividades hasta el 30 de junio
- Protocolo Voluntario de Publicación de Auto-Referencia de CMS: Nuevo Formulario

Cumplimiento del proveedor

- Facturación para trasplantes de células madre

Próximos eventos

- Sesión de Escucha del Desarrollo de Medidas de Costo de MIPS — 5 de abril
- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare ACO: Preparándose para Aplicar para el Programa del Año 2018 — 6 de abril
- Convocatoria a Pagos Abiertos: Prepárese para Revisar los Datos Reportados — 13 de abril
- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare ACO: Completando el proceso de aplicación para el año 2018 — 19 de abril
- Convocatoria a Cirugía Global: Datos Requeridos para el Cuidado Postoperatorio — 25 de abril
- Convocatoria a Capacitación de Reglamento Final de Requerimientos de Preparación para Emergencias — 27 de abril

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Folleto acerca de NPI: Lo Que Usted Necesita Saber — nuevo
- Convocatoria a IRF-PAI: Presentación de Video — nuevo
- Convocatoria al QIP de ESRD: Seguimiento a Preguntas y Respuestas — nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Facturación Consolidada de SNF — revisado
- Hoja Informativa acerca de Recursos y Preguntas Frecuentes de Remesas de Pago — revisado
- Folleto acerca de Leer una Remesa de Pago Profesional — revisado
- Folleto de Beneficios de Salud en el Hogar de Medicare — revisado
- Folleto acerca de las Preguntas Frecuentes del MLN Learning Management System — revisado
- Folleto acerca de Inscripción de Medicare de Médicos y Otros Suplidores de la Parte B — recordatorio
- Folleto acerca de Inscripción de Medicare para Proveedores Institucionales — recordatorio
- Folleto acerca de Salvaguardar su Identidad y Privacidad utilizando PECOS — 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 de CMS – Edición Especial

Miércoles 5 de abril de 2017

Pausa de demostración de revisión antes de la reclamación para servicios de salud en el hogar

A partir del 1 de abril de 2017, la demostración de revisión antes de la reclamación para servicios de salud en el hogar ha sido pausada en Illinois y no se expandió a Florida. Procesaremos las reclamaciones bajo reglamentos de procesamiento normales. Los

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid notificarán a los proveedores por lo menos 30 días antes de más desarrollos relacionados con la demostración. Para más información, vea la página web de [demostración de revisión antes de la reclamación](#) (en inglés) y [las preguntas frecuentes](#) (en inglés).

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

MLN Connects® para el 6 de abril de 2017

[MLN Connects® para el 6 de abril de 2017](#)

[Vea esta edición como un PDF](#)

Noticia y anuncios

- Reporte de Datos de Laboratorio Clínico: Discreción en la Aplicación
- Programa de Pagos Abiertos del Año 2016 y el Período de Disputa Finalizan el 15 de Mayo
- Reporte de Interfaz Web del Grupo del MIPS y CAHPS: Período de Registro Abierto Hasta el 30 de Junio
- Revisión y Reporte Correcto del Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar y LTCH Disponible
- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare de 2018: Aviso de Intención de Aplicar Documento de Orientación Disponible
- Actualización Trimestral del Proveedor de Abril Disponible
- Ayude a Prevenir el Mal Uso o Abuso de Alcohol

Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS de Fusión Espinal Lumbar

Reclamaciones, precios y códigos

- Pausa de Demostración de Revisión Antes de la Reclamación para Servicios de Salud en el Hogar

Próximos eventos

- Convocatoria a Pagos Abiertos: Prepárese para

Revisar los Datos Reportados — 13 de abril

- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare ACO: Completando el proceso de aplicación para el año 2018 — 19 de abril
- Convocatoria a Cirugía Global: Datos Requeridos para el Cuidado Postoperatorio — 25 de abril
- Convocatoria a Capacitación de Reglamento Final de Requerimientos de Preparación para Emergencias — 27 de abril
- Webinar acerca del Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Seminario Reporte Público — 27 de abril

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Denegación de los Pagos de Salud en el Hogar Cuando No se Reciba la Evaluación del Paciente: Información Adicional artículo de MLN Matters® — nuevo
- Convocatoria a Compra Basada en el Valor de SNF: Grabación de Audio y Transcripción — nuevo
- Convocatoria a Cuidado de la Demencia: Grabación de Audio y Transcripción — nuevo
- Folleto acerca de Leer una RA Institucional — revisado
- Folleto acerca de PECOS para Médicos y Profesionales 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).

