

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Noviembre 2017



## En esta edición

Aceptar pago de los pacientes que tienen un acuerdo de reserva de Medicare .....	3
Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare .....	6
Ajustes transitorios de pago complementario de medicamentos para pacientes con AKI .....	17

## Factor de inflación de ambulancia para 2018 y ajuste de productividad

Número de *MLN Matters*®: MM10323  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10323  
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3893CP  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

La productividad multifactorial (MFP) y el índice de precios al consumidor para todos los consumidores urbanos (CPI-U) para el año calendario 2018 es:

- MFP: 0.5 por ciento
- CPI-U: 1.6 por ciento

De acuerdo con el Affordable Care Act, el CPI-U se ve reducido por la productividad multifactorial (MFP); el porcentaje de actualización resultante se conoce como factor de inflación de ambulancia (AIF). Por lo tanto, el AIF para 2018 es de 1.1 por ciento.

Los requerimientos de coaseguro y deducible de la Parte B se aplican a los pagos según las tarifas fijas de ambulancia. El archivo de tarifas fijas de ambulancia de 2018 está disponible en noviembre de 2017. Se

puede recuperar en cualquier momento y residirá indefinidamente para su acceso. Se puede actualizar con cada actualización trimestral del archivo común de trabajo (CWF).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10323.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10323, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3893CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3893, CR 10323

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



[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

# Tabla de contenido

## Partes A y B

### Ambulancia

Factor de inflación de ambulancia para 2018 y ajuste de productividad.....1

### Apelaciones

Actualizaciones de la cantidad en controversia para el 2018.....3

### MSP

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

### EDI

CMS actualiza lista de códigos para combinaciones CARC, RARC, y C GC.....4

CMS publica códs. obs. remesas pago, denegación ajuste reclamación, Medicare Remit Easy Print y PC Print.....4

Actualización de la categoría de estado de reclamación y de los códigos de estado de reclamación.....5

### Facturación

CMS presenta dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare.....5

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

Actualización anual de los códs. HCPCS para aplicación facturación consolidada de salud en el hogar.....6

Indicador de QMB en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de cobro por servicios de Medicare.....7

Códigos radiofarmacéuticos/de rastreo de PET no clasificados.....7

### Tarifas

Actualización pago subsidio para vacuna de influenza temporada 2017-18.....8

### PWK

Modificación a las cubiertas de fax/correo de PWK.....8

### Servicios de Rehabilitación

Valores de límite de terapia para pacientes ambulatorios de 2018.....9

### Recursos Educativos

Calendario de Eventos.....10

MLN Connects® para el 26 de octubre de 2017.....11

MLN Connects® para el 2 de noviembre de 2017.....12

MLN Connects® -- Edición Especial.....12

MLN Connects® para el 9 de noviembre de 2017.....15

MLN Connects® para el 16 de noviembre de 2017.....15

### Parte A

#### Acceso al Sistema Remoto

Consultas del proveedor CWF sólo aceptarán identificador nacional del proveedor como núm válido.....16

#### Clínica de Salud Rural

Actualización al límite de pago de tarifa todo incluido de RHC para 2018.....16

#### Enfermedad Renal Terminal

Ajustes transitorios de pago complementario de medicamentos para pacientes con AKI.....17

## PARD

Extensiones para hospitales del PPS para pacientes hospitalizados (IPPS).....17

Cálculo de tarifas provisionales a pagos de GME nuevos hosp de enseñanza.....18

Hospitales de IPPS: Revisión a la hoja de cálculo S-10 de datos de reportes de costo para FY 2014 y FY 2015.....18

## Hospital

Especificaciones para la versión 18.3 del I/OCE de octubre de 2017.....19

Corrección para prevenir pago reclamaciones de inf. de pacientes hospitalizados - beneficiarios en planes MA.....19

## Sistema de Pago Prospectivo

Implementación de cambios en el PPS para ESRD y pago diálisis por AKI en centros de ESRD en el 2018.....20

Servicios de coordinación de atención y pago para RHCs y FQHCs.....21

Actualización de tasas del sistema de pago prospectivo para la salud en el hogar en el 2018.....21

## Determinaciones de cobertura local

**Parte A** .....22

### LCD Retiradas

Creatina Quinasa (CK), (CPK) – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....23

Múltiples LCDs de la Parte A y B están siendo retiradas.....23

### Revisión a las LCD Existentes

Servs. No cubiertos: Rev. LCD Part A/B.....23

Cardiología: pruebas ambulatorias no emergentes: rev. LCD Parte A/B.....24

Proceds. quirúrgicos párpado superior y ceja: revisión LCD Parte A/B.....24

**Contactos de Parte A**.....25

## Parte B

### Laboratorio Clínico

Nuevas pruebas exentas.....26

### Pautas de Envío de Reclamación

Instrucciones importantes para el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (versión 02/12).....26

## Determinaciones de cobertura local

**Parte B** .....27

### LCD Retiradas

Corticotropina - LCD retirada Parte B.....28

Múltiples LCDs de la Parte B están siendo retiradas.....28

Creatina Quinasa (CK), (CPK) – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....28

Múltiples LCDs de la Parte A y B están siendo retiradas.....28

### Revisión a las LCD Existentes

Servs. No cubiertos: Rev. LCD Part A/B.....29

Cardiología: pruebas ambulatorias no emergentes: rev. LCD Parte A/B.....29

Proceds. quirúrgicos párpado superior y ceja: revisión LCD Parte A/B.....29

**Información de Contacto Puerto Rico**...30

**Información de Contacto Florida**.....31

**Información de Contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos**.....32

## 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.*

## Apelaciones

# Actualizaciones de la cantidad en controversia para el 2018

La Ley de Medicare para Prescripción, Mejora y Modernización de Medicamentos (MMA) de 2003 provee para la evaluación anual de la cantidad en dólares en controversia (AIC) requerida para una audiencia por un Juez Legal Administrativo (ALJ) (revisión de tercer nivel) y la revisión de la Corte de Distrito Federal (revisión de quinto nivel).

Para las solicitudes realizadas en o después del 1 de enero de 2018:

- La cantidad que debe permanecer en controversia por solicitudes de audiencia de un ALJ permanecerá a \$160.
- La cantidad que debe permanecer en controversia para revisión de la Corte de Distrito Federal se incrementó a \$1,600.

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

## MSP

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

Número de *MLN Matters*®: SE17019 *Reeditado*  
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 de edición especial explica qué es un acuerdo de reserva de Medicare (MSA) y por qué es apropiado el recibir pago de un paciente que tiene un MSA de compensación del trabajador, un MSA de seguro de responsabilidad civil o un MSA de seguro sin culpa. Este artículo fue publicado nuevamente el 8 de noviembre para aclarar información. El título del artículo también cambió para reflejar mejor la información.*

### Resumen

Este artículo está dirigido a proveedores, médicos y otros suplidores a quienes les dicen los pacientes que deben pagar la factura ellos mismos porque tienen un acuerdo de reserva de Medicare de compensación del trabajador (WCMSA), un acuerdo de reserva de Medicare de seguro de responsabilidad civil (LMSA), o un acuerdo de reserva de Medicare de seguro sin culpa (NFMSA).

Cuando un paciente que es beneficiario de Medicare:

- Indica que él/ella estuvo involucrado en un seguro de responsabilidad civil, un seguro sin culpa, o en una situación de compensación al trabajador;
- Indica que él/ella debe utilizar los fondos de la liquidación, sentencia, adjudicación u otro pago para pagar por los artículos o servicios relacionados con lo reclamado o que la liquidación, sentencia, adjudicación u otro pago;



Es apropiado para usted el documentar sus registros con esa información y aceptar pago directamente del paciente para dichos servicios.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) 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.*

EDI

## CMS actualiza la lista de códigos para las combinaciones de CARC, RARC, y CAGC

Número de *MLN Matters*®: MM10268  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10268  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3915CP  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10268 ordena a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) y a los administradores del sistema compartido de Medicare, que actualicen los sistemas basados en la lista de combinaciones de códigos del Comité de Reglamento Operativo para el Intercambio de Información (CORE) que se publicará aproximadamente el 1 de febrero de 2018.

