

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Abril 2018



## En esta edición

Modificaciones a la implementación del segmento PWK del sistema esMD .....	3
Programa actualizado de compra basada en el valor de centro de enfermería especializada.....	12
Reclamaciones de la Parte B facturadas con códigos radiofarmacéuticos denegadas por error.....	19

## Aumento de la reducción del pago de ambulancias para los transportes de soporte de vida básico (BLS) que no son de emergencia, hacia y desde centros de diálisis renal

Número de *MLN Matters*®: MM10549  
Número de petición de cambio relacionado: 10549  
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4017CP  
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

### Resumen

La solicitud de cambio (CR) 10549 proporciona instrucciones con respecto a la Sección 53108 de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018, (que se promulgó el 9 de febrero de 2018), la cual requiere que, a partir del 1 de octubre de 2018, la reducción de pagos de tarifas fijas para transportes de BLS hacia y desde tratamientos de diálisis renal sea aumentado a 23 por ciento.

Los transportes terrestres de BLS que no son de emergencia están identificados por el código A0428 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Servicio de ambulancia, soporte de vida básico, transporte que no es de emergencia, (BLS)). Los transportes de ambulancia hacia y desde el tratamiento de diálisis renal se identifican además mediante los códigos de modificador de origen/destino "G" (ESRD hospitalaria)

y "J" (centro de ESRD independiente), en la posición de origen o de destino de un modificador de ambulancia.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10549.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10549, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4017CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4017, CR 10549

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

### Ambulancia

Aumento de la reducción del pago de ambulancias para los transportes de soporte de vida básico (BLS) que no son de emergencia, hacia y desde centros de diálisis renal.....1

Aclaración de transporte de ambulancia para un residente de un SNF en una estancia no cubierta por la Parte A.....3

### PWK

Modificaciones a la implementación del segmento PWK del sistema esMD.....3

### Facturación

Terapia de ejercicio supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.....4

Codificación correcta para pruebas de validez de espécimen facturadas en combinación con pruebas de drogas.....4

### Tarifas

Acciones de procesamiento de reclamación para implementar disposiciones de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018.....5

Actualización de julio de 2018 de cambios de códigos de medicamentos y productos biológicos.....6

### Información en tiempos de desastres

Respuesta de tarifas por servicio (FFS) de Medicare a los incendios forestales de California de 2017.....7

### Recursos preventivos

Detección y asesoramiento de abuso de alcohol.....7

### Recursos educativos

Calendario de eventos.....8

MLN Connects® para el 29 de marzo de 2018.....9

MLN Connects® para el 5 de abril de 2018.....10

MLN Connects® para el 12 de abril de 2018.....10

MLN Connects® para el 19 de abril de 2018.....11

## Parte A

### SNF

Programa actualizado de compra basada en el valor de centro de enfermería especializada.....12

Notificación anticipada al beneficiario de SNF de no cobertura.....12

### Facturación

Facturación institucional para artículos sin costo.....13

### Problemas de procesamiento

Reclamaciones de pacientes ambulatorios: Corrigiendo el deducible y coaseguro para el código G0473.....13

LCD Parte A.....14

### LCD retirada

Fotosensibilizadores Tópicos Utilizados con

PDT para Queratosis Actínica y Ciertos Cánceres Cutáneos – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....15

### LCD revisadas

Biorretroalimentación – revisión a la LCD de la Parte A y B.....15

Inmunoglobulina intravenosa -- revisión a la LCD de la Parte A y B.....15

Angiografía por Resonancia Magnética (MRA) -- revisión a la LCD de la Parte A y B.....16

Servicios No Cubiertos -- revisión al artículo de las guías de codificación (A54675) de la Parte A y B.....16

Vertebroplastia, Aumento Vertebral; Percutáneo -- revisión a la LCD de la Parte A y B.....16

Contactos Parte A.....17

## Parte B

### Laboratorio clínico

Actualización de julio a nuevas pruebas exentas.....18

Información de los MACs de DME acerca de ordenar y proporcionar DMEPOS a sus pacientes.....18

### Problemas de procesamiento

Reclamaciones de la Parte B facturadas con códigos radiofarmacéuticos denegadas por error.....19