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® para el 13 de abril de 2017

MLN Connects® para el 13 de abril de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Modelo de Comunidades de Salud Medibles: CMS Selecciona 32 Participantes
- Herramienta de Mapeo de Disparidades de Medicare: Identificar Disparidades en Enfermedades Crónicas
- ¿Preguntas acerca de la Revalidación de Inscripción de Medicare?
- Simplificación Administrativa: Nueva Hoja Informativa e Infografía
- El Día Nacional de las Decisiones de Salud es el 16 de abril

Cumplimiento del proveedor

- Facturación de Transportación por Ambulancia

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivo de precio del Sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de abril 2017

Próximos eventos

- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare ACO: Completando el proceso de aplicación para el año 2018 — 19 de abril
- Convocatoria a Cirugía Global: Datos Requeridos para el Cuidado Postoperatorio — 25 de abril
- Convocatoria a Capacitación de Reglamento Final de

Requerimientos de Preparación para Emergencias — 27 de abril

- Webcast de Capacitación al Proveedor de Revisión y Corrección de Reportes de QRP para IRF, LTCH y SNF — 2 de mayo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Catálogo de Abril de 2017 Disponible
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Programa de Pago de Calidad en el 2017: Escoja Su Ritmo – Nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web de Validación de Datos y Requerimientos de Reportes de Medicare 2017 Parte C y Parte D — Nuevo
- Boletín de Trimestral de Cumplimiento de Proveedores de Medicare [Volumen 7, Número 3] Herramienta Educativa — Nuevo
- Convocatoria a Ley IMPACT: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Recursos Educativos para Asistir Quiroprácticos con Facturación de Medicare, Artículo de MLN Matters® — Revisado
- Folleto de Sistema de Pago Prospectivo para los Servicios de Salud en el Hogar — Revisado

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 de CMS – Edición Especial

Viernes 14 de abril de 2017

CMS propone actualizaciones de pagos y políticas para el año 2018 para las admisiones hospitalarias de Medicare, publica una solicitud de información

El reglamento propuesto busca transparencia, flexibilidad, simplificación de programas e innovación para transformar el programa de Medicare.

El 14 de abril, CMS emitió un [reglamento propuesto](#) (en inglés) que actualizaría el pago y las políticas de Medicare de 2018 cuando los pacientes son admitidos en hospitales. El reglamento propuesto tiene por objeto aliviar las cargas reglamentarias de los proveedores; apoya la relación médico-paciente en el cuidado de la salud; y promueve la transparencia, la flexibilidad y la innovación en la prestación de atención.

“A través de este reglamento propuesto queremos reducir las cargas de los hospitales para que puedan centrarse en proporcionar atención de alta calidad para los pacientes”, dijo la Administradora de CMS Seema Verma. “Medicare es más capaz de apoyar el trabajo de los hospitales

dedicados y los médicos que prestan la atención que la gente necesita con estos enfoques más flexibles y simplificados.”

CMS se compromete a transformar el sistema de cuidado de la salud - y el programa de Medicare - poniendo un fuerte énfasis en el cuidado centrado en el paciente, para que los proveedores puedan dirigir su tiempo y recursos a los pacientes y mejorar los resultados. Además de las propuestas de pago y políticas, CMS está publicando una Solicitud de Información para solicitar ideas de cambios regulatorios, normativos, prácticos y de procedimiento para lograr mejor transparencia, flexibilidad, simplificación e innovación del programa. Esto informará la discusión acerca de futura acción regulatoria relacionada con los hospitales y hospitales de cuidado prolongado.