Además, si utiliza el software PC Print o Medicare Remit Easy Print (MREP) suministrado por su MAC, asegúrese de obtener la versión actualizada de ese software cuando esté disponible.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10268.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10268, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en:

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3915CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3915, CR 10268

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

## CMS publica actualizaciones del código de observación de remesas de pago, código de denegación de ajuste de reclamación, Medicare Remit Easy Print y PC Print

Número de *MLN Matters*®: MM10270  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10270  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3910CP  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la petición de cambio (CR) 10270 que actualiza las listas del código de observación de remesas de pago (RARC) y del código de denegación de ajuste de reclamación (CARC). La CR 10270 también requiere una actualización del Medicare Remit Easy Print (MREP) y el software PC Print. Si utiliza el software *MREP* o *PC Print*, asegúrese de obtener la última versión la cual es publicada en o después del 2 de abril de 2018.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10270.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10270, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3910CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3910, CR 10270

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

## Actualización de la categoría de estado de reclamación y de los códigos de estado de reclamación

Número de *MLN Matters*®: MM10271  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10271  
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3916CP  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

### Resumen

Después de la reunión de enero del Comité de Mantenimiento del Código Nacional, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de categoría de estado de reclamación de Medicare y los códigos de estado de reclamación. Los conjuntos de códigos estarán disponibles (en inglés) en:

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

Los cambios de código aprobados en la reunión de enero de 2018 se publicarán en los sitios de internet mencionados anteriormente, en o alrededor del 1 de febrero y se utilizarán en la edición de todas las

transacciones de las reclamaciones electrónicas mediante la implementación de la petición de cambio 10271, que está programada para el 2 de abril de 2018.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10271.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10271, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3916CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3916, CR 10271

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

## Facturación

## CMS presenta dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9893 *Rescindido*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9893  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: 2 de octubre 2017

### Resumen

**Nota:** Este artículo fue rescindido.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9893.pdf>

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



*regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*

## Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: 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 para indicar que la emisión de HETS para los QMB será en noviembre de 2017. Anteriormente, el 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 los QMB de los beneficiarios y exención del costo compartido para las reclamaciones de la Parte A y la Parte 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. Toda la demás información permanece igual.*

### 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 de *MLN Matters*<sup>®</sup> (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1128.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> 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.*

## Actualización anual de los códigos HCPCS utilizados para la aplicación de facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10308  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10308  
 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: R3877CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las actualizaciones de facturación consolidadas anuales de salud en el hogar (HH, por sus siglas en inglés). Los nuevos códigos de facturación consolidados, que entran en vigencia el 1 de enero de 2018, se utilizan para aplicar la facturación consolidada de los servicios de salud en el hogar. La actualización de enero de 2018 agrega los códigos 97763 y G0515 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS, por sus siglas en inglés) a la lista de códigos de terapia de facturación consolidada de HH y elimina 97532 y 97762 de la misma lista.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10308.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10308, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3877CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3877, CR 10308

*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.*

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

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9911 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9911  
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de noviembre de 2017  
Fecha de efectividad: Reclamaciones procesadas a partir del 2 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3920CP  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

*La petición de cambio 9911 publica información acerca del indicador de beneficiario cualificado de Medicare (QMB-qualified Medicare beneficiary) que modifica los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare para ayudar a los proveedores a identificar más fácilmente el estado de QMB de cada paciente. El artículo fue revisado el 16 de noviembre para reflejar una revisión a la CR 9911 emitida el 15 de noviembre. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión, y la dirección web de la CR 9911 fueron revisados. Toda la demás información permanece igual.*

### Resumen

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

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

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9911, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3920CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3920, CR 9911

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

## Códigos radiofarmacéuticos/de rastreo de PET no clasificados

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10319  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10319  
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3911CP  
Fecha de implementación: 11 de diciembre de 2017 – MACs; 2 de abril de 2018 – FISS, 2018

### Resumen

Todos los servicios de escaneo de tomografía de emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) requieren el uso de un código radiofarmacéutico, también conocido como código de rastreo. La petición de cambio (CR) 10319 anuncia y explica el uso de dos códigos nuevos no clasificados de otra manera (NOC) que se pueden utilizar cuando un código de rastreo requerido no está disponible. Los códigos de rastreo NOC están destinados a ser utilizados temporalmente en espera de la implementación de un código CPT<sup>®</sup> permanente.

**Nota:** Una vez que el código de reemplazo permanente sea implementado a través de una CR posterior, esa

CR posterior también discontinuará el uso del código temporal para esa indicación particular de PET.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10319.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10319, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3911CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3911, CR 10319

*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.*

**Tarifas**

## Actualización del pago de subsidio para la vacuna contra la influenza para la temporada de 2017-2018

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10224 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10224  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de noviembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3908CP  
 Fecha de implementación: A no más tardar del 2 de octubre de 2017

*La petición de cambio (CR) 10224 publica una lista de códigos de procedimiento y fechas de vigencia para las cuales hay subsidios de pago disponibles para las vacunas contra el virus de la influenza estacional. El artículo fue revisado el 3 de noviembre para reflejar una CR actualizada. Esa CR cambió la instrucción a los contratistas administrativos de Medicare para la búsqueda de archivos; busque la nota bajo 'Background' ('Antecedentes'). La fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la transmisión también han cambiado. Toda la demás información permanece igual.*

**Resumen**

La petición de cambio 10224 publica una lista de códigos de procedimiento y fechas de vigencia para las cuales se dispone de pago de subsidios para las vacunas contra el virus de la influenza estacional. Los límites de pago de subsidio de la Parte B de Medicare para las vacunas contra la influenza y el neumococo son el 95 por ciento del promedio de precio de venta al por mayor (AWP), como se refleja en los compendios

publicados.

**Nota:** Una lista de códigos de procedimiento y fechas de vigencia para las cuales se dispone de pago de subsidios para las vacunas contra el virus de la influenza para la temporada de la gripe de 2017-2018 se puede encontrar (en inglés) en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Part-B-Drugs/McrPartBDrugAvgSalesPrice/VaccinesPricing.html>.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10224.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10224, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3908CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3908, CR 10224

*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.*

**PWK**

## Modificación a las cubiertas de fax/correo de PWK

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10124  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10124  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1974OTN  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

**Resumen**

El Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA) de 2015 requiere que se elimine el número del seguro de salud del beneficiario (HICN) basado en el Número de Seguro Social (SSN) de las tarjetas de Medicare dentro de los cuatro años posteriores a su promulgación. La petición de cambio 10124 modifica las cubiertas de fax/correo de PWK (documentación) para eliminar HICN de los formularios y reemplazarlo con la identificación (ID) de Medicare.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> (en inglés) es

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10124.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10124, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1974OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1974, CR 10124

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

## Servicios de Rehabilitación

# Valores de límite de terapia para pacientes ambulatorios de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10341  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10341  
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3918CP  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

El Balanced Budget Act de 1997 aplica limitaciones financieras anuales para servicios de terapia para pacientes ambulatorios de Medicare Parte B. Estas limitaciones son también conocidas como “límites de terapia” (“therapy caps”). Los límites de terapia son actualizados cada año basado en el índice económico de Medicare.

