

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Octubre 2017



En esta edición

Ajuste masivo de reclamaciones de la vacuna de influenza de 2017-2018	8
Cuidado de heridas -- Nueva LCD de la Parte A y Parte B.....	18
Actualización trimestral de enero para corregir modificaciones de iniciativas de codificación.....	22

CMS emite notificación acerca del archivo de pagos de bonificación de áreas de escasez de profesionales de salud

Número de *MLN Matters*®: MM10317
Número de petición de cambio relacionado: 10317
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de septiembre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3870CP
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente una notificación de que el archivo anual de pago de bonificación de áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA) para 2018 estará disponible para los contratistas administrativos de Medicare (MAC) en diciembre de 2017 y se utilizará para pagos de bonificaciones de HPSA sobre reclamaciones aplicables con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2018, hasta el 31 de diciembre de 2018.

CMS alienta a los proveedores a revisar su página web de bonificaciones de médicos en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HPSAPSAPhysicianBonuses/> (en inglés) cada año para determinar si necesitan agregar el modificador AQ a las reclamaciones para recibir pagos de bonificación o para

ver si el código postal en el que prestó servicios recibirá automáticamente el pago de bonificación de HPSA.

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/MM10317.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10317, 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/R3870CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3870, CR 10317

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

HPSA

CMS emite notificación acerca del archivo de pagos de bonificación de áreas de escasez de profesionales de salud1

MSP

Aceptar pago de los pacientes que tienen un acuerdo de reserva de Medicare.....3

Información en Tiempos de Desastres

Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico causado por el Huracán María.....3

Proveedores afectados por los huracanes Harvey, Irma y María4

Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Alabama, Florida, Luisiana y Misisipi causado por el huracán Nate.....4

Apelaciones y solicitudes de sobrepagos de proveedores/suplidores afectados por un desastre natural.....5

Tarifas

Actualización de octubre 2017 de los cambios en los códigos de medicamentos y productos biológicos.....5

Tasas de pago del Manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2018 y el programa de participación5

Precio promedio de venta (ASP) trimestral de los archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare de enero de 20186

Facturación

Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare.....6

Cobertura

Cambios de enero al software de edición de la NCD de laboratorio.....7

Recursos preventivos

Recursos contra la gripe de 2017-2018 para profesionales del cuidado de la salud ...7

Problemas de procesamiento

Ajuste masivo de reclamaciones de la vacuna de influenza de 2017-20188

SPOT

Próximos cambios para la aplicación del HETS: Cambios de código HCPCS y nuevos códigos preventivos.....8

Recursos educativos

Calendario de eventos.....9

MLN Connects® para el 28 de septiembre de 201710

MLN Connects® para el 5 de octubre de 201711

MLN Connects® para el 12 de octubre de 201711

MLN Connects® para el 19 de octubre de 201712

Parte A

Hospital

Mensajería de remesas de pago para el mínimo semanal de 20 horas para servicios del PHP13

Desactivación del FPS del rechazo 26 para paciente nuevo vs establecido13

PARD

Cálculo de las tarifas provisionales para pagos de GME a nuevos hospitales de enseñanza.....14

Actualizaciones a la hoja de cálculo S-10 del reporte de costo de Medicare para capturar datos de cuidado no compensados.....14

Extensiones para todos los hospitales del sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados (IPPS).....15

Sistema de pago prospectivo

Cambios para el FY 2018 del PPS del hospital para pacientes internos y de cuidado prolongado.....15

Retención de reclamaciones del sistema de pago prospectivo de pacientes internos y de LTCH del año fiscal 201816

Problemas de procesamiento

Reclamaciones de pacientes ambulatorios: Corrigiendo el deducible y coaseguro para el código G0473.....16

Determinaciones de cobertura local de

Parte A.....17

LCD nueva

Cuidado de heridas — Nueva LCD de la Parte A y Parte B.....18

Revisión a las LCD existentes

Infliximab (Remicade™) — revisión a la LCD de la Parte A y B.....18

Pruebas psicológicas y neuropsicológicas — revisión a la LCD de la Parte A y Parte B18

Contactos de Parte A19

Parte B

Preguntas y denegaciones

Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas20

Laboratorio clínico

Actualización de octubre a las nuevas pruebas exentas.....21

Tarifas fijas de laboratorio clínico: Recopilación de datos de no clasificadas de otra manera, no especificadas de otra manera o servicio o código de procedimiento no listado21

NCCI

Actualización trimestral de enero para corregir modificaciones de iniciativas de codificación.....22

Determinaciones de cobertura local de

Parte B.....23

LCD nueva

Cuidado de heridas — Nueva LCD de la Parte A y Parte B.....24

Revisión a las LCD existentes

Infliximab (Remicade™) — revisión a la LCD de la Parte A y B.....24

Pruebas psicológicas y neuropsicológicas — revisión a la LCD de la Parte A y Parte B24

Información de contacto Puerto Rico.....25

Información de contacto Florida.....26

Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....27

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.

MSP

Aceptar pago de los pacientes que tienen un acuerdo de reserva de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE17019 *Rescindido*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo fue rescindido el 3 de octubre.

Resumen

Nota: Este artículo fue rescindido el 3 de octubre.

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/SE17019.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17019

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones.



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

Información en tiempos de desastres

Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico causado por el Huracán María

Número de *MLN Matters*®: SE17028 *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

El artículo fue actualizado el 2 de octubre para incluir la sección sobre la aplicabilidad de los requisitos de reporte para centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados, centros de enfermería especializada, agencias de salud en el hogar, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados, centros quirúrgicos ambulatorios y centros de diálisis renal afectados por el huracán María.

Resumen

El 18 de septiembre de 2017, conforme al Alivio por Desastre de Robert T. Stafford y la Ley de Asistencia por Emergencia, el Presidente Trump declaró que como resultado de los efectos del Huracán María, existe una emergencia en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Bajo la Sección 1135 o 1812(f) de la Ley de Seguro

Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido varias exenciones generales en los condados impactados y áreas geográficas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estas exenciones prevendrán brechas en la cobertura para beneficiarios impactados por la emergencia.

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/SE17028.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17028

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.