Al aliviar los proveedores de cargas administrativas y alentar la elección de los pacientes, CMS propone:

- una moratoria reglamentaria de un año sobre el umbral de la política de pago para admisiones de pacientes en hospitales de cuidado prolongado,

Ver **MLN**, en la página 11

MLN Connects® para el 20 de abril de 2017

MLN Connects® para el 20 de abril de 2017

Veá en esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare de 2018: Presentar Notificación de Intención de Aplicación del 1 al 31 de mayo
- Datos de QRP para IRF / LTCH / SNF se deben entregar el 15 de mayo
- Demostración del Hospital Comunitario Rural: Enviar solicitudes antes del 17 de mayo
- Nuevos Recursos del Programa de Pago de Calidad Disponibles
- CMS-588 revisado: Acuerdo de autorización de transferencia electrónica de fondos
- Guía de Referencia Rápida del QRP para SNF Ahora Disponible
- Iniciativa de Notificación de Beneficiarios: Nueva Dirección de Correo Electrónico para Preguntas
- Abril es el Mes Nacional de Salud de Minorías

Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS de Psiquiatría y Psicoterapia

MLN

De la página 10

mientras que CMS continúa evaluando las políticas hospitalarias de cuidado prolongado

- reducir los requerimientos de información acerca de los reportes de medidas de calidad clínica de los hospitales que han implementado registros de salud electrónicos

Debido a la combinación de los aumentos propuestos de tarifa de pago y de otras políticas propuestas y ajustes de pago, CMS proyecta que los hospitales verían un aumento total en los pagos prospectivos operativos del paciente interno del 2.9 por ciento en el año fiscal 2018. CMS

Próximos eventos

- Convocatoria a Cirugía Global: Datos Requeridos para el Cuidado Postoperatorio — 25 de abril
- Convocatoria a Capacitación de Reglamento Final de Requerimientos de Preparación para Emergencias — 27 de abril
- Webcast de Capacitación al Proveedor de Revisión y Corrección de Reportes de QRP para IRF, LTCH y SNF – 2 de mayo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare: Grabación de audio y transcripción — nuevo
- Hoja Informativa de los Productos de Cumplimiento del Proveedor — revisado
- Hoja Informativa acerca de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Ortesis Espinal — revisado
- Folleto de Referencia de Facturación de SNF — revisado

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

también proyecta que, el reglamento propuesto, los pagos a los hospitales de cuidado prolongado disminuirían en aproximadamente 3,75 por ciento en el año fiscal 2018.

Para más información vaya a:

- Texto completo de este extracto del [comunicado de prensa de CMS](#) (en inglés) (emitido el 14 de abril)
- [Hoja informativa de CMS](#) (en inglés)

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

Encuentre rápido sus favoritos  utilice Enlaces Populares

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con un solo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita – utilice Enlaces Populares.

Facturación

Facturación por reclamaciones de planificación de atención anticipada (ACP)

Número de *MLN Matters*[®]: MM10000
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10000
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de mayo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3739CP
 Fecha de implementación: 19 de junio de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ha hecho que el código Procedural Terminology (CPT[®]) 99497 para ACP se pague por separado para las reclamaciones del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de Medicare cuando el servicio cumpla con los criterios de pago por separado bajo el OPPS. El cambio en la política será implementado a través de la actualización anual de la base de datos de tarifas fijas de los médicos de Medicare (MPFSDB).

A partir del año calendario (CY) 2016, el código CPT[®] 99497 utilizado para describir ACP se agrupa condicionalmente bajo el OPPS cuando no forma parte de la AWW y, en consecuencia, se asigna a un indicador de estado de pago agrupado condicionalmente de "Q1."

Cuando este servicio se presta con otro servicio pagado bajo el OPPS, el pago se agrupa.

Cuando es el único servicio prestado, el pago se realiza por separado. El código CPT[®] 99498 está agrupado incondicionalmente (indicador de estado asignado "N")

cuando no forma parte de la AWW.

A partir del año calendario 2016, los códigos CPT[®] 99497 y 99498 utilizados para describir la ACP serán pagados por separado bajo el MPFS para las reclamaciones del OPPS cuando se facturan como parte de la AWW en la misma fecha de servicio por el mismo proveedor.

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/MM10000.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10000, 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/R3739CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3739, CR 10000

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

Actualización a edición de sangre de CWF en reclamaciones de pacientes hospitalizados afiliados a Medicare Advantage para pago de educación médica indirecta (IME)

Número de *MLN Matters*[®]: MM10012
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10012
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de abril de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1819OTN
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

La petición de cambio de (CR) 10012 le informa a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) acerca de los cambios al archivo común de trabajo (CWF) para evitar la edición de servicios de sangre en reclamaciones presentadas por hospitales de enseñanza aprobados para los afiliados de Medicare Advantage (MA) para el pago de educación médica indirecta (IME) (tipo de factura (TOB) 11x, indicador Y del sistema de pago prospectivo (PPS), código de condición 04 y código de condición 69.) La CR 10012 no incluye política nueva.