### Recursos preventivos

Cambio en el tipo de servicio para el código 77067 de CPT®.....19

### Facturación

Notificación anticipada al beneficiario de SNF de no cobertura.....20

### NCCI

Actualización trimestral de julio a modificaciones de iniciativa de codificación correcta.....20

LCD Parte B.....21

### LCD retirada

Fotosensibilizadores Tópicos Utilizados con PDT para Queratosis Actínica y Ciertos Cánceres Cutáneos – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....22

### LCD revisadas

Biorretroalimentación – revisión a la LCD de la Parte A y B.....22

Inmunoglobulina intravenosa -- revisión a la LCD de la Parte A y B.....22

Angiografía por Resonancia Magnética (MRA) -- revisión a la LCD de la Parte A y B.....23

Servicios No Cubiertos -- revisión al artículo de las guías de codificación (A54675) de la Parte A y B.....23

Vertebroplastia, Aumento Vertebral; Percutáneo -- revisión a la LCD de la Parte A y B.....23

Contactos Parte B de Puerto Rico.....24

Información de contacto Florida.....25

Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....26

## 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© 2018 American Medical Association (or such other date of publication of CPT®). All Rights Reserved. Applicable FARS/DEARS 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© 2017 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.*

## Ambulancia

# Aclaración de transporte de ambulancia para un residente de un SNF en una estancia no cubierta por la Parte A

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM105450  
Número de petición de cambio relacionado: 10550  
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 16 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R243BP y R4021CP  
Fecha de implementación: 16 de julio de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10550 aclara la cobertura de un transporte en ambulancia para un residente de un centro de enfermería especializada (SNF) en una estancia no cubierta por la Parte A, que tiene beneficios de la Parte B, al proveedor más cercano de servicios médicamente necesarios no disponibles en el SNF, incluido el viaje de regreso. Los siguientes manuales fueron actualizados para reflejar estas aclaraciones:

- *Medicare Benefit Policy Manual, Capítulo 10*
- *Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 15*

### Información adicional

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

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10550.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10550, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R243BP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4021CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02 y 100-04, Transmittal 243 y 4021, CR 10550

*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

# Modificaciones a la implementación del segmento PWK del sistema esMD

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10397 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10397  
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R2050OTN  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

*La petición de cambio (CR) 10397 le permite a los contratistas administrativos de Medicare recibir documentación no solicitada, también conocida como paperwork (PWK), a través del sistema de presentación electrónica de documentación médica (esMD). Este artículo fue revisado el 4 de abril de 2018 para reflejar una CR revisada emitida el 3 de abril. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión, y la dirección web de la CR fueron revisados. Toda la demás información es la misma.*

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10397 le permite a los contratistas administrativos de Medicare recibir documentación no solicitada, también conocida como paperwork (PWK), a través del sistema de presentación electrónica de documentación médica (esMD).

La CR 10397 también contiene archivos adjuntos que incluyen hojas de portada que deben ser utilizadas para presentaciones de documentación electrónica, por fax, o

por correo electrónico. Existen tres hojas de portada, una para cada proveedor de Parte A y de Parte B, así como una para suplidores de equipo médico duradero (DME). Además, hay dos guías complementarias anexadas a la CR 10397, una para reclamaciones institucionales y otra para reclamaciones profesionales.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10397.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10397, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R2050OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2050, CR 10397

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

**Facturación**

## Terapia de ejercicio supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10295 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 10295  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de abril de 2018  
 Fecha de efectividad: 25 de mayo de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R206NCD y R4016CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) para cubrir la terapia de ejercicio supervisada (SET) para beneficiarios con claudicación intermitente (IC) para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). El artículo fue revisado el 5 de marzo para reflejar una revisión a la petición de cambio (CR). La fecha de implementación de MAC, la fecha de publicación de la CR, los números de transmisión y las direcciones web de las transmisiones fueron revisados. El artículo fue revisado el 5 de abril para reflejar una CR revisada. La fecha de implementación de MAC, la fecha de publicación de la CR, los números de transmisión y las direcciones web de las transmisiones fueron revisados. En adición, el artículo y la CR fueron revisados para eliminar los códigos de lugar de servicio 19 y 22 como lugares aceptables de servicio para el CPT 93668. El artículo fue revisado el 11 de abril para aclarar que el programa SET debe ser provisto en una oficina médica (código de lugar de servicio 11). Toda la demás información permanece igual.