Proveedores afectados por los huracanes Harvey, Irma y Maria

En respuesta a la devastación de los huracanes Harvey, Irma y Maria, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están concediendo amplio alivio administrativo. Este alivio administrativo es en suma a cualquier necesidad individual requerida caso por caso. First Coast Service Options Inc. (First Coast) trabajará con estos proveedores para asegurar que el pago sea recibido por los servicios cubiertos.

El alivio administrativo generalizado incluirá la suspensión de solicitudes de documentación adicional (ADRs) relacionadas con la modificación de revisiones médicas por un período de 30 días, finalizando el 26 de octubre de 2017. (Nota: Debido al huracán Maria, esta fecha ha sido extendida para Puerto Rico y Las Islas Vírgenes de los Estados Unidos al 30 de octubre de 2017). Adicionalmente, los proveedores recibirán automáticamente 30 días adicionales para responder a cualquier solicitud de documentación que pueda ya han

sido solicitadas durante este período de 30 días.

Si no puede presentar registros debido a una situación relacionada con un desastre, puede adjuntar una carta al ADR explicando su situación. Esto garantizará que su reclamación se maneje adecuadamente. Hay algunas situaciones de facturación que pueden requerir una explicación o una descripción del servicio facturado (por ejemplo, códigos no listados de Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS], modificadores, etc.). Si incluye una carta para indicar que no puede proporcionar la documentación médica, debe proporcionar una persona de contacto, así como un número de teléfono en caso de que se necesiten aclaraciones para el procesamiento de reclamaciones. Usted puede seguir su proceso normal para responder. Esta información puede encontrarse dentro de su carta de ADR.

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

Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Alabama, Florida, Luisiana y Misisipi causado por el huracán Nate

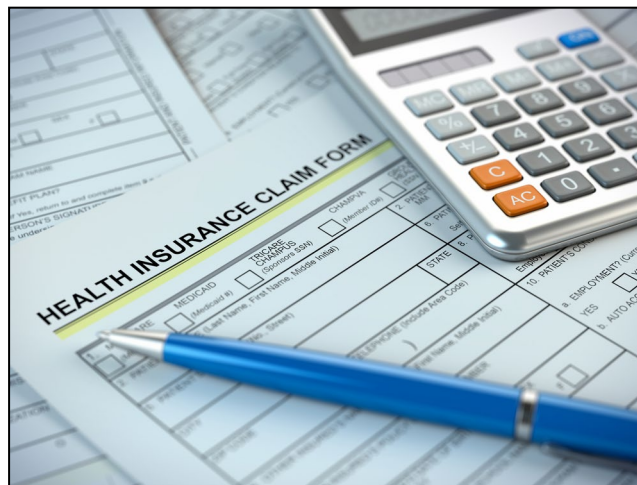
Número de *MLN Matters*®: SE17034
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

(CMS) han emitido varias exenciones para aquellas personas que fueron evacuadas, transferidas o de otra manera reubicadas como resultado del efecto del huracán Nate en 2017. Estas exenciones evitarán brechas en el acceso al cuidado para los beneficiarios afectados por la emergencia.

Resumen

El 8 de octubre de 2017, de conformidad con la Ley de Alivio de Desastres y Asistencia de Emergencia de Robert T. Stafford, el Secretario en funciones, Wright, del Departamento de Salud y Servicios Humanos declaró que, como resultado de los efectos del huracán Nate, existe una emergencia en los estados de Luisiana retroactiva al 5 de octubre de 2017; Misisipi y Alabama retroactivas al 6 de octubre de 2017; y Florida retroactiva al 7 de octubre de 2017.

Bajo la Sección 1135 o 1812(f) de la Ley de Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid



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/SE17034.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17034

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 y solicitudes de sobrepagos de proveedores/suplidores afectados por un desastre natural

Cuando presente una apelación o responda a una solicitud de sobrepago con First Coast Service Options, se requiere la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Número de ID de Medicare
- Los servicios y/o artículos específicos para los que se solicita la redeterminación
- Fecha de servicio
- El nombre y firma o el representante de la parte

Si usted fue afectado por los huracanes Irma, Harvey, Maria o Nate, y no puede presentar una apelación de reclamaciones oportuna, puede [comunicarse con First Coast](#) por escrito para solicitar una extensión. Del mismo modo, si usted no puede responder a tiempo a una solicitud de sobrepago o necesita apelar una solicitud de

sobrepago, debe [comunicarse con First Coast](#) por escrito.

Todas las solicitudes por escrito para extensiones de una apelación o extensiones de solicitud de sobrepago deben incluir lo siguiente en la línea de asunto: "Natural Disaster exception". Si la información anterior no está disponible o usted no puede enviar una solicitud por escrito, le recomendamos que llame al servicio al cliente del Centro de Contacto del Proveedor para Florida y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos al (888) 664-4112 (Parte A) o (866) 454-9007 (Parte B) para obtener asistencia adicional. Para Puerto Rico llame al servicio al cliente del Centro de Contacto del Proveedor al (877) 908-8433 (Parte A) o (877) 715-1921 (Parte B) para obtener asistencia adicional.

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

Tarifas

Actualización de octubre 2017 de los cambios en los códigos de medicamentos y productos biológicos

Número de *MLN Matters*[®]: MM10234
Número de petición de cambio relacionado: 10234
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de agosto de 2017
Fecha de efectividad: 24 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3850CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 10234 informa a los proveedores y abastecedores de Medicare que para las reclamaciones presentadas a partir del 1 de octubre de 2017 y aplica retroactivamente a las fechas de servicio en o después del 24 de julio de 2017, el archivo del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de octubre 2017 agrega el nuevo modificador ZC. El modificador ZC debe utilizarse cuando el código Q5102 del HCPCS se factura en una reclamación.

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/MM10234.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10234, 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/R3850CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3850, CR 10234

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

Tasas de pago del Manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2018 y el programa de participación

El periodo de participación anual para médicos y suplidores comienza el 1 de enero de cada año, y corre hasta diciembre 31. La inscripción de participación anual está porprogramada para comenzar a mediados de noviembre de cada año. (**Nota:** Las fechas listadas para publicación de la inscripción de participación/cuota de material de divulgación están sujetas a la publicación anual del reglamento final).