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/MM10012.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10012, 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/R1819OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1819, CR 10012

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

Laboratorio clínico

Implementación de la reestructuración de las tarifas fijas para laboratorio clínico del FISS

Número de *MLN Matters*[®]: MM9837 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: CR 9837
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3740CP
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

La petición de cambio (CR) 9837 ordena al sistema compartido de intermediación fiscal (FISS) que incorpore el programa revisado de tarifas fijas para laboratorio clínico (CLFS) que contiene los precios de las tarifas fijas nacionales. El artículo MM9837 de *MLN Matters*[®] fue revisado el 23 de marzo de 2017, para reflejar la CR9837 revisada emitida ese día. En el artículo se revisan la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR9837. Toda la otra información sigue siendo la misma.

Resumen

La petición de cambio (CR) 9837 ordena al sistema compartido de intermediación fiscal (FISS) que incorpore el programa revisado de tarifas fijas para laboratorio clínico (CLFS) que contiene los precios de las tarifas fijas nacionales.

La reglamentación final de la CLFS se publicó el 23 de junio de 2016 y cambia la forma en que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid establecen las tasas de pago de Medicare para las pruebas de laboratorio que se pagan según la CLFS.

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/MM9837.pdf>.



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9837, 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/R3740CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3740, CR 9837

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.

Problemas de procesamiento

Problemas de procesamiento de la Parte A con las vacunas contra el neumococo y la influenza

Problema

First Coast ha tomado conciencia de los problemas de procesamiento de las vacunas contra el neumococo y la influenza, en donde en algunos casos el precio de la vacuna no está siendo aplicado, y en otros casos, el precio de la vacuna está siendo aplicado; sin embargo, el coseguro se está aplicando por error.

Resolución

Este problema ha sido resuelto; las reclamaciones afectadas están en proceso de ser ajustadas en masa. Se prevee que los ajustes se completarán antes del 31 de

marzo de 2017.

Estado/fecha de resolución

Cerrado el 28 de febrero de 2017

Acción del proveedor

Ninguna

Problemas actuales de procesamiento

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

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**.

Revisión a las LCD existentes

Mamografía de detección y diagnóstico -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L36342 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la petición de cambio (CR) 9861 (ICD-10 Codificación de revisiones a la determinación nacional de cobertura [NCD]), la LCD fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico N61.0 y N61.1 de ICD-10-CM para Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) códigos G0204, G0206 y G0279. Aunque los códigos 77055 y 77056 de Current Procedural Terminology (CPT®) fueron eliminados a partir del 1 de enero de 2017, ya que la adición de los códigos de diagnóstico N61.0 y N61.1 está siendo retrasada al 1 de octubre de 2016; Estos diagnósticos también son aplicables a los códigos CPT® 77055 y 77056 para servicios prestados del 1 de octubre de 2016 al 31 de diciembre de 2016.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 3 de abril de 2017**, para servicios prestados en o después del **1 de octubre de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A/B revisadas

LCD ID número: L33670 and L34017 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) fueron revisadas para incluir el código de diagnóstico ICD-10-CM T85.22XA-T85.22XS en las secciones "ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD L34017 para los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 92225, 92226 y LCD L33670 para el código CPT® 92250. Además, se actualizó el adjunto de la LCD "Guía de Codificación" para la oftalmoscopia (LCD L34017) para eliminar la declaración indicando que los códigos CPT® 92225 y 92226 no deberían reportarse con el modificador 50.

- Fotografía del fondo del ojo
- oftalmoscopia.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD relacionada con los códigos CPT 92225, 92226 y 92250 es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 23 de marzo de 2017** por servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**.

La revisión del adjunto "Guía de codificación" es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 23 de marzo de 2017**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare <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 LCDs vigentes, futuras y retiradas [haga clic aquí](#).