**Resumen**

La petición de cambio (CR) 10295 informa a los

contratistas administrativos de Medicare (MACs) que a partir del 25 de mayo de 2017, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) para cubrir la terapia de ejercicio supervisada (SET) para beneficiarios con claudicación intermitente (IC) para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.

**Información adicional**

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10295.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10295, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R206NCD.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4016CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03 y 100-04, Transmittal 206 y 4016, CR 10295

*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.*

## Codificación correcta para pruebas de validez de espécimen facturadas en combinación con pruebas de drogas

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: SE18001  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

**Resumen**

Este artículo de edición especial está siendo emitido para recordar a los laboratorios y otros proveedores acerca de la codificación correcta y las instrucciones para la facturación de las pruebas de validez de espécimen cuando se realizan como parte de las pruebas de drogas.

**Nota:** Los proveedores que realicen pruebas de validez en los especímenes de orina utilizados para las pruebas

de drogas **no deberán** facturar por separado las pruebas de validez.

**Información adicional**

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE18001.pdf>.

Edición especial (en inglés) de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> artículo SE18001

*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.*

## Tarifas

# Acciones de procesamiento de reclamación para implementar disposiciones de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10531 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10531  
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R2051OTN  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018 – fecha para iniciar a reprocesar reclamaciones

*La petición de cambio 10531 proporciona instrucciones al contratista administrativo de Medicare para reprocesar varias disposiciones de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018, que incluye disposiciones de pago complementario de ambulancia y el índice de costo por práctica según área geográfica básico de trabajo. Nota: Este artículo fue revisado el 5 de abril de 2018 para reflejar una CR revisada, la cual fue revisada el 4 de abril para incluir la página 2 del Adjunto B – Tablas de Tarifa Complementaria Rural. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión, y la dirección web de la CR fueron revisados. Toda la demás información permanece igual.*

## Resumen

La petición de cambio (CR) 10531 proporciona instrucciones a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) para que reprocesen las reclamaciones relacionadas con varias disposiciones de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018, conocidas como *Medicare Extenders*. Específicamente, la CR brinda orientación a los MACs con respecto a los requisitos y plazos de reprocesamiento de reclamaciones de tarifas por servicio (FFS) de Medicare.

El 9 de febrero de 2018, el Congreso aprobó la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018 (“la Ley”), que contiene una serie de disposiciones que amplían ciertas políticas de FFS de Medicare, incluidas las disposiciones de pago complementario de ambulancia y el índice de costo por práctica según área geográfica básico de trabajo (GPCI) básico de trabajo. Además, la Ley deroga permanentemente los límites máximos de terapia para pacientes ambulatorios a partir del 1 de enero de 2018, al mismo tiempo que retiene el requisito de presentar el modificador KX para los servicios que superen los montos del límite anterior. Debido a las fechas de vigencia retroactivas de estas disposiciones, su MAC reprocesará varias reclamaciones de FFS de Medicare afectadas por esta legislación.

Las instrucciones a los MACs para reprocesar reclamaciones tienen los siguientes detalles:

- Los MACs reprocesarán reclamaciones de terapia con el modificador KX que contengan fechas

de servicio en el año calendario (CY) 2018 que fueron denegadas antes de la implementación de las fechas de vigencia legislativas actualizadas emitidas el 25 de enero de 2018. **Nota:** Para reclamaciones institucionales, estas reclamaciones incluirán los códigos de ingresos 042x, 043x o 044x y los modificadores GN, GO o GP.