Los proveedores de servicios de terapia para pacientes ambulatorios deben presentar el modificador KX en sus reclamaciones de terapia, cuando se solicita una excepción al límite para los servicios médicamente necesarios. La Sección 202 del Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA) de 2015 extendió el proceso de excepciones de límite de terapia hasta el 31 de diciembre de 2017. **Como recordatorio**, el uso excesivo del modificador KX incluyendo el uso de rutina del modificador antes de alcanzar el máximo del límite

puede indicar abuso de facturación.

La petición de cambio 9865 establece que los límites de terapia para pacientes ambulatorios para 2018 será de \$2010 para terapia física y terapia combinada del habla y lenguaje y para terapia ocupacional.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10341.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10341, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3918CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3918, CR 10341

*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.*

“ Las animaciones de inscripción del proveedor fueron sumamente útiles. Esto para mí fue muy importante. Si usted es nuevo en Medicare, yo definitivamente revisaría dichas páginas. De hecho, si alguien fuera a establecer una nueva práctica de proveedores en Florida, yo le recomendaría comenzar con el sitio Web de First Coast. ”



–Shirley Knoll, CPC  
Therapy Management Corporation  
Directora de facturación

**Recursos educativos**

**Calendario de eventos**

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

**Diciembre de 2017**

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

Cuando: 5 de diciembre de 2017  
 Hora: 1:00 p.m. - 2:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español  
 Tipo: *Webcast* **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0393646.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A/B

Cuando: 13 de diciembre de 2017  
 Hora: 1:00 p.m. - 2:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español  
 Tipo: *Webcast* **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0393453.asp>

Planificación de Cuidado Avanzado (B)

Cuando: 19 de diciembre de 2017  
 Hora: 10:30 a.m. - 11:30 a.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
 Tipo: *Webcast* **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0394447.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](http://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 26 de octubre de 2017

*MLN Connects® para el 26 de octubre de 2017*

*Vea esta edición como un PDF *

### Noticias y anuncios

- Nuevas Tarjetas/Números de Medicare: Coordinación de Beneficios
- QRP de Hospicio: Inscríbase para el Estudio Piloto HEART para el 31 de octubre
- MIPS: Participe en Pruebas de Campo de Medidas de Costo Basadas en Episodio para el 15 de noviembre
- Vista Previa de Comparación de Médicos Periodo Cierra el 17 de noviembre

### Cumplimiento del proveedor

- Reportando Cambios en Propiedad — Recordatorio

### Próximos eventos

- Llamada acerca de Definición de un Hospital: Requerimiento de Compromiso Principal — 2 de noviembre
- Webinar de Cuidado Preventivo y Pruebas de Salud para Personas con Discapacidades — 2 de noviembre
- Llamada acerca del Reglamento Final del FY 2018 del

Programa de Compra Basado en el Valor de SNF — 16 de noviembre

- Webinar acerca de Reporte de Facturación Comparativa en Servicios del Departamento de Emergencia — 13 de diciembre

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Programa de Pago de Calidad de 2017: Curso de Capacitación Basado en la Web acerca del APMs del MIPS — Nuevo
- Llamada acerca de la Clasificación de Estrellas de HHA: 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 las Preguntas Frecuentes de las Asignaciones de Equivalencia General — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Fraude y Abuso de Medicare: Prevención, Detección y Reporte — Recordatorio

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



**Descubra los Beneficios de SPOT en los datos de elegibilidad**

Elegibilidad - Deducibles/Límites  
Preventivo - MSP - Plan de Cobertura  
Hospicio - Salud en el Hogar  
Paciente hospitalizado

## MLN Connects® para el 2 de noviembre de 2017

MLN Connects® para el 2 de noviembre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

### Noticias y anuncios

- PPS de ESRD: Actualizaciones a las Políticas y Tasas de Pago
- Nueva Tarjeta de Medicare: Se Anunció el *Ombudsman* (Defensor del Pueblo) del Proveedor
- Fecha Límite de Presentación de los Programas de Reporte de Calidad de IRF y LTCH: 15 de noviembre
- Vista Previa de Comparación de Médicos Periodo Extendido al 1 de diciembre
- Hospitales: Actúe Antes de la Declaración de Uso Significativo a partir del 2 de enero
- Fecha Límite de Presentación del Programa de Reporte de Calidad de SNF Extendida al 15 de mayo
- Anexo del Conjunto de Valores de eCQM: Notas de la Versión Técnica Actualizadas
- Herramienta de Aplicación y Prueba de Simplificación Administrativa
- Uso de Drogas Antipsicóticas en Hogares de Ancianos: Actualización de Tendencia
- CMS Ofrece Alivio de Inscripción a Medicare para Estadounidenses Afectados por Desastres Recientes
- Noviembre es el Mes de Atención en el Hogar y Hospicio

### Cumplimiento del proveedor

- Servicios de Ambulancia para Soporte Vital Avanzado: Documentación Insuficiente — Recordatorio

### Reclamaciones, precios y códigos

- Reclamaciones de Pacientes Ambulatorios:

Corrigiendo el Deducible y Coaseguro para el Código G0473

### Próximos eventos

- 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®

- Webcast acerca de QRUR: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Folleto acerca de la Nueva Generación de Codificación de ICD-10-CM/PCS — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Codificación de Diagnóstico: Uso del ICD-10-CM — Recordatorio
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Beneficio de Salud en el Hogar de Medicare — Recordatorio
- Folleto acerca de Beneficiarios con Doble Elegibilidad de Medicare y Medicaid — Recordatorio
- Folleto acerca de Recursos para Beneficiarios de Medicare — Recordatorio
- Folleto acerca de Transportes de Ambulancia de Medicare — Recordatorio
- Folleto acerca de Referencia de Facturación de SNF — Recordatorio
- Folleto acerca de Artículos y Servicios No Cubiertos por Medicare — Recordatorio
- Hoja Informativa acerca de Pautas para la Enseñanza de Médicos, Internistas y Residentes — Recordatorio

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

## MLN Connects® -- Edición Especial

Jueves, 2 de noviembre de 2017

### En esta edición:

- [Política Final, Pago y Provisiones de Calidad de la Tarifa de Fija de Médico para el CY 2018](#)
- [Cambios en 2018 al OPPTS de Hospital, Sistema de Pago de ASC y a los Programas de Reporte de Calidad](#)
- [HHAs: Cambios de Pago para 2018](#)
- [Reglamento del Programa de Pago de Calidad para el Año 2](#)

### Política Final, Pago y Provisiones de Calidad de la Tarifa de Fija de Médico para el CY 2018

El 2 de noviembre, CMS emitió un reglamento final el cual incluye actualizaciones a las políticas de pago, tasas de pago, y provisiones de calidad para servicios prestados bajo la Tarifa Fija de Médico de Medicare (PFS) en o después del 1 de enero de 2018.

La actualización general de los pagos según la PFS basado en las tasas finalizadas del CY 2018 será de +0.41 por ciento. Esta actualización refleja la actualización del +0.50 por ciento establecida bajo el Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015, reducida en un 0.09

Ver **MLN**, en la página 13

## MLN

De la página 12

por ciento, debido al monto de recuperación del objetivo del código mal valorado, requerido por la Achieving a Better Life Experience Act (Ley de Lograr una Experiencia de Vida Mejor) de 2014. Después de aplicar estos ajustes y el ajuste de neutralidad presupuestaria para tener en cuenta los cambios en las Unidades de Valor Relativo, todo requerido por la ley, el factor de conversión final de la PFS para 2018 es de \$35.99, un aumento al factor de conversión de la PFS de 2017 de \$35.89.