Terapia de viscosuplementación de rodilla -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación de rodilla se revisó con base en la Petición de Cambio 10005 (Actualización de abril de 2017 del Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios [OPPS]). La LCD fue revisada para agregar el código HCPCS J7328 en las secciones "Códigos CPT® / HCPCS" y "Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para la Parte A.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2017**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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.

Múltiples determinaciones locales de cobertura (LCDs) de la Parte A/B revisadas

LCD ID número: L33282 and L36209 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) fueron revisadas para incluir el código de diagnóstico ICD-10-CM Z01.810 en las secciones "ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD L33282 para códigos CPT® 75571, 75572, 75573, 75574 y LCD L36209 para códigos CPT® 78451, 78452, 78453 y 78454.

- angiografía tomográfica computarizada del tórax, del corazón y de las arterias coronarias
- cardiología -- pruebas ambulatorias no emergentes: prueba de esfuerzo, eco de estrés, espectro mpi y pet cardiaco

Fecha de vigencia

Estas revisiones de LCDs son efectivas para reclamaciones procesadas **en o después del 23 de marzo de 2017**, para servicios prestados en o después del **1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Estudios de susceptibilidad -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33755 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de susceptibilidad fue revisada para incluir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM Z16.10, Z16.11, Z16.12 y Z16.19 en la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para los códigos CPT® 87181, 87184, 87185, 87186, 87187, 87188 y 87190. Además, se agregó el lenguaje de aclaración que hace referencia al "Manual de Políticas de Codificación de la Determinación Nacional de Cobertura (NCD) de CMS, sección 190.12 - Cultivo de Orina, Bacteriana" en la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 5 de abril de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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



Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

877-660-1759 (TTY-FL/USVI)

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica de 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 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 próstéticos,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/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)

Revisión médica

Prepago del código 99285 de evaluación y manejo (E&M) - actualización

El análisis de los datos relativos a los servicios de evaluación y manejo de los servicios de emergencia indica una tasa de error elevada del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT). El código 99285 de Current Procedural Terminology (CPT®) ha sido sobre utilizado en comparación con otros códigos de servicio de emergencia de E&M. Los errores identificados incluyen el uso inapropiado de los códigos de E&M CPT® del departamento de emergencias de alto nivel que se codificaron con un nivel inferior de cuidado y la documentación insuficiente para respaldar el código 99285, que se define en el manual CPT® como sigue:

Visitas al servicio de emergencias para la evaluación y manejo de un paciente, que requiere estos tres componentes clave dentro de las limitaciones impuestas por la urgencia del estado clínico y/o mental del paciente:

- Una historia completa;
- Un examen completo; y
- Toma de decisiones médicas de alta complejidad.

El asesoramiento y/o la coordinación del cuidado con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se proporcionan consistentes con la naturaleza del problema y las necesidades del paciente y/o de la familia. Por lo general, el (los) problema (s) de presentación son de alta severidad y representan una amenaza significativa inmediata para la vida o la función fisiológica.

Como se describe en el Manual de Procesamiento de Reclamos de Medicare (Medicare Claims Processing Manual) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) Capítulo 12 - Médicos/Profesionales de la Salud, sección 30.6.11 - Visitas al Departamento de Emergencias (Códigos 99281 - 99288).

Uso de los Códigos de Emergencia por Médicos no Asignados al Servicio de Emergencia

Cualquier médico que visite a un paciente registrado en el departamento de emergencias puede utilizar los códigos de visita del departamento de emergencias (para servicios que coincidan con la descripción del código). No se requiere que el médico sea asignado al departamento de emergencias.

Uso de los Códigos del Departamento de Emergencias en la Oficina

La codificación del departamento de emergencias no es apropiada si el lugar de servicio es una oficina o un establecimiento ambulatorio o cualquier vista de servicio que no sea un departamento de emergencias. Los códigos del departamento de emergencias solo deben utilizarse si el paciente es visto en el departamento de emergencias y los servicios descritos por la definición del código HCPCS son proporcionados. El servicio de urgencias se define

como una instalación organizada en el hospital para la prestación de servicios no programados o episódicos a los pacientes que presentan atención médica inmediata.

Uso de los Códigos del Departamento de Emergencias para Facturar Servicios No Emergentes

Los servicios en el departamento de emergencias pueden no ser emergencias. Sin embargo, los códigos (99281 - 99288) son pagaderos si se proporcionan los servicios descritos.