Las tasas de pago del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2018 (MPFS) será publicado en la página web del proveedor de medicare de First Coast Service Options luego de que el reglamento final sea publicado en el Registro Federal (*Federal Register*). Esta publicación generalmente ocurre a mediados de noviembre.

Precio promedio de venta (ASP) trimestral de los archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare de enero de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10320
 Número de petición de cambio relacionado: 10320
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de octubre de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3878CP
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid publicaron recientemente el precio promedio de venta (ASP) trimestral de los archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare, así como revisiones a archivos de fijación de precios trimestrales previamente publicados.

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago para reclamaciones para medicamentos de la Parte B de Medicare pagaderos por separado procesados o reprocesados en o después del 2 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018.

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/MM10320.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10320, 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/R3878CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3878, CR 10320

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

Facturación

Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1128 *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

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Este artículo fue revisado el 18 de octubre para indicar que la remesa de pago del proveedor y la notificación de resumen de Medicare para beneficiarios identifica el estado de QMB de los beneficiarios y la exención del costo compartido para las reclamaciones de la Parte A y B procesadas en o después del 2 de octubre de 2017, y para recomendar cómo pueden los proveedores utilizar estos y otros cambios futuros del sistema para promover el cumplimiento de los requerimientos de facturación de QMB.

Resumen

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Esto

incluye deducible, coaseguro y copagos, conocidos como “balance billing.” La sección 1902(n)(3)(B) del Social Security Act, según lo modificado por la sección 4714 del Balanced Budget Act de 1997, prohíbe a los proveedores de Medicare facturar el balance a los QMB por el costo compartido de Medicare. Los QMB no tienen obligación legal para hacer pago adicional a un proveedor o al plan de salud administrado por Medicare por el costo compartido de Parte A o Parte B. **Los proveedores que facturen inapropiadamente a los QMB por el costo compartido de Medicare están sujetos a sanciones.**

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/SE1128.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1128

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 de enero al software de edición de la NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*[®]: MM10309
Número de petición de cambio relacionado: CR10309
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de octubre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3872CP
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente instrucciones para contratistas administrativos de Medicare (MAC) con respecto a los cambios en la determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorio. El software nacionalmente uniforme se desarrolló e incorporó en los sistemas compartidos de Medicare de modo que las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCDs (Publicación 100-03, Secciones 190.12-190.34) se procesaron uniformemente en toda la nación a partir del 1 de abril de 2003.

El artículo proporciona un enlace a una hoja de cálculo que detalla los cambios en cada una de las NCDs.

Nota: Los MACs no buscarán archivos para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o para pagar las

reclamaciones de manera retroactiva, sino que ajustarán las reclamaciones que lleven a su atención.

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/MM10309.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10309, 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/R3872CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3872, CR 10309

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

Recursos preventivos

Recursos contra la gripe de 2017-2018 para profesionales del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*[®]: SE17026
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial proporciona valiosa información y recursos que los proveedores deben mantener disponibles durante la temporada de la influenza (gripe). Además, para que sirva como recordatorio, el artículo también proporciona lo siguiente:

- Productos educativos
- Recursos de servicios preventivos
- Tasas de pago para 2017-2018

Recordatorios: No se aplican las cantidades deducibles y de coseguro. Todos los proveedores que administren la

vacuna contra la gripe y/o la vacuna contra el neumococo deben aceptar la asignación en la reclamación de la vacuna.

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/se17026.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE17026

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

Ajuste masivo de reclamaciones de la vacuna de influenza de 2017-2018

Problema

A los contratistas se les requiere que implementen subsidios de pago para la vacuna de influenza de 2017-2018 no más tardar el 2 de octubre. Una vez los archivos estén actualizados, el reprocesamiento ocurrirá para reclamaciones procesadas en o después del 1 de agosto.

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MACs) iniciarán un proceso de ajuste masivo para reprocesar reclamaciones para el 1 de noviembre. Estas instrucciones superceden las instrucciones dadas en el artículo (en inglés) *MLN Matters*® [MM10224](#) acerca de ajustes de

reclamaciones.

Estado/fecha de resolución

Abierto

Acción del proveedor

No se requiere acción alguna del proveedor.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

SPOT

Próximos cambios para la aplicación del HETS: Cambios de código HCPCS y nuevos códigos preventivos

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han publicado varios cambios a la aplicación del Sistema de Transacción de Elegibilidad (HETS) de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), que entrarán en vigencia el 4 de noviembre de 2017. Los cambios afectarán a los proveedores que utilizan el Secure Provider Online Tool (SPOT) de First Coast Service Options (First Coast) para acceder a los datos de elegibilidad a través del HETS.

Este artículo anuncia los dos primeros de los próximos 10 cambios. Es el primero de una serie de artículos - uno se publicará cada semana - explicando los cambios antes del 4 de noviembre de 2017, fecha de implementación.

Cambios en el Código HCPCS Preventivo

El HETS 270/271 devolverá solamente información de código HCPCS preventivo para la fecha actual, en lugar del año calendario actual.

Nuevos Códigos HCPCS Preventivos Admitidos

El HETS 270/271 iniciará a admitir los siguientes códigos HCPCS:

- 81528 - Detección oncológica (colorrectal), objetivo cuantitativo en tiempo real y amplificación de señal de 10 marcadores de ADN (mutaciones KRAS, metilación promotora de NDRG4 y BMP3) y hemoglobina fecal, utilizando heces, algoritmo reportado como resultado positivo o negativo
- G0297 - Tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) para la detección del cáncer de pulmón
- G0442 - Prueba anual del uso indebido del alcohol, 15 minutos
- G0443 - Asesoramiento conductual cara a cara para el uso indebido del alcohol, 15 minutos
- G0472 - Detección de anticuerpos contra la Hepatitis C, para personas con alto riesgo y otras indicaciones cubiertas
- G0473 - Asesoramiento conductual cara a cara para la obesidad, grupo (2-10), 30 minutos
- G0475 - Antígeno/anticuerpo del VIH, análisis clínico de combinación, detección

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



Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Noviembre de 2017

Nuevas tarjetas de Medicare están llegando: ¿Estará usted listo?