El Reglamento Final incluye:

- Iniciativa de Pacientes sobre Papeleo
- Cambios en la valoración de servicios específicos
- Tasas de pago para departamentos hospitalarios no exceptuados fuera del campus basados en el proveedor
- Servicios de telesalud de Medicare
- Unidades de valor relativo de negligencia
- Servicios de manejo de atención
- Mejoras de las tasas de pago para los servicios de salud del comportamiento basados en la oficina
- Solicitud de comentarios de evaluación y manejo
- Solicitud de comentarios de visitas al departamento de emergencias
- Solicitud de comentarios públicos acerca de la recopilación de datos iniciales y los periodos de reporte para las Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico
- Medicamentos de la Parte B: Pago por productos biológicos biosimilares
- Pago de medicamentos de la Parte B: Medicamentos de infusión suministrados a través de un artículo de equipo médico duradero
- Nuevos servicios de coordinación de atención y pago para clínicas de salud rurales y centros de salud cualificados a nivel federal
- Criterios de uso apropiados para imágenes de diagnóstico avanzado
- Modelo expandido del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare
- Sistema de Reporte de Calidad del Médico
- Códigos de relación del paciente
- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare
- Modificador de Valor de 2018

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Comunicado de Prensa](#): CMS Finaliza Políticas que Reducen la Carga del Proveedor, Precios de Medicamentos más Bajos

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 2 de noviembre).

### Cambios en 2018 al OPPTS de Hospital, Sistema de Pago de ASC y a los Programas de Reporte de Calidad

El 1 de noviembre, CMS emitió el reglamento final del

Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) de Hospital y Sistema de Pago de Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) del CY 2018 con periodo de comentarios, que incluye actualizaciones a las tarifas de 2018 y provisiones de calidad y otros cambios de política. CMS adoptó una serie de políticas las cuales apoyarán la prestación de atención; reducirán las cargas para los proveedores de salud, especialmente en las zonas rurales; reducirán costos de desembolso de los beneficiarios para ciertos medicamentos; mejorarán la relación paciente-médico; y promoverán la flexibilidad en el cuidado de la salud.

CMS está aumentando las tasas de pago del OPPTS en un 1.35 por ciento para 2018. El cambio se basa en el aumento de la bolsa de mercado del hospital de 2.7 por ciento, menos un ajuste de 0.6 puntos porcentuales para la productividad multifactorial y un ajuste de 0.75 puntos porcentuales requerido por la ley. Después de considerar todos los demás cambios de política según el reglamento final, incluido el gasto estimado para los pagos de transferencia, CMS calcula un impacto global del aumento del pago del 1.4 por ciento para los proveedores pagados bajo el OPPTS en el CY 2018.

CMS actualiza los pagos de ASC anualmente por el aumento porcentual en el Índice de Precios al Consumidor para todos los consumidores urbanos (CPI-U). El estatuto de Medicare especifica un ajuste de Productividad Multifactorial (MFP) para la actualización anual de ASC. Para el CY 2018, la actualización del CPI-U es de 1.7 por ciento. El ajuste de MFP es de 0.5 por ciento, lo que resulta en un factor de actualización del CPI-U ajustado por MFP del CY 2018 de 1.2 por ciento. Incluyendo la inscripción, casos de diagnósticos y los cambios de utilización, se prevé que los pagos totales de ASC aumenten aproximadamente un 3 por ciento en 2018.

El Reglamento Final incluye:

- Iniciativa de Pacientes sobre Papeleo
- Pago por medicamentos y productos biológicos comprados a través del programa de fijación de precios de medicamentos 340B
- Supervisión de servicios terapéuticos ambulatorios de hospital
- Agrupación de servicios de administración de medicamentos a bajo costo
- Lista de pacientes hospitalizados
- Umbral de alto costo/bajo costo para sustitutos de la piel agrupados
- Revisiones a la política de fecha de servicio de laboratorio
- Fijación de tasas del Programa de Hospitalización Parcial
- Solicitud de comentario acerca de reforma de pago de ASC
- Lista de procedimientos cubiertos de ASC

## MLN

De la página 13

- Programa de Reporte de Calidad de Hospital de Pacientes Ambulatorios
- Programa de Reporte de Calidad de Centro de Cirugía Ambulatoria

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Comunicado de Prensa](#): CMS Finaliza las Políticas que Reducen los Costos de Desembolso de los Medicamentos de y Aumentan el Acceso a la Atención de Alta Calidad

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 1 de noviembre).

### HHAs: Cambios de Pago para 2018

El 1 de noviembre, CMS emitió un reglamento final que actualiza las tasas de pago de Medicare para el CY 2018 y el índice salarial para las Agencias de Salud en el Hogar (HHA) que atienden a los beneficiarios de Medicare. El reglamento también finaliza las propuestas para el Modelo de Compras Basadas en el Valor de Salud en el Hogar y el Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar.

CMS proyecta que los pagos de Medicare para las HHAs en el CY 2018 se reducirán en un 0.4 por ciento, u \$80 millones, según las políticas finalizadas. Esta disminución refleja los efectos de un porcentaje de actualización de pago de salud en el hogar del uno por ciento (aumento de \$190 millones); un ajuste del -0.97 por ciento a la tasa nacional estandarizada de pago de episodios de 60 días para tener en cuenta el crecimiento nominal de casos de diagnósticos con un impacto de -0.9 por ciento (disminución de \$170 millones); y el cierre de la provisión complementaria rural (disminución de \$100 millones).

El Reglamento Final incluye:

- Iniciativa de Pacientes sobre Papeleo
- Porcentaje anual de actualización de pagos de salud en el hogar
- Ajuste para reflejar el crecimiento nominal de casos de diagnósticos
- Cierre de la provisión complementaria rural

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Comunicado de Prensa](#): CMS Finaliza las Políticas que Reducen los Costos de Desembolso de los Medicamentos de y Aumentan el Acceso a la Atención de Alta Calidad

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 1 de noviembre).

### Reglamento del Programa de Pago de Calidad para el Año 2

- Sopesar la categoría de costos de rendimiento del Sistema de Incentivo de Pago Basado en Mérito (MIPS) a un 10% de su total de puntuación final del MIPS, y la categoría de desempeño de calidad

por un 50%

- Aumentar el umbral de desempeño del MIPS a 15 puntos en el Año 2
- Permitir el uso de la Edición de 2014 y/o de la Tecnología Certificada de Expedientes Electrónicos de Salud (CEHRT) de 2015 en el Año 2 para la categoría de desempeño de Información de Cuidado Avanzado, y proveer un bono por utilizar solo CEHRT de 2015
- Atribuir hasta 5 puntos de bono en su puntuación final del MIPS para el tratamiento de pacientes complejos
- Sopesar automáticamente la Calidad, Información de Cuidado Avanzado, y las categorías de desempeño de Mejoría de Actividades al 0% de la puntuación final del MIPS para profesionales de la salud impactados por los huracanes Irma, Harvey y María y otros desastres naturales
- Añadir 5 puntos de bono a la puntuación final del MIPS de prácticas pequeñas
- Añadir Grupos Virtuales como opción de participación para el MIPS
- Emitir un reglamento final provisional con comentario para circunstancias extremas incontrolables donde los profesionales de la salud pueden estar exentos automáticamente de estas categorías en el año de transición sin presentar una solicitud de exención por dificultades
- Disminuir el número de doctores y profesionales de la salud requeridos para participar como una manera de proveer más flexibilidad al excluir profesionales de la salud individuales o grupos elegibles del MIPS con  $\leq$ \$90,000 de cargos permitidos en la Parte B o  $\leq$ 200 beneficiarios de la Parte B de Medicare
- Proveer más detalle acerca de cómo los profesionales de la salud elegibles participando en Modelos Avanzados de Pago Alternativo (APMs) serán evaluados bajo el estándar de puntuación del APM
- Crear flexibilidades adicionales y caminos para permitirle a los profesionales de la salud sobresalir bajo la Opción de Combinación de Todos los Pagadores