Sin embargo, si el médico le pide al paciente que se reúna con él o ella en el departamento de emergencias como una alternativa a la oficina del médico y el paciente no está registrado como paciente en el departamento de emergencias, el médico debe facturar los códigos de la oficina/consulta externa. Normalmente, un código de departamento de emergencias de nivel inferior sería reportado para una condición no emergente.

Visitas al Departamento de Emergencias o a la Oficina/ Pacientes Ambulatorios el mismo día que la Admisión al Centro de Enfermería

La visita al departamento de emergencias proporcionada el mismo día en que no se pague una evaluación completa del centro de enfermería. Los pagos por servicios de evaluación y manejo en la misma fecha que se proporcionan en lugares distintos del centro de enfermería están incluidos en el pago por la atención inicial del centro de enfermería cuando se realizan en la misma fecha que el ingreso al centro de enfermería.

Facturación del Médico por los Servicios del Departamento de Emergencias Proporcionados al Paciente por el Médico Personal del Paciente y el Médico del Departamento de Emergencias

Si un médico aconseja a su propio paciente que acuda a un departamento de emergencias (ED) de un hospital para recibir atención y seguidamente el médico del departamento de emergencias le pide al médico que vaya al hospital para evaluar al paciente y aconsejar al médico del ED si el paciente debe ser admitido en el hospital o ser enviado a casa, los médicos deben facturar de la siguiente manera:

- Si el paciente es admitido en el hospital por el médico personal del paciente, entonces el médico regular del paciente debe facturar sólo el nivel apropiado de la atención hospitalaria inicial (códigos 99221 - 99223) porque todos los servicios de evaluación y manejo proporcionados por ese médico junto con que la admisión se considera parte de la atención hospitalaria inicial cuando se realiza en la misma fecha que la admisión. El médico del ED que vio al paciente en el departamento de emergencias debe facturar el nivel apropiado de los códigos del ED.

Ver **PREPAGO**, en la página 19

PREPAGO

De la página 18

- Si el médico del departamento de emergencias, basado en el consejo del médico personal del paciente que llegó al departamento de emergencias para ver al paciente, envía al paciente a casa, entonces el médico del ED debe facturar el nivel apropiado de servicio del departamento de emergencias. El médico personal del paciente también debe facturar el nivel del código del departamento de emergencias que describe el servicio que él o ella proporcionó en el departamento de emergencias. Si el médico personal del paciente no acude al hospital para ver al paciente, pero sólo aconseja al médico del departamento de emergencias por teléfono, el médico personal del paciente no puede facturar.

El Médico del Departamento de Emergencias Solicita a otro Médico que Vea al Paciente en el Departamento de Emergencias o en la Oficina/Centro de Atención Ambulatoria

Si el médico del departamento de emergencias solicita que otro médico evalúe a un paciente determinado, el otro médico debe facturar un código de visita del departamento de emergencias. Si el paciente es admitido en el hospital

por el segundo médico que realiza la evaluación, él o ella deben facturar un código de atención hospitalaria inicial y no un código de visita del departamento de emergencias.

First Coast Service Options (First Coast) y CMS ofrecen múltiples recursos que abordan las pautas de documentación para los niveles de servicio de E/M en:

- La [página de servicios de Evaluación y Manejo \(E/M\)](#) de First Coast, ofrece enlaces a herramientas, acceso a la hoja de cálculo interactiva de E/M, preguntas frecuentes, aprendizaje en línea y recursos adicionales.
- Las [directrices del manual electrónico \(IOM\)](#) de CMS (en inglés) abordan múltiples tipos y escenarios relacionados con los servicios de E/M.

Respuesta de First Coast

En respuesta a errores continuos de CERT y al riesgo de pagos incorrectos, First Coast implementará una auditoría de umbral de prepago para las reclamaciones de código CPT® 99285 presentadas a partir del **7 de marzo de 2017**, que se aplicarán a todos los proveedores dentro de la jurisdicción de First Coast en Florida.