Cuando: 14 de noviembre de 2017
Hora: 11:30 a.m. - 12:30 p.m. ET
Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0387644.asp>

Cómo registrarse en el sistema de I&A de PECOS (A/B)

Cuando: 15 de noviembre de 2017
Hora: 1:00 p.m. - 2:30 p.m. 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/0391654.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A/B

Cuando: 16 de noviembre de 2017
Hora: 1:00 p.m. - 2:30 p.m. 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/0391648.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 28 de septiembre de 2017

MLN Connects® para el 28 de septiembre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico de Medicare: Tasas de Pago Preliminares para el CY 2018
- Reportes de Retroalimentación de PQRS de 2016 y QRURs Anuales Disponibles
- Programa de Pago de Calidad: Nuevos Recursos Disponibles
- Programa de Pago de Calidad: Ver Grabaciones de Seminarios en Línea Recientes
- Aplicación de Medida Elegible para el MIPS: Nuevos Recursos Disponibles
- Mes Nacional de Educación acerca del Colesterol y Día Mundial del Corazón

Cumplimiento del proveedor

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

Reclamaciones, precios y códigos

- Médicos: Problema de Reclamaciones de Transferencia de la Parte B de Medicare Vinculado al Código de Error H51082

Próximos eventos

- Llamada acerca de Agencias de Salud en el Hogar: Algoritmos de Clasificación de Estrellas de la Calidad del Cuidado del Paciente — 10 de octubre
- Webcast acerca de QRURs Anuales de 2016 — 19

de octubre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Recursos de Influenza de 2017-2018 para Profesionales del Cuidado de la Salud — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Facturación en Situaciones de Seguro de Responsabilidad del Pagador Secundario de Medicare — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Aceptar Pago de los Pacientes que tienen Acuerdos de Reserva de Medicare — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Aclaración de las Políticas de Facturación y Pago para la Terapia de Heridas con Presión Negativa Utilizando un Dispositivo Desechable — Nuevo
- Hoja Informativa acerca de la Transición a Nuevos Números y Tarjetas de Medicare — Nuevo
- Llamada acerca de Residencia de Ancianos: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Facturación Consolidada de SNF — Recordatorio
- Hoja Informativa acerca de Recursos y Preguntas Frecuentes sobre Remesas de Pago — Recordatorio
- Folleto acerca de Pautas de Inscripción de Medicare para los Proveedores que Ordenan/Refieren — 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 5 de octubre de 2017

MLN Connects® para el 5 de octubre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- La Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia Alcanza Metas para Reducir los Medicamentos Antipsicóticos Innecesarios en las Residencias de Ancianos
- Apéndice del Conjunto de Valores de la eCQM de 2018 Disponible
- Flujos de Lógica de la eCQM de 2018 Disponibles
- Información de *Health Services Research* (Investigación de Servicios de Salud) acerca de Problema de Equidad en Salud: Enviar Resúmenes Antes del 1 de Noviembre
- Extensión de la Demostración de la IVIG de Medicare Hasta el 31 de diciembre de 2020
- Octubre es el Mes Nacional de Concientización Contra el Cáncer de Mama

Cumplimiento del proveedor

- Declaraciones de Elección de Hospicio Carecen de Información Requerida o Tienen Otras Vulnerabilidades — Recordatorio

Reclamaciones, precios y códigos

- Retención de Reclamaciones del IPPS y del PPS de LTCH del FY 2018

Próximos eventos

- Webcast acerca de QRURs Anuales de 2016 — 19 de

octubre

- Llamada acerca de Definición de un Hospital: Requerimiento de Compromiso Principal — 2 de noviembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Video acerca de Aspectos Básicos de Medicare: Información General de Apelaciones de la Parte A y B — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualizaciones de la Hoja de Cálculo S-10 del Reporte de Costos de Medicare para Capturar Datos de Cuidado No Compensados — Nuevo
- Llamada acerca del Programa de Beneficiario Cualificado de Medicare: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Llamada acerca del Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare Relacionadas con el Desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Estado de Florida Causado por el Huracán Irma — Actualizado
- Folleto acerca de Leer una Remesa de Pago Profesional — Recordatorio
- Folleto acerca de Leer una Remesa de Pago Institucional — Recordatorio

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 12 de octubre de 2017

MLN Connects® para el 12 de octubre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Actualizaciones a la Página Web de la Nueva Tarjeta de Medicare
- Hoja Informativa para Hospitales acerca del Ajuste de Pago de Incentivos de EHR de Medicare de 2018
- Herramienta de Búsqueda de Participante Cualificado del APM
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Recursos Nuevos y Actualizados
- Programa de Reporte de Calidad de SNF: Guía de Referencia Rápida
- Proteja Sus Pacientes de la Influenza esta Temporada

Cumplimiento del proveedor

- Dispositivos Cocleares Reemplazados Sin Costo:

Facture Correctamente — Recordatorio

Reclamaciones, precios y códigos

- Reclamaciones de Salud en el Hogar Serán Devueltas Cuando No Se Encuentre OASIS

Próximos eventos

- Webcast acerca de QRURs Anuales de 2016 — 19 de octubre
- Llamada acerca de Definición de un Hospital: Requerimiento de Compromiso Principal — 2 de noviembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Llamada de PQRS: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo

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

MLN Connects® para el 19 de octubre de 2017

MLN Connects® para el 19 de octubre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Vista Previa del Borrador de las Especificaciones de eCQM hasta el 13 de noviembre
- Período de Elección de Grupo Virtual para el MIPS termina el 1 de diciembre
- Programa de Pago de Calidad: Nuevos Recursos
- Reportes de Comentarios Confidenciales del Programa de Reporte de Calidad de SNF para Medidas Basadas en Reclamaciones
- Revisión de SNF y Actualización de Reporte Correcto
- Actualización de Pago Anual (APU) para el FY 2018 de Programas de Reporte de Calidad de Cuidado Post-Agudo: Centros Exitosos
- Nuevo Requisito de CMS de Legionela para Hospitales, Hospitales de Cuidado Crítico, Residencias de Ancianos

Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS acerca de Catéteres de Punta Coudé — Recordatorio