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Hoja Informativa](#)
- [Resumen Ejecutivo](#)
- [Comunicado de Prensa](#): CMS Finaliza Políticas que Reducen la Carga del Proveedor, Precios de Medicamentos más Bajos
- Sitio web del [Programa de Pago de Calidad](#)
- [Regístrese](#) para el webinar el 14 de noviembre

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

## MLN Connects® para el 9 de noviembre de 2017

[MLN Connects® para el 9 de noviembre de 2017](#)

[Vea esta edición como un PDF](#)

### Noticias y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Ayude a Notificar a Sus Pacientes
- Implementación de Modelo Expandido del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare
- Resultados para el FY 2018 del Programa Hospitalario de Compra Basada en el Valor
- Acuerdos de Apelaciones de Volumen Bajo
- Congelación de Datos de Conjunto de Elementos de Hospicio: 15 de noviembre
- Borrador de 2018 de la Guía de Implementación de QRDA III de CMS: Presentar Comentarios para el 17 de noviembre
- Nueva Directriz de RFI del Centro de Innovación de CMS: Presentar Comentarios para el 20 de noviembre
- Plantillas Terapéuticas de Zapatos: Comentario en Estándares de Calidad de DMEPOS hasta el 11 de diciembre
- Recursos del Programa de Pago de Calidad en Nueva Localización
- Cuidado Post-Agudo: Guías de Referencia Rápida del Programa de Pago de Calidad Disponible
- Acceso a Proveedores y Farmacias durante Emergencias de Salud Pública
- Creando Conciencia de la Diabetes en noviembre

### Cumplimiento del proveedor

- Uso Adecuado del Modificador KX para Reclamaciones de Medicamentos de Inmunosupresión para la Parte B

### Próximos eventos

- Webinar acerca de Información General del Año 2 del Programa de Pago de Calidad — 14 de noviembre
- Llamada acerca del Reglamento Final del FY 2018 del Programa de Compra Basada en el Valor de SNF — 16 de noviembre
- Webinar acerca de Capacite-al-Capacitador de los Grupos Virtuales del Programa de Pago de Calidad — 17 de noviembre
- Llamada acerca del Reglamento Final del Año 2 del Programa de Pago de Calidad — 30 de noviembre
- Llamada acerca del Modelo de Expansión del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare — 5 de diciembre
- Capacitación En-Persona del Programa de Pago de Calidad de LTCH — 6 y 7 de diciembre

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Programa de Pago de Calidad en 2017: Modelos de Pago Alternativo Avanzado — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de la Respuesta de FFS de Medicare a los Incendios Forestales de California de 2017 — Actualizado
- Artículo de MLN Matters acerca de la Prohibición a Facturar a Personas Elegibles Doblemente Inscritas en el Programa de QMB — Revisado
- Hoja Informativa acerca de la Transición a los Nuevos Números y Tarjetas de Medicare — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Provisión de Reportes de Indicadores de Condiciones Adquiridas en el Hospital (Presente a la Admisión) — Revisado
- Folleto acerca de Información de Remesa de Pago: Una Visión General — 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 16 de noviembre de 2017

[MLN Connects® para el 16 de noviembre de 2017](#)

[Vea esta edición como un PDF](#)

### Noticias y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Información de la Nueva Página Web
- CAHs: Fecha Límite para Solicitar una Excepción por Infortunios es el 30 de noviembre
- Grupo Virtual para el MIPS en 2018: Aplique antes del 31 de diciembre
- Problema de Remesas de Pago de QMB
- Reportes de Medidas de Calidad de IRF/LTCH: Medidas Añadidas
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Actualización Trimestral
- Comparación de Médicos: Cómo Actualizar su Listado
- Reconociendo el Mes de Concientización sobre el Cáncer de Pulmón y el Gran Día de No Fumar

### Cumplimiento del proveedor

- Evaluación y Manejo: Codificación Correcta — Recordatorio

### Próximos eventos

- Llamada acerca del Reglamento Final del Año 2 del Programa de Pago de Calidad — 30 de noviembre
- Llamada acerca del Modelo de Expansión del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare — 5 de diciembre
- Llamada acerca de Alianza Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y QAPI — 14 de diciembre

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Llamada acerca de Hospital: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Folleto acerca de Conceptos Básicos de Medicare y Medicaid — Revisado
- ¿Está Buscando Materiales Educativos?

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

## Acceso al Sistema Remoto

# Las consultas del proveedor del CWF sólo aceptarán el identificador nacional del proveedor como número de proveedor válido

Número de *MLN Matters*®: MM10098 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10098  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1976OTN  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

*La petición de cambio 10098 publica información acerca de las modificaciones a las consultas del proveedor del archivo común de trabajo (CWF), que a partir de enero de 2018, ya no permitirán el uso de números de proveedor legados. Este artículo fue revisado el 13 de noviembre para reflejar una revisión a la CR 10098 emitida el 9 de noviembre. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR son revisadas. Toda la demás información permanece igual*

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que el archivo común de trabajo (CWF) modifique las consultas del proveedor del CWF para que sólo acepten el identificador nacional del proveedor (NPI) como número de proveedor válido. Actualmente, se permite a los socios comerciales

utilizar los números de proveedor legados (el número de certificación de CMS (CCN) o el número único de identificación del médico (UPIN)) o NPI en las consultas del proveedor del CWF.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10098.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10098, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1976OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1976, CR 10098

*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.*

## Clínica de Salud Rural

# Actualización al límite de pago de tarifa todo incluido de RHC para 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10333  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10333  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3919CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

El pago de Medicare Parte B a clínicas de salud rurales (RHC, por sus siglas en inglés) es 80 por ciento de la tarifa todo incluido (AIR, por sus siglas en inglés), sujeto a un límite de pago para visitas médicas médicamente necesarias y preventivas calificadas cara a cara con un profesional y un beneficiario de Medicare para los servicios de RHC. Los límites de pago para un año posterior se incrementan de acuerdo con la tasa de aumento en el índice económico de Medicare (MEI, por sus siglas en inglés).

Según datos históricos hasta el segundo trimestre de 2017, el MEI para 2018 es del 1.4 por ciento. El límite de pago de RHC por visita para 2018 es de \$83.45, efectivo a partir del 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018. El límite de pago de RHC para 2018 refleja un

aumento del 1.4 por ciento por encima del límite de pago de 2017 de \$82.30.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10333.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10333, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3919CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3919, CR 10333

*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.*

## Enfermedad Renal Terminal

# Ajustes transitorios de pago complementario de medicamentos para pacientes con AKI

Número de *MLN Matters*®: MM10281

Número de petición de cambio relacionado: CR 10281

Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2017

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018

Número de transmisión de CR relacionado: R1941OTN

Fecha de implementación: 1 de abril de 2018

### Resumen

Según el proceso de designación de medicamentos del sistema de pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS, por sus siglas en inglés), el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ofrece el pago mediante ajustes transitorios de pago complementarios de medicamentos (TDAPA, por sus siglas en inglés) para nuevos medicamentos inyectables o intravenosos y biológicos que califican bajo 42 CFR 413.234(c)(1). El TDAPA es una política de pago bajo el PPS de la ESRD y solo es aplicable para beneficiarios de ESRD. El TDAPA no es aplicable al monto de pago por tratamiento que se paga a los centros de ESRD para el suministro de diálisis a personas con AKI (lesión renal aguda).