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

Servicios quiroprácticos

Recursos educativos para asistir a los quiroprácticos con la facturación de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1603 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) actualizaron sus recursos educacionales para quiroprácticos el 21 de junio de 2016, para añadir una referencia para un video educacional 'Improving the Documentation of Chiropractic Services' ('Mejorar la Documentación de los Servicios Quiroprácticos'). El video provee una presentación completa acerca de necesidad médica y documentación apropiada. Este artículo fue revisado el 7 de abril de 2017 para corregir una declaración bajo la "Sección de Cobertura, Documentación y Facturación" en la página 2, sin embargo, el tratamiento quiropráctico no está incluido en esa sección. Toda la demás información no ha cambiado.

Resumen

El programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) ha informado anteriormente una tasa de error tan alta como 54 por ciento para los servicios quiroprácticos. La mayoría de tales errores fueron debido a documentación insuficiente u otros errores de documentación.

Este artículo proporciona una lista detallada de los recursos educativos/informativos relacionados a lo siguiente que puede ayudar a los quiroprácticos a evitar estos errores:

- Información de inscripción
- Cobertura, documentación y facturación
- Información de notificación anticipada al beneficiario (ABN)
- [Improving the documentation of chiropractic services video](#) (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/se1603.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1603

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

Laboratorio clínico

CMS publica últimas pruebas exentas aprobadas por la FDA

Número de *MLN Matters*®: MM9956 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9956
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de marzo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3741CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Este artículo fue revisado el 3 de abril de 2017 para reflejar la CR9956 revisada emitida el 30 de marzo de 2017. En el artículo, se revisan la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR9956. Toda la demás información permanece igual. La CR fue revisada para corregir el código CPT de prueba de medicamentos de 80305 a 80305QW en el anexo a la CR9956.



modificador QW para ser reconocidos como una prueba exenta. CMS cambia los códigos CPT® cubiertos bajo CLIA (y por lo tanto requiere certificación) cada año.

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/MLN9956.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9956, 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/R3741CP.pdf>.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente las listas de los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) que están sujetos a las instrucciones de facturación asociadas con las pruebas exentas de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA) de 1988.

Los códigos CPT® añadidos a la lista deben tener el

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3741, 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.

Apelaciones

Cartas de decisión de redeterminación totalmente favorable descontinuadas

A partir del 1 de marzo de 2017, First Coast Service Options Inc. (First Coast) ya no emite cartas de decisión de redeterminación completamente favorable de la Parte B. Los proveedores continuarán recibiendo una remesa de pago revisada que reflejará los cambios realizados

como resultado de la solicitud de redeterminación que fue presentada.

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

NCCI

Actualización trimestral de julio para corregir ediciones de iniciativas de codificación

Número de *MLN Matters*®: MM10082
Número de petición de cambio relacionado: CR10082
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de abril de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3748CP
Fecha de implementación: 3 de julio 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 publicó recientemente las tablas de pares de códigos de julio de 2017 para que los proveedores las revisen 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 inadecuado 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, políticas y ediciones nacionales y locales, directrices de codificación desarrolladas por sociedades nacionales, análisis de la práctica médica y quirúrgica estándar y 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/MM10082.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10082, 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/R3748CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3748, CR 10082

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 marzo 2017.

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 <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 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 con el **modificador GA** o **GZ**.

LCD retirada

Interferon -- LCD retirada de la Parte B

LCD ID número: L33913 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) de interferon, se determinó que la LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

Es de destacar que los medicamentos aprobados para comercialización por la Food and Drug Administration (FDA) se consideran seguros y eficaces cuando se utilizan para las indicaciones especificadas en el etiquetado. La LCD (L33915) Cobertura de Medicamentos para Pacientes Ambulatorios y Productos Biológicos con Etiqueta o sin Etiqueta, describe los criterios generales de cobertura para los medicamentos aprobados para la comercialización por el uso de la etiqueta de la FDA, así como el uso sin la etiqueta en ausencia de una

Determinación Nacional de Cobertura (NCD) o una LCD de Contratista Administrativo de Medicare o un artículo publicado.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD es efectivo para reclamaciones procesadas **en o después del 31 de marzo de 2017**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Revisión a las LCD existentes

Biometría de coherencia óptica -- revisión a la LCD de la Parte B "guía de codificación" anexo