- Los MACs reprocesarán reclamaciones de terapia con el modificador KX que fueron denegadas debido a una fecha inválida proporcionada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de 12 de febrero de 2018. Los MACs reprocesarán reclamaciones de terapia de 2018 que no puedan ser reprocesadas automáticamente solo si usted lleva dichas reclamaciones a la atención de su MAC.
- Los MACs reprocesan las reclamaciones del MPFS para las localidades y los estados afectados por el aumento de la tarifa del GPCI básico de trabajo para las fechas de servicio en el CY 2018. (Esto incluye todas las localidades de Florida y los territorios de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos).
- Los MACs reprocesarán las reclamaciones del MPFS de 2018 para las localidades y los estados afectados por el aumento de la tarifa de GPCI básico de trabajo para las fechas de servicio en el CY 2018 que no puedan ser reprocesadas automáticamente solo si usted lleva dichas reclamaciones a la atención de su MAC. (Esto incluye todas las localidades de Florida y los territorios de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos).
- Los MACs reprocesarán las reclamaciones de tarifas fijas de ambulancia terrestre (AFS) utilizando el archivo de AFS de 2018 revisado para las fechas de servicio en el CY 2018. Los MACs reprocesarán las reclamaciones de AFS que no puedan ser reprocesadas automáticamente solo si usted lleva dichas reclamaciones a la atención de su MAC.
- Los MACs reprocesarán automáticamente las reclamaciones afectadas por el límite del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) para las fechas de servicio en el CY 2018. Los MACs reprocesarán las reclamaciones que no puedan ser reprocesadas automáticamente solo si usted lleva dichas reclamaciones a la atención de su MAC.

Ver **ACCIONES**, en la página 6

## Actualización de julio de 2018 de cambios de códigos de medicamentos y productos biológicos

Número de *MLN Matters*®: MM10624  
 Número de petición de cambio relacionado: 10624  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de abril de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4025CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10624 añade los siguientes códigos nuevos los cuales son todos pagaderos por Medicare:

- Q9991: Buprenorph xr 100 mg o menos
- Q9992: Buprenorphine xr sobre 100 mg
- Q9993: Inj., triamcinolone ext rel
- Q9995: Inj. emicizumab-kxwh, 0.5 mg

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10624.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10624, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4025CP.pdf>.

## ACCIONES

De la página 5

- Los MACs reprocesarán automáticamente las reclamaciones de anestesia para las localidades y estados afectados por el aumento de la tarifa del GPCI básico de trabajo para las fechas de servicio en el CY 2018. (Esto incluye todas las localidades de Florida y los territorios de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.) reprocesará las reclamaciones que no se pueden reprocesar automáticamente solo si presenta dichas reclamaciones a la atención de su MAC.
- Los MACs asegurarán que todas las acciones de reprocesamiento se hayan iniciado dentro de los seis meses posteriores a la emisión de la CR 10531.

### Información adicional

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



Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4025, CR 10624

*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.*

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10531.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10531, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R2051OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2051, CR 10531

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

## Información en tiempos de desastres

# Respuesta de tarifas por servicio (FFS) de Medicare a los incendios forestales de California de 2017

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: SE17035 y SE17037 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

*Este artículo de edición especial está dirigido a proveedores y suplidores que envían reclamaciones a contratistas administrativos de Medicare por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare, que fueron afectados por los incendios forestales de octubre y diciembre de 2017 en el estado de California. Estos artículos fueron revisados el 2 de abril para informar a los proveedores que la declaración de emergencia de salud pública y la autoridad de exención de la Sección 1135 han expirado. Toda la demás información sigue siendo la misma.*

### Resumen

Conforme a la Ley de Asistencia de Emergencia y Ayuda en Casos de Desastre de Robert T. Stafford, el presidente Trump declaró que, como resultado de los efectos de los incendios forestales de diciembre de 2017, existe una emergencia en el estado de California.

El **15 de octubre de 2017**, el Secretario en Funciones, Hargan del Departamento de Salud y Servicios Humanos declaró que existe una emergencia de salud pública en el estado de California con efecto retroactivo al 8 de octubre de 2017, y autorizó exenciones y modificaciones bajo la Sección 1135 de la Ley de Seguro Social.

El **17 de octubre de 2017**, el administrador de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) autorizó las exenciones según la Sección 1812 (f) de la Ley de Seguro Social para el estado de California con efecto retroactivo al 8 de octubre de 2017, para las personas evacuadas, transferidos o de otra manera relocalizadas como resultado del efecto de los incendios forestales.

**Nota:** Para los incendios de octubre listados anteriormente, la declaración de Emergencia de Salud

Pública y las exenciones de la Ley de Seguro Social, incluida la autoridad de exención de la Sección 1135, **vencieron el 5 de enero de 2018.**

El **11 de diciembre de 2017**, el Secretario en Funciones, Hargan del Departamento de Salud y Servicios Humanos declaró que existe una emergencia de salud pública (PHE) en el estado de California con efecto retroactivo al 4 de diciembre de 2017, y autorizó exenciones y modificaciones bajo la Sección 1135 de la Ley de Seguro Social.