A partir del 1 de enero de 2018, los ajustes transitorios de pago complementario de medicamentos (TDAPA) realizarán pagos a los centros de enfermedad renal

en estado terminal (ESRD) para el suministro de calcimiméticos a los beneficiarios de ESRD. Los centros de ESRD no serán responsables del suministro de calcimiméticos a personas con AKI.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10281.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10281, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1941OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1941, CR 10281

*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.*

## PARD

# 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 2 de enero de 2018.



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

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

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10240 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2017  
 Fecha de efectividad: 23 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1952OTN  
 Fecha de implementación: 23 de octubre de 2017

*La petición de cambio (CR) 10240 proporciona instrucciones para calcular las tarifas provisionales para los pagos de educación médica del graduado (GME) a nuevos hospitales de enseñanza. Este artículo fue revisado el 30 de octubre para reflejar una CR 10240 revisada emitida el 27 de octubre. La CR fue emitida nuevamente para revisar varias declaraciones de política y para abordar cómo manejar ciertas reclamaciones afectadas.*

### 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 de *MLN Matters*<sup>®</sup> (en inglés) 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 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1952OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1952, 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.*

## Hospitales de IPPS: Revisión a la hoja de cálculo S-10 de datos de reportes de costo para FY 2014 y FY 2015

El formulario CMS-2552-10 modificó la aplicación de la razón costo-por-cargo para cantidades de cuidado de hospital sin compensar e indigente reportados en la hoja de cálculo S-10. La modificación se aplica a todos los reportes de costos de FY 2014 y 2015, tanto para los enmendados como para los no enmendados, para hospitales elegibles a un ajuste de pago de participación desproporcional (DSH) con sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS). Para beneficiarse de los cálculos modificados, revise los datos de la hoja de cálculo S-10 para asegurarse que su reporte de costo pase todas las modificaciones. Enmiende su reporte de costos si una modificación está marcada; las enmiendas deben ser recibidas en o antes del 2 de enero de 2018. Aproximadamente 300 proveedores elegibles de DSH del IPPS tendrán que enmendar sus reportes de costos para corregir estas modificaciones. Estaremos enviando una carta de reporte de costo enmendado a los proveedores que pudimos identificar pero por favor revisen sus reportes de costos afectados para beneficiarse de los cálculos

modificados.

Las enmiendas de la hoja de cálculo S-10 aseguran que:

- Las deudas incobrables admisibles de Medicare no superan el total de las deudas incobrables del centro
- Los cargos por cuidado caritativo no excedan los cargos totales del centro
- Los cargos de los días del paciente más allá del límite de tiempo de estadía del programa de cuidado de indigentes (línea 20, columna 2) son mayores que o iguales a los cargos de los días del paciente más allá del límite de tiempo de estadía del programa de cuidado de indigentes (línea 25).

Para más información (en inglés):

- [Transmisión 11 \(T-11\)](#)
- [Artículo de \*MLN Matters\*<sup>®</sup> SE17031](#)

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

## Hospital

# Especificaciones para la versión 18.3 del I/OCE de octubre de 2017

Número de *MLN Matters*®: MM10230 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10230  
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de noviembre de 2017

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3907CP  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

*Este artículo resume las instrucciones y especificaciones para la versión 18.3 del editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado (I/OCE), que dirige todas las reclamaciones institucionales de pacientes ambulatorios a través de un único OCE integrado. Este artículo fue revisado el 3 de noviembre para reflejar la petición de cambio revisada (CR) 10230 emitida en la misma fecha. En el artículo, la tabla de modificación se actualizó para incluir las revisiones de varias ediciones por edad y sexo (fila 1 de la tabla) y para agregar una referencia a la lista bilateral condicional en la fila 10 de la tabla. Además, se revisaron la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR. Toda la demás información permanece igual.*

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10230 provee instrucciones y especificaciones para la versión 18.3 del editor de código de pacientes ambulatorios integrado (I/OCE) utilizado para las reclamaciones del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) y no

OPPS. Las especificaciones del I/OCE se publicarán (en inglés) en <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/OutpatientCodeEdit/index.html>.

Una tabla en el artículo de *MLN Matters*® resume las modificaciones del I/OCE para la publicación de v18.3 de octubre de 2017.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10230.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10230, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3907CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3907, CR 10230

*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.*

# Corrección para prevenir el pago de reclamaciones de información de pacientes hospitalizados solamente para los beneficiarios inscritos en planes de MA

Número de *MLN Matters*®: MM10238  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10238  
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2017

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R3898CP  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10238 instruye a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) para permitir que el archivo común de trabajo (CWF) establezca la modificación 5233 en las reclamaciones de información de pacientes hospitalizados solamente facturadas con códigos de condición 04 y 30 para estudios de exención de dispositivo de investigación (IDE) y estudios clínicos aprobados bajo cobertura con evidencia de desarrollo (CED), que a su vez permitirá que el sistema estándar

del intermediario fiscal (FISS) ponga a cero el pago.

La CR 10238 no contiene una nueva política. Mejora la implementación de las políticas de pago de Medicare existentes.

Dentro de los 90 días de la fecha de implementación de la CR 10238, los MAC reprocesarán solo las reclamaciones de información de pacientes hospitalizados con un pago mayor a \$0, códigos de condición 04 y 30, uno de los números aprobados de estudio de IDE o CED en la hoja de cálculo adjunta a la CR y una fecha de alta de admisión en o después del 1 de abril de 2015 y antes del 31 de marzo de 2018.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10238.pdf>.

Ver **CORRECCIÓN**, en la página 20

**Sistema de Pago Prospectivo**

# Implementación de cambios en el PPS para ESRD y pago por diálisis proporcionado por AKI en centros de ESRD en el 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10312  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10312  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de noviembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R237BP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

**Resumen**

La petición de cambio (CR) 10312 implementa las actualizaciones de tarifas en el 2018 para el sistema de pago prospectivo para enfermedad renal en estado terminal (PPS para ESRD) y pago por diálisis proporcionado por lesión renal aguda (AKI) en centros de ESRD para el 2018.

El PPS para ESRD de 2018 actualiza lo siguiente:

- Tarifa básica de PPS para ESRD
- Índice salarial
- Participación relacionada con el trabajo
- Política extraordinaria
- Requisitos de facturación consolidados
- Tasa de pago de diálisis para AKI en el 2018 para servicios de diálisis renal
- Los contratistas administrativos de Medicare

no permitirán un pago separado cuando el modificador AY está presente en el tipo de facturación 72x (ESRD) con códigos J0604 y J0606.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10312.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10312, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R237BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 237, CR 10312

*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.*

## CORRECCIÓN

De la página 19

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10238, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3898CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3898, CR 10238

*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.*

**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.

## Servicios de coordinación de atención y pago para RHCs y FQHCs

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10175 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10175  
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de agosto de 2017

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R1899OTN  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

*La petición de cambio (CR) 10175 proporciona instrucciones para el pago a las clínicas de salud rurales (RHCs, por sus siglas en inglés) que facturan con la tarifa todo incluido y la facturación de centros de salud federalmente calificados (FQHCs, por sus siglas en inglés) bajo el sistema de pago prospectivo, para servicios de coordinación de atención para las fechas de servicio o después del 1 de enero de 2018. Este artículo fue revisado el 13 de noviembre para corregir enunciados en la página 2 (en negrita). Toda la demás información permanece sin cambios.*

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10175 proporciona instrucciones para el pago a las clínicas de salud rurales (RHCs, por sus siglas en inglés) que facturan con la tarifa todo incluido y la facturación de centros de salud federalmente calificados (FQHCs, por sus siglas en inglés) bajo el sistema de pago prospectivo, para servicios de coordinación de atención para las fechas de servicio o después del 1 de enero de 2018.