LCD ID número: L33927 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la petición de cambio (CR) 9977 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (Actualización trimestral de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud MPFSDB, actualización de abril del CY 2017), el anexo de la "guía de codificación" a la Determinación de Cobertura Local (LCD) para biometría de coherencia óptica fue revisado para reflejar que el indicador de cirugía bilateral cambió de "2" (el ajuste de pago de 150 por ciento para el procedimiento bilateral no aplica) a "3" (el ajuste de pago usual para procedimientos bilaterales no aplica).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 3 de abril de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de 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 determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

B-Scan -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33904 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para b-scan se revisó para incluir el rango de código de diagnóstico ICD-10-CM T85.22XA-T85.22XS bajo la sección "Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para los códigos CPT® 76510, 76512 y 76513.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 23 de marzo de 2017**,

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

Los artículos 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 determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Mamografía de detección y diagnóstico -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L36342 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la petición de cambio (CR) 9861 (ICD-10 Codificación de revisiones a la determinación nacional de cobertura [NCD]), la LCD fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico N61.0 y N61.1 de ICD-10-CM para Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) códigos G0204, G0206 y G0279. Aunque los códigos 77055 y 77056 de Current Procedural Terminology (CPT®) fueron eliminados a partir del 1 de enero de 2017, ya que la adición de los códigos de diagnóstico N61.0 y N61.1 está siendo retrasada al 1 de octubre de 2016; Estos diagnósticos también son aplicables a los códigos CPT® 77055 y 77056 para servicios prestados del 1 de octubre de 2016 al 31 de diciembre de 2016.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 3 de abril de 2017**, para servicios prestados en o después del **1 de octubre de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Terapia de viscosuplementación de rodilla -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación de rodilla se revisó con base en la Petición de Cambio 10005 (Actualización de abril de 2017 del Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios [OPPS]). La LCD fue revisada para agregar el código HCPCS J7328 en las secciones "Códigos CPT® / HCPCS" y "Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para la Parte A.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2017**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Múltiples determinaciones locales de cobertura (LCDs) de la Parte A/B revisadas

LCD ID número: L33282 and L36209 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) fueron revisadas para incluir el código de diagnóstico ICD-10-CM Z01.810 en las secciones "ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD L33282 para códigos CPT® 75571, 75572, 75573, 75574 y LCD L36209

para códigos CPT® 78451, 78452, 78453 y 78454.

- angiografía tomográfica computarizada del tórax, del corazón y de las arterias coronarias
- cardiología -- pruebas ambulatorias no emergentes: prueba de esfuerzo, eco de estrés, espectro mpi y pet cardiaco

Fecha de vigencia

Estas revisiones de LCDs son efectivas para

Ver **MÚLTIPLES**, en la página 25

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A/B revisadas

LCD ID número: L33670 and L34017 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) fueron revisadas para incluir el código de diagnóstico ICD-10-CM T85.22XA-T85.22XS en las secciones “ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD L34017 para los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 92225, 92226 y LCD L33670 para el código CPT® 92250. Además, se actualizó el adjunto de la LCD “Guía de Codificación” para la oftalmoscopia (LCD L34017) para eliminar la declaración indicando que los códigos CPT® 92225 y 92226 no deberían reportarse con el modificador 50.

- Fotografía del fondo del ojo
- oftalmoscopia.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD relacionada con los códigos CPT 92225, 92226 y 92250 es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 23 de marzo de 2017** por servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**.

La revisión del adjunto “Guía de codificación” es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 23 de marzo de 2017**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare <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 vigentes, futuras y retiradas [haga clic aquí](#).

Estudios de susceptibilidad -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33755 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de susceptibilidad fue revisada para incluir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM Z16.10, Z16.11, Z16.12 y Z16.19 en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para los códigos CPT® 87181, 87184, 87185, 87186, 87187, 87188 y 87190. Además, se agregó el lenguaje de aclaración que hace referencia al “Manual de Políticas de Codificación de la Determinación Nacional de Cobertura (NCD) de CMS, sección 190.12 - Cultivo de Orina, Bacteriana” en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 5 de abril de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

MÚLTIPLES

De la página 24

reclamaciones procesadas **en o después del 23 de marzo de 2017**, para servicios prestados en o después del **1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [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 de 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 de 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: <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

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

<https://medicare.fcso.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 de 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