El **13 de diciembre de 2017**, el administrador de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) autorizó las exenciones según la Sección 1812 (f) de la Ley de Seguro Social para el estado de California con efecto retroactivo al 4 de diciembre de 2017, para las personas evacuadas, transferidos o de otra manera relocalizadas como resultado del efecto de los incendios forestales.

**Nota:** Para los incendios de **diciembre** listados anteriormente, la declaración de Emergencia de Salud Pública y las exenciones de la Ley de Seguro Social, incluida la autoridad de exención de la Sección 1135, **vencieron el 3 de marzo de 2018.**

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17035.pdf> y <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17037.pdf>.

Edición especial (en inglés) de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> artículos SE17035 y SE17037

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

## Recursos preventivos

# Detección y asesoramiento de abuso de alcohol

Cerca de 38 millones de adultos en los Estados Unidos beben demasiado. Solo uno de cada seis adultos ha hablado con un profesional de la salud. ¡Se ha comprobado que el examen de detección de alcohol y el asesoramiento breve funcionan y hablar con su paciente es el primer paso!

Todos los beneficiarios de Medicare son elegibles para el examen de detección de alcohol. Los beneficiarios de Medicare que obtienen un resultado positivo son elegibles para recibir asesoramiento si se cumplen ambos de los siguientes:

- Está competente y alerta en el momento en que se brinda asesoramiento.
- El asesoramiento es proporcionado por un médico de atención primaria calificado u otros profesionales de atención primaria en un entorno de atención primaria.

Obtenga más información sobre este beneficio preventivo positivo en la [Herramienta Educativa de MLN de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \(CMS\), Servicios Preventivos de Medicare](#) (en inglés).

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

**Recursos educativos**

**Calendario de eventos**

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

**Mayo de 2018**

Investigación y Educación Enfocada: Reduciendo la carga del proveedor (A/B)

Cuando: 8 de mayo de 2018  
 Hora: 10:00 a.m. - 11:30 p.m. ET  
 Tipo: *Webcast*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0404248.asp>

Servicios psiquiátricos y de psicoterapia (B)

Cuando: 15 de mayo de 2018  
 Hora: 11:30 p.m. - 1:00 p.m. ET  
 Tipo: *Webcast*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0402694.asp>

Requisitos de documentación de admisión de los centros de rehabilitación para Pacientes Hospitalizados (Parte A)

Cuando: 29 de mayo de 2018  
 Hora: 2:00 p.m. - 3:30 p.m. ET  
 Tipo: *Webcast*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0405050.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 29 de marzo de 2018

MLN Connects® para el 29 de marzo de 2018

Vea esta edición como un PDF

### Noticias y anuncios

- Pacientes Sobre Paperwork: Empoderando Pacientes a Través de Datos
- Fecha Límite de Presentación de Datos de MIPS: 31 de marzo
- Borrador de Medidas acerca de Transiciones desde Cuidado de Hospicio, Seguimiento de Muerte o Cuidado Agudo: Periodo de Comentarios Termina el 25 de abril
- Periodo de Disputa y Revisión de Pagos Abiertos: 1 de abril hasta el 15 de mayo
- Reclamaciones de Beneficiarios Cualificados de Medicare: RAs de Reemplazo
- Categorías de Relaciones de Pacientes de MACRA y Códigos
- Pruebas de Laboratorio de Diagnóstico Avanzado: Solicitudes y Guías
- Presentaciones de HIMSS18
- Series de Video acerca del Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Navegando Páginas Web de HQRP
- Series de Video acerca de Codificación de Conjunto de Artículos de Hospicio
- Reporte de Resumen de la Medida de Calidad de Comparación de Médicos del TEP
- Simplificación Administrativa: Alcanzando el Cumplimiento con el Video ASETT

### Cumplimiento del proveedor

- Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Tiras de Pruebas Diabéticas

### Próximos eventos

- Webinar acerca de Reporte de Facturación

Comparativo para Suplidores de Ortesis Espinales — 2 de mayo

- Evento de Capacitación En Persona del Programa de Reporte de Calidad de LTCH — 8 y 9 de mayo
- Evento de Capacitación En Persona del Programa de Reporte de Calidad de IRF — 9 y 10 de mayo

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Acciones de Procesamiento de Reclamaciones para Implementar