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivo de Precios del OPPS para octubre de 2017
- Reclamaciones de Pacientes Ambulatorios: Corrigiendo el Deducible y Coaseguro para el Código G0473

Próximos eventos

- Llamada acerca de Definición de un Hospital: Requerimiento de Compromiso Principal — 2 de noviembre
- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca del Proyecto de Nueva Tarjeta de Medicare — 9 de noviembre
- Llamada acerca del Reglamento Final del FY 2018 del Programa de Compra Basado en el Valor de SNF — 16 de noviembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de la Repuesta de FFS de Medicare por los Incendios Forestales de 2017 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de las Reclamaciones de Medicare Relacionadas con el Desastre en Alabama, Florida, Luisiana y Misisipi Causado por el Huracán Nate — Nuevo
- Herramienta Educativa acerca de Boletín Trimestral de Cumplimiento del Proveedor de Medicare — Nuevo
- Llamada de Comparación de Médicos: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Prohibición de Facturar a Personas Elegibles Doblemente Inscritas en el Programa de QMB — Revisado
- Folleto acerca de Hospital de Cuidado Crítico — Revisado

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

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.

Hospital

Mensajería de remesas de pago para el mínimo semanal de 20 horas para servicios del PHP

Número de MLN Matters®: MM9880 Re-Publicado
Número de petición de cambio relacionado: CR 9880
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R1833OTN
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

La petición de cambio (CR) 9880 implementa mensajería informativa que transmite información suplementaria y educativa al proveedor que presenta reclamaciones de servicios del programa de hospitalización parcial (PHP) donde el paciente no recibió el mínimo de 20 horas semanales de servicios terapéuticos. Este artículo fue re-publicado el 3 de octubre para confirmar que su contenido continúa válido aunque el artículo de edición especial SE1607 fue rescindido.

Resumen

Las regulaciones estipulan que el programa de hospitalización parcial (PHP) está dirigido a pacientes que requieren un mínimo de 20 horas por semana de servicios terapéuticos como se evidencia en su plan de atención.

La petición de cambio (CR) 9880 implementa mensajería informativa que transmite información suplementaria y educativa al proveedor que presenta reclamaciones de servicios del PHP donde el paciente no recibió el mínimo de 20 horas semanales de servicios terapéuticos.

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/MM9880.pdf>.

Desactivación del FPS del rechazo 26 para paciente nuevo vs establecido

Se ha retirado un sistema de modificación que estaba rechazando algunas reclamaciones de “paciente nuevo” de hospitales de cuidado crítico (CAHs), cuando un paciente fue establecido con el hospital o con el sistema hospitalario dentro de un período de tres años. Los CAHs estaban entonces reenviando las reclamaciones y recibiendo el pago a la tasa de paciente “establecido”. Si es afectado, el CAH tendrá que cancelar las reclamaciones del paciente



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9880, 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/R1833OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1833, CR 9880

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.

establecido y volver a presentar las reclamaciones con los códigos de “paciente nuevo”. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el centro de contacto de proveedores de su contratista administrativo de Medicare.

PR: (877) 908-8433

FL/Islas Vírgenes de los Estados Unidos: (888) 664-4112.

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

Manténgase informado: Suscríbese a eNews

Subscríbese a eNews de First Coast Service Options (First Coast) y esté entre los primeros en informarse acerca de las últimas noticias de Medicare y otras informaciones esenciales que no se pueden postergar.



PARD

Cálculo de las tarifas provisionales para pagos de GME a nuevos hospitales de enseñanza

Número de *MLN Matters*®: MM10240
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de septiembre de 2017
 Fecha de efectividad: 23 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1923OTN
 Fecha de implementación: 23 de octubre de 2017

Resumen

Las regulaciones requieren que el Secretario establezca reglamentos para calcular los límites de educación médica directa del graduado (GME) para los nuevos hospitales de enseñanza que están capacitando a los residentes en nuevos programas de capacitación en residencia médica establecidos en o después del 1 de enero de 1995. Tales reglamentos también se aplican al establecimiento de un límite de educación médica indirecta (IME) de un hospital sobre el número de residentes de tiempo completo equivalente (FTE) que se capacitan en nuevos programas.

Si un hospital no tenía previamente una cantidad por residente (PRA) establecida, pero comienza la capacitación en un período de reporte de costos comenzando en o después del 1 de julio de 1985, el contratista administrativo de Medicare (MAC) establece una PRA efectiva con el primer periodo de reporte de costos del hospital en el cual participa en Medicare y tiene residentes en servicio durante el primer mes de ese

período de reporte de costos.

Un hospital que no tiene límites de FTE y/o una cantidad por residente (PRA) puede solicitar por escrito, pagos de IME y GME directa (DGME) debido a la capacitación de residentes por primera vez en un nuevo programa de residencia de GME aprobado.

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/MM10240.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10240, 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/R1923OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1923, CR 10240

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.

Actualizaciones a la hoja de cálculo S-10 del reporte de costo de Medicare para capturar datos de cuidado no compensados

Número de *MLN Matters*®: SE17031
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) indicaron en el reglamento final de 2018 del sistema de pago prospectivo de pacientes internos que empezarían a incorporar datos de la hoja de cálculo S-10 en el cómputo del factor tres para el cálculo de la proporción de los hospitales en los pagos de cuidado no compensado para el año fiscal 2018.

En el artículo de edición especial, revisiones y aclaraciones a la hoja de cálculo S-10 son provistas para asegurar el reporte adecuado de costos de cuidado no compensado y para lograr un reembolso de Medicare apropiado. El artículo incluye un resumen de modificaciones y ejemplos para datos de cuidado no compensados e indigentes.

Nota: Los proveedores de Parte A incluyendo hospitales, hogares de ancianos, centros de enfermería especializada, proveedores de tratamiento de la enfermedad renal en estado terminal, centros de salud federalmente calificados y centros de salud rurales pueden presentar su reporte anual de costos a través First Coast's Secure Online Provider Tool (SPOT). [Haga clic aquí](#) para obtener más información.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se17031.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17031

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.