A partir del 1 de enero de 2016, el pago de la administración de atención crónica (CCM, por sus siglas en inglés) a RHCs y FQHCs se basa en la tarifa de pago

nacional de centro no hospitalario de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (PFS, por sus siglas en inglés) cuando el código CPT<sup>®</sup> 99490 se factura solo o con otros servicios pagaderos en una reclamación de RHC o de FQHC. La tarifa se actualiza anualmente y no hay ajuste geográfico. Las revisiones de los requisitos de la CCM para los RHCs y FQHCs se incluyeron en el reglamento final de las PFS del CY 2017 para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2017.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10175.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10175, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1899OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1899, CR 10175

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

## Actualización de tasas del sistema de pago prospectivo para la salud en el hogar en el 2018

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10310  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10310  
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de octubre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3888CP  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente cambios de política y reembolso para el sistema de pago de prospectivo de 2018 para servicios de cuidado de salud en el hogar provistos a beneficiarios de Medicare. La actualización de la bolsa de mercado para salud en el hogar en el 2018 es 1 por ciento, lo cual es entonces reducido por un ajuste de productividad multifactorial (MFP, por sus siglas en inglés) de 2 puntos porcentuales. Las agencias de salud en el hogar que no reporten los datos de calidad requeridos recibirán una actualización de -1 por ciento.

En adición, la CR detalla las siguientes actualizaciones:

- Tasas de episodios nacionales de 60 días
- Cantidades nacionales por visita
- Cantidades adicionales de ajuste de pago por baja utilización (LUPA)

- Cantidades de pagos por equipos médicos no-rutinosos, y
- Las cantidades de pago de costo por unidad utilizadas para calcular pagos atípicos

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10310.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10310, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3888CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3888, CR 10310

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

## Determinaciones de Cobertura Local

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 de cobertura local (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 de 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](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 Retiradas

### Creatina Quinasa (CK), (CPK) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L34042 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en la revisión de análisis de datos de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que esta LCD ya no es requerida y, por lo tanto, está siendo retirada.

**Fecha de vigencia**

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados en o después del 9 de noviembre 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>.

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](#).

### Múltiples determinaciones de cobertura local de la Parte A y la Parte B (LCDs) están siendo retiradas

**LCD ID números: L34019, L34015 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en una revisión anual y una revisión de análisis de datos de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que estas LCDs ya no son necesarias, y por lo tanto, están siendo retiradas.

- L34019 – Inmunoglobulina Intravenosa Rho (D)
- L34015 – Mitomicina (Mutamycin, Mitomycin-C)

**Fecha de vigencia**

El retiro de estas LCDs es efectivo para servicios

prestados en o después del 9 de noviembre 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>.

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](#).

## Revisión a las LCD existentes

### Servicios No cubiertos -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

**LCD ID número: L33777 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en una petición de reconsideración de una determinación de cobertura local (LCD), la LCD para Servicios No cubiertos fue revisada para remover el código 84145 [Procalcitonin (PCT)] del Current Procedural Terminology (CPT®) bajo la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte A y la Parte B”.

**Fecha de vigencia**

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados en o después del 13 de noviembre 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>.

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](#).

## Cardiología— pruebas ambulatorias no emergentes: prueba de esfuerzo, eco de estrés, SPECT de MPI, y PET cardiaca—revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

Basado en una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) de cardiología—pruebas ambulatorias no emergentes, prueba de esfuerzo, eco de estrés, Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único (SPECT) de Imágenes de Perfusión Miocárdica (MPI), y Tomografía de Emisión de Positrones (PET) Cardiaca fue revisada. Las instrucciones añadidas a la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) para la PET para la indicación de Perfusión del Corazón (220.6.1) cuando la PET (ya sea con descanso solamente o descanso con estrés) es realizada en lugar de, pero no en adición a la, SPECT fueron removidas. En adición, las itálicas fueron removidas de las palabras puestas en itálicas por error.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de noviembre 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](#).

## Procedimientos quirúrgicos del párpado superior y la ceja -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

### LCD ID número: L34028 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en las peticiones de cambio (CRs) 9658, 9668, 10236 y 10259, la sección de Política de Cobertura Nacional de CMS (“CMS National Coverage Policy”) de la determinación de cobertura local (LCD) para procedimientos quirúrgicos del párpado superior y la ceja fue actualizada. En adición, un artículo asociado de codificación fue desarrollado para incluir lenguaje explicativo relacionado a reparación de blefaroplastia y blefaroptosis del párpado superior de las CRs mencionadas arriba.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de octubre 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>.

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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## 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)



## 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](mailto:FCSOSPOTHelp@fcso.com)

855-416-4199

#### Sitios web

[medicare.fcso.com](http://medicare.fcso.com)

[medicareespanol.fcso.com](http://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](mailto:AskFloridaA@fcso.com)

#### Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

#### Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

#### Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

#### Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

#### Redeterminaciones

##### Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

##### Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

#### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

#### Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

### Aseguradoras regionales de equipo

**médico duradero (DMERC)** DME, dispositivos ortóticos y 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](http://www.cms.gov))

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, división de administración financiera y operaciones de tarifa fija [ROATLFM@CMS.HHS.GOV](mailto: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)

## Laboratorio Clínico

### Nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*®: MM10321  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10321  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de noviembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3902CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

#### 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 de *MLN Matters*® (en inglés) es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10321.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10321, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3902CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3902, CR 10321

*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.*

## Pautas de Envío de Reclamación

### Instrucciones importantes para el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (versión 02/12)

Recientemente, First Coast Service Options (First Coast) ha notado un problema recurrente para varias reclamaciones cuando pasan por el proceso de reconocimiento óptico de caracteres (OCR). Para evitar estos problemas, hemos querido reiterar algunas instrucciones importantes para nuestros remitentes de reclamaciones en papel:

- Se requiere que todas las reclamaciones en papel sean presentadas utilizando un formulario rojo/blanco original CMS-1500 (02/12). Copias en blanco y negro serán **devueltas como no procesables**.
- Al completar el formulario de reclamación, asegúrese de utilizar todo **tipo de letra en mayúscula**. Esto es especialmente importante cuando se indica la letra "I" y "L" en el ítem 24E
- Las reclamaciones presentadas con el identificador nacional del proveedor (NPI) y sin uno de los *calificadores del ítem 17* o con un calificador no válido **serán devueltas como reclamaciones no procesables (RUC)**.

#### Recordatorio ASCA

Solamente los proveedores que cumplan con los requerimientos de la excepción del Acta de Cumplimiento de Simplificación Administrativa (Administrative Simplification Compliance Act-ASCA) se les permite presentar sus reclamaciones a Medicare en papel, las cuales deberán ser presentadas en un formulario de reclamación CMS-1500 válido. Los proveedores que cumplan con estas excepciones están autorizados a presentar sus reclamaciones a Medicare en papel. Más información sobre las excepciones de ASCA se puede encontrar en el capítulo 24 del *Medicare Claims Processing Manual* (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare).

*Fuente (en inglés): Manual electrónico (IOM) de CMS Pub. 100-04 Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, capítulo 24, sección 20.4; capítulo 26; petición de cambio (CR) 8509; sitio web NUCC.*

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

## Determinaciones de Cobertura Local

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 de cobertura local (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.

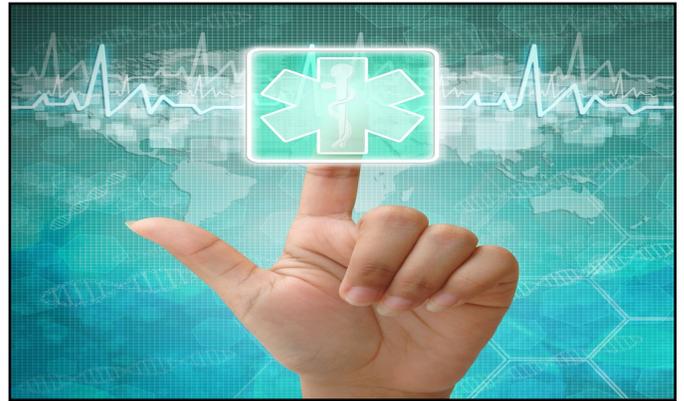
### Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia de 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](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 Retiradas

### Corticotropina – LCD retirada de la Parte B

#### LCD ID número: L33811 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) de Corticotropina, fue determinado que esta LCD ya no es requerida y por lo tanto, está siendo retirada.

#### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 16 de noviembre 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>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden 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](#).

### Múltiples determinaciones de cobertura local de la Parte B (LCDs) están siendo retiradas

#### LCD ID números: L33920, L33819 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una revisión anual y una revisión de análisis de datos de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que estas LCDs ya no son necesarias, y por lo tanto, están siendo retiradas.

- L33920 – Desbridamiento de la cavidad de la mastoidectomía
- L33819 – Fotografía ocular externa

#### Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es efectivo para servicios

prestados **en o después del 9 de noviembre 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>.

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](#).

### Creatina Quinasa (CK), (CPK) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número: L34042 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la revisión de análisis de datos de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que esta LCD ya no es requerida y, por lo tanto, está siendo retirada.

#### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 9 de noviembre 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>.

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](#).

### Múltiples determinaciones de cobertura local de la Parte A y la Parte B (LCDs) están siendo retiradas

#### LCD ID números: L34019, L34015 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una revisión anual y una revisión de análisis de datos de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que estas LCDs ya no son necesarias, y por lo tanto, están siendo retiradas.

- L34019 – Inmunoglobulina Intravenosa Rho (D)
- L34015 – Mitomicina (Mutamycin, Mitomycin-C)

#### Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es efectivo para servicios

prestados **en o después del 9 de noviembre 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>.

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](#).

## Revisión a las LCD existentes

### Servicios No cubiertos -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

#### LCD ID número: L33777 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una petición de reconsideración de una determinación de cobertura local (LCD), la LCD para Servicios No cubiertos fue revisada para remover el código 84145 [Procalcitonin (PCT)] del Current Procedural Terminology (CPT®) bajo la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte A y la Parte B”.

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados **en o después del 13 de noviembre 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>.

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](#).

### Cardiología— pruebas ambulatorias no emergentes: prueba de esfuerzo, eco de estrés, SPECT de MPI, y PET cardiaca—revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

Basado en una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) de cardiología—pruebas ambulatorias no emergentes, prueba de esfuerzo, eco de estrés, Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único (SPECT) de Imágenes de Perfusión Miocárdica (MPI), y Tomografía de Emisión de Positrones (PET) Cardiaca fue revisada. Las instrucciones añadidas a la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) para la PET para la indicación de Perfusión del Corazón (220.6.1) cuando la PET (ya sea con descanso solamente o descanso con estrés) es realizada en lugar de, pero no en adición a la, SPECT fueron removidas. En adición, las itálicas fueron removidas de las palabras puestas en itálicas por error.

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 de noviembre 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](#).

### Procedimientos quirúrgicos del párpado superior y la ceja -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

#### LCD ID número: L34028 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en las peticiones de cambio (CRs) 9658, 9668, 10236 y 10259, la sección de Política de Cobertura Nacional de CMS (“CMS National Coverage Policy”) de la determinación de cobertura local (LCD) para procedimientos quirúrgicos del párpado superior y la ceja fue actualizada. En adición, un artículo asociado de codificación fue desarrollado para incluir lenguaje explicativo relacionado a reparación de blefaroplastia y blefaroptosis del párpado superior de las CRs mencionadas arriba.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de octubre 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>.

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 locales de cobertura (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](mailto: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 Parte 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 Parte 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@fcsso.com](mailto:FloridaB@fcsso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: [medical.policy@fcsso.com](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

### Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto: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 Parte 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](mailto: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](mailto: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>

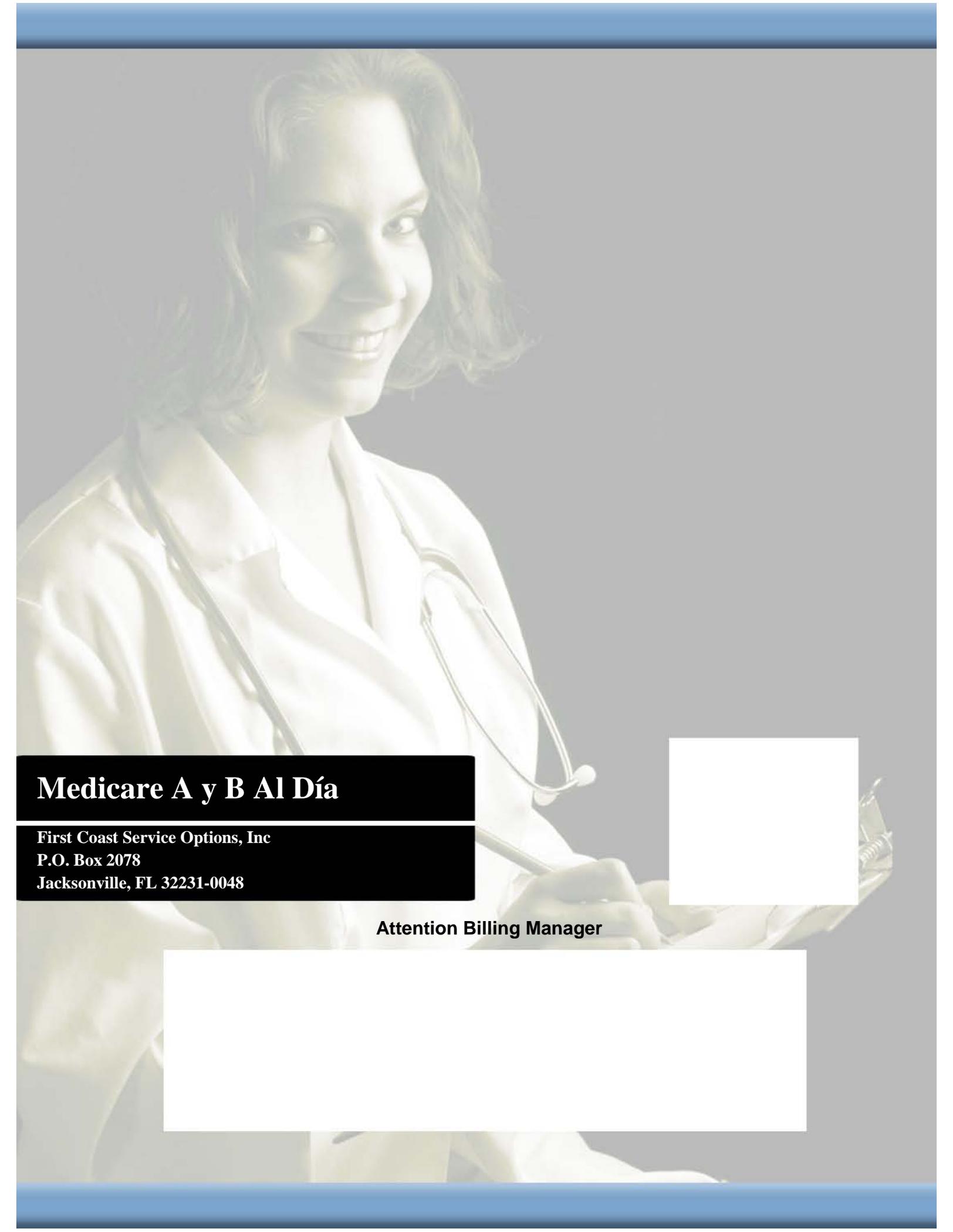
First Coast University

<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**