Extensiones para todos los hospitales del sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados (IPPS)

Revisiones a la S-10 del año fiscal (FY) 2014 y 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una extensión para los hospitales del sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS), desde el 30 de septiembre de 2017 hasta el 31 de octubre de 2017, para que todos los hospitales del IPPS vuelvan a enviar ciertos datos de la Hoja de Trabajo S-10. Tal como se describe en el reglamento final (82 FR 38208, 14 de agosto de 2017) del sistema de pago prospectivo

para hospitales de cuidados prolongados/IPPS (LTCH PPS) para el año fiscal 2018, el plazo inicial había sido el 30 de septiembre de 2017. Para las revisiones a considerar, CMS modificó el plazo para que los reportes de costos modificados del FY 2014 y FY 2015 debido a las presentaciones revisadas o iniciales de la Hoja de Trabajo S-10 deban ser recibidos el o antes del 31 de octubre de 2017.

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

Sistema de pago prospectivo

Cambios para el FY 2018 del PPS del hospital para pacientes internos y de cuidado prolongado

Número de *MLN Matters*[®]: MM10273 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 10273
Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de octubre de 2017

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3885CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

La petición de cambio (CR) 10273 implementa los cambios de política para el año fiscal (FY) 2018 del sistema de pago prospectivo para pacientes internos (IPPS) y del PPS de hospital de cuidado prolongado (LTCH), que a menos que se indique lo contrario, son efectivos para las altas hospitalarias ocurridas en o después del 1 de octubre de 2017, hasta el 30 de septiembre de 2018. Este artículo fue revisado el 18 de octubre para reflejar una CR 10273 revisada publicada el 17 de octubre. La CR fue revisada para actualizar el denominador de factor 3 para hospitales tratados como nuevos, la cantidad de pérdida fija para casos de tasa de pago federal estándar para LTCH, la referencia al software de versión agrupada, las tablas y archivos aplicables disponibles, y para aclarar la lista de códigos ICD-10 elegibles para el nuevo sistema de dispositivo GORE IBE de complemento de pago. Además, la asignación del índice salarial para el Indian Health Service o los hospitales de comunidades indígenas del pricer se actualizó en el anexo a la CR.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están obligados a hacer actualizaciones anuales de los sistemas de pago prospectivo del hospital para pacientes internos y de cuidado prolongado.

Los cambios de política para el año fiscal 2018 fueron presentados en el *Registro Federal* el 2 de agosto de 2017, con fecha de publicación del 14 de agosto de 2017. Todos los cambios son efectivos para las altas hospitalarias ocurridas en o después del 1 de octubre de



2017 hasta el 30 de septiembre de 2018, a menos que se indique lo contrario.

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/MM10273.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10273, 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/R3858CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3858, CR 10273

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.

Retención de reclamaciones del sistema de pago prospectivo de pacientes internos y de LTCH del año fiscal 2018

Debido a tasas revisadas del sistema de pago prospectivo de pacientes internos (IPPS) y del PPS de hospital de cuidado a largo plazo (LTCH) del año fiscal (FY) 2018 en la notificación de corrección del reglamento final, CMS-1677-CN, publicada el 29 de septiembre de 2017, los programas del pagador (*pricers*) del IPPS y del PPS de LTCH del FY 2018 serán instalados a producción el 23 de octubre de 2017. Como resultado, todas las reclamaciones del IPPS y del PPS de LTCH con fechas de alta en o después del 1 de octubre de 2017 hasta el 23 de octubre de 2017, están siendo retenidas por su

contratista administrativo de Medicare (MAC) hasta que los programas del pagador sean probados e instalados. Ya que el recuento del pago básico de 14 días requerido comienza el día en el que el MAC recibe una reclamación, cualquier reclamación correcta retenida hasta el 23 de octubre de 2017 no será sujeta a otro pago básico. Por favor contacte a su MAC con cualquier pregunta.

PR: (877) 908-8433

FL/Islas Vírgenes de los Estados Unidos: (888) 664-4112

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

Problemas de procesamiento

Reclamaciones de pacientes ambulatorios: Corrigiendo el deducible y coaseguro para el código G0473

Problema

Actualmente, el deducible y el coaseguro está siendo aplicado incorrectamente al G0473 del HCPCS (asesoramiento conductual cara a cara para la obesidad, 15 minutos). Las siguientes reclamaciones están afectadas:

- Código del HCPCS = G0473
- Fecha de recibo = en o después del 1 de octubre de 2017, y antes de la actualización de la versión IOCE de enero de 2018
- Tipos de factura = 13x

Resolución

El sistema será actualizado en enero de 2018; los

contratistas administrativos de Medicare ajustarán en masa estas reclamaciones dentro de 60 días calendario luego de la actualización.

Estado/fecha de resolución

Abierto

Acción del proveedor

No se requiere acción alguna del proveedor.

Problemas de procesamiento actuales

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

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



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**.

LCD nueva

Cuidado de heridas — Nueva LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L37166 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para cuidado de heridas fue desarrollada basada en análisis de datos, que identificaban un incremento en utilización de procedimientos de cuidado de heridas. Además, la LCD (L33566) para los servicios existentes de debridamiento de heridas fue incorporada cuando se creó esta nueva LCD, que será retirada cuando la nueva LCD se vuelva efectiva.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después**

del 7 de diciembre de 2017. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Revisión a las LCD existentes

Infliximab (Remicade™) — revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L33704 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la CR 10230 (Especificaciones para la Versión 18.3 del Editor de Código de Pacientes Ambulatorios Integrado (I/OCE) de octubre de 2017), CR 10234 (Cambios Trimestrales en los Códigos de Medicamentos/ Productos Biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) – Actualización de octubre de 2017), CR 10236 (Actualización de Octubre de 2017 al Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) de Hospital), y la CR 10259 (Actualización de Octubre de 2017 al Sistema de Pago del Centro de Cirugía Ambulatorio (ASC)), la sección “códigos CPT/ HCPCS” de la determinación de cobertura local (LCD) para infliximab (Remicade™) fue revisada para agregar el modificador ZC (Merck/Samsung Bioepis) a la explicación de asterisco para el código HCPCS Q5102.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD para la CR 10234 es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 1 de octubre de 2017**, para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**. Esta revisión de LCD para la CR 10230, CR 10236, y CR 10259 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 1 de octubre de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de julio de 2017**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Nota: Para revisar las determinaciones de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Pruebas psicológicas y neuropsicológicas — revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L34520 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una petición de reconsideración solicitando códigos de diagnóstico adicionales para la enfermedad de Parkinson y la epilepsia, la determinación de cobertura local (LCD) para pruebas psicológicas y neuropsicológicas fue revisada. Los códigos de diagnóstico G20, G40.001 - G40.319, G40.A01 - G40.B19, y G40.401 - G40.919 fueron añadidos a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para los códigos del Current Procedural Terminology (CPT®): 96101, 96102, 96103, 96118, 96119, 96120, y el código G0451 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 31 de octubre de 2017**.

Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Nota: Para revisar las determinaciones de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

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

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica 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

Recauda de sobrepagos y recobro de deuda

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos para proveedores, reportes de reembolso dor, acuerdos de reportes de costo, tasa de determinaciones provisionales, TEFRA límite objetivo y excepciones al costo límite rutinario SNF

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/
Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo

médico duradero (DMERC) DME,

dispositivos ortóticos y prótesis,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

800-HHS-TIPS (800-447-8477)

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

Preguntas y Denegaciones

Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas

Los proveedores son responsables de todas las reclamaciones presentadas a Medicare bajo su número de proveedor. Las reclamaciones duplicadas prevenibles son contraproducentes y costosas y la continua presentación a Medicare pueden llevar a una acción de la integridad del programa. Por favor comparta esta información con su empresa de facturación, proveedor y casa de facturación.

Las ediciones del sistema de reclamaciones buscan servicios duplicados y repetidos dentro de lo pagado, finalizado, *pendiente* y los *detalles idénticos de la reclamación* en la historia. Las reclamaciones duplicadas y las líneas de reclamación son denegadas automáticamente. Reclamaciones duplicadas *sospechosas* y líneas de reclamación se suspenden y se revisan por el contratista administrativo de Medicare (MAC) para tomar una determinación para pagar o denegar. [Haga clic aquí para obtener información adicional.](#)

Las reglas de codificación correctas de Medicare incluyen el uso apropiado de los códigos y modificadores de condición. Cuando usted envía una reclamación por varias instancias de un servicio, procedimiento o artículo, la reclamación debe incluir un modificador apropiado para indicar que el servicio, procedimiento o el artículo no son un duplicado. El modificador debe añadirse al segundo a través de elementos de línea subsiguientes para el servicio, procedimiento o artículo de repetición. Se incluye un ejemplo a continuación. En muchos casos, esto permitirá que la reclamación sea procesada y pagada, si es aplicable.

Sin embargo, en algunos casos, incluso cuando un modificador apropiado se incluye, la reclamación se puede denegar como un duplicado, con base en las modificaciones por servicios médicamente improbables (MUE). Las MUE son unidades máximas de servicio que se reportan normalmente para un servicio, procedimiento médico o un artículo, en la mayoría de los casos, para un beneficiario en una misma fecha de servicio. Tenga en cuenta que estas denegaciones duplicadas no siempre se consideran evitables.

Revise sus procedimientos de facturación y el software. Si está facturando un servicio, procedimiento o artículo que no es un duplicado, agregue el modificador o modificadores apropiados antes de presentar la reclamación. A continuación se enumeran algunos ejemplos de modificadores que pueden utilizarse, según corresponda. Para una lista completa, revise el libro de códigos de Current Procedural Terminology® (CPT®).

- Modificador 59: Servicio o procedimiento por el mismo proveedor, distinto o independiente de otros servicios, realizado en el mismo día. Servicios o procedimientos que normalmente se reportan juntos pero son apropiadas para ser facturados por separado

bajo ciertas circunstancias Refiérase al artículo de *MLN Matters*® [SE1418](#) (en inglés) para más detalles acerca del uso 59, incluyendo numerosos ejemplos de codificación.

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecieron cuatro nuevos modificadores, a partir del 1 de enero de 2015, para definir subconjuntos del modificador 59. Consulte el artículo de *MLN Matters*® [MM8863](#) (en inglés) para ver más detalles.
- Modificador 76: Procedimiento o servicio *repetido* que no sea evaluación y manejo (e/m) - por el **mismo proveedor**, después del procedimiento o servicio original.
- Modificador 77: Procedimiento o servicio *repetido* - que no sea e/m - por **otro proveedor**, después del procedimiento o servicio original.
- Modificador 91: Pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico *repetidas*. Este modificador se añade sólo cuando los resultados de las pruebas adicionales son médicamente necesarias en el mismo día.
 - Ejemplo: El laboratorio presenta una reclamación de Medicare para dos pruebas de lactato deshidrogenasa (LD), código CPT® 83615.
 - Línea 1: 83615
 - Línea 2: 83615 y modificador 91
- Los modificadores RT (lado derecho) y LT (lado izquierdo): Anexar el modificador aplicable al código de procedimiento, *incluso si el diagnóstico indica el sitio exacto del procedimiento*.
 - Ejemplo: El proveedor presenta reclamación de Medicare para el código de diagnóstico M1711 (artrosis primaria unilateral, rodilla derecha) y/o código de diagnóstico M1712 (artrosis primaria unilateral, rodilla izquierda). El modificador RT debe adicionarse al código de procedimiento facturado con código de diagnóstico M1711. El modificador LT debe adicionarse al código de procedimiento facturado con código de diagnóstico M1712.

Nota: Todas las reclamaciones presentadas siempre deben estar respaldadas por la documentación en el registro médico del paciente.

Fuentes (en inglés): CMS *MLN Matters*® [MM8121](#), *manual electrónico (IOM) de CMS, publicación 100-04, capítulo 1, sección 120-Detección de Reclamaciones Duplicadas*, CMS *MLN Matters*® [MM8863](#) y el libro de códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) de la American Medical Association (AMA) de 2013.

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

Laboratorio clínico

Actualización de octubre a las nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*®: MM10198 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10198
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de septiembre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3867CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

La petición de cambio 10198 proporciona la actualización de octubre a las listas de códigos que están sujetos a las instrucciones de facturación asociadas con las pruebas exentas de las CLIA (Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico de 1988). Este artículo fue revisado el 28 de septiembre para reflejar una CR 10198 revisada. En el artículo, se revisan el número de transmisión, y la dirección web para acceder a la CR.

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 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/MM10198.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10198, 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/R3867CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3867, CR 10198

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

Tarifas fijas de laboratorio clínico: Recopilación de datos de no clasificadas de otra manera, no especificadas de otra manera o servicio o código de procedimiento no listado

Número de *MLN Matters*®: MM10232
Número de petición de cambio relacionado: 10232
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de octubre de 2017
Fecha de efectividad: 16 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3881CP
Fecha de implementación: 16 de enero de 2018

Resumen

La Ley de Protección del Acceso a Medicare de 2014 (PAMA) agregó la Sección 1834A a la Ley de Seguro Social (la Ley) requiere amplias revisiones de las metodologías de pago y cobertura para las pruebas de laboratorio clínico pagadas según el programa de tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS).

Para cumplir con esta disposición, las entidades que reportan deben reportar las tasas de pago de los pagadores privados para pruebas de laboratorio y los volúmenes correspondientes de pruebas, que incluyen pruebas únicas que actualmente se pagan como no clasificadas de otra manera (NOC), no especificadas de otra manera (NOS) o servicio o código de procedimiento no listado.

La petición de cambio (CR) 10232 proporciona

instrucciones para enviar datos del pagador privado en pruebas únicas que actualmente se pagan como NOC, NOS o servicio o código de procedimiento no listado.

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/MM10232.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10232, 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/R3881CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3881, CR 10232

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.

NCCI

Actualización trimestral de enero para corregir modificaciones de iniciativas de codificación

Número de *MLN Matters*®: MM10306
 Número de petición de cambio relacionado: CR10306
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de septiembre de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3869CP
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) desarrollaron la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) para promover las metodologías de codificación correctas 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 enero de 2018 para que los proveedores revisaran antes de presentar reclamaciones.

Las modificaciones de pares de códigos de procedimiento a procedimiento (PTP) de NCCI son modificaciones de prepago automatizadas que impiden el pago inadecuado cuando se envían juntos ciertos códigos. First Coast Service Options Inc. ha desarrollado [este tutorial le ayudará a reducir el número de reclamaciones denegadas](#) debido a pares de códigos de 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 modificaciones nacionales y locales, directrices de codificación desarrolladas por las 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/MM10306.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10306, 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/R3869CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3869, CR 10306

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 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.

Lista de MEDPARD disponible

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

La lista de MEDPARD estará disponible en el sitio web del proveedor de First Coast en <https://medicareespanol.fcso.com/MEDPARD/>.

Fuente: Pub 100-04, Transmittal 3397, CR 9368

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.

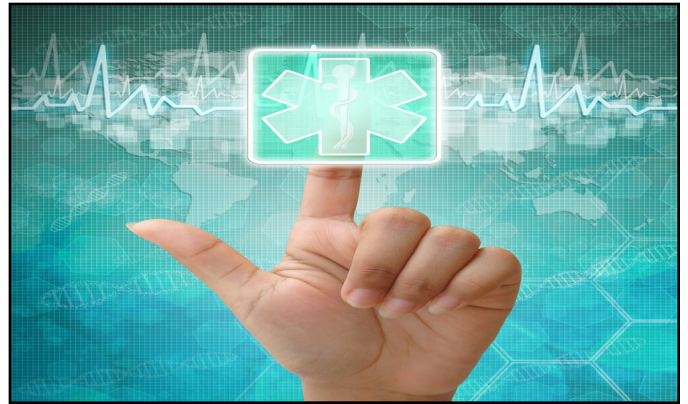
Notificación electrónica

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 <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 nueva

Cuidado de heridas — Nueva LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L37166 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para cuidado de heridas fue desarrollada basada en análisis de datos, que identificaban un incremento en utilización de procedimientos de cuidado de heridas. Además, la LCD (L33566) para los servicios existentes de debridamiento de heridas fue incorporada cuando se creó esta nueva LCD, que será retirada cuando la nueva LCD se vuelva efectiva.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después**

del 7 de diciembre de 2017. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Revisión a las LCD existentes

Infliximab (Remicade™) — revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L33704 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la CR 10230 (Especificaciones para la Versión 18.3 del Editor de Código de Pacientes Ambulatorios Integrado (I/OCE) de octubre de 2017), CR 10234 (Cambios Trimestrales en los Códigos de Medicamentos/ Productos Biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) – Actualización de octubre de 2017), CR 10236 (Actualización de Octubre de 2017 al Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) de Hospital), y la CR 10259 (Actualización de Octubre de 2017 al Sistema de Pago del Centro de Cirugía Ambulatorio (ASC)), la sección “códigos CPT/ HCPCS” de la determinación de cobertura local (LCD) para infliximab (Remicade™) fue revisada para agregar el modificador ZC (Merck/Samsung Bioepis) a la explicación de asterisco para el código HCPCS Q5102.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD para la CR 10234 es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 1 de octubre de 2017**, para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**. Esta revisión de LCD para la CR 10230, CR 10236, y CR 10259 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 1 de octubre de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de julio de 2017**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Nota: Para revisar las determinaciones de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Pruebas psicológicas y neuropsicológicas — revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L34520 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una petición de reconsideración solicitando códigos de diagnóstico adicionales para la enfermedad de Parkinson y la epilepsia, la determinación de cobertura local (LCD) para pruebas psicológicas y neuropsicológicas fue revisada. Los códigos de diagnóstico G20, G40.001 - G40.319, G40.A01 - G40.B19, y G40.401 - G40.919 fueron añadidos a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para los códigos del Current Procedural Terminology (CPT®): 96101, 96102, 96103, 96118, 96119, 96120, y el código G0451 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 31 de octubre de 2017.**

Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Nota: Para revisar las determinaciones de 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

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Part B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

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

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Part B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcso.com

Formulario: [https://medicareespanol.fcso.com/](https://medicareespanol.fcso.com/comentarios/161732.asp)

[comentarios/161732.asp](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

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Part B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

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

Email: 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 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.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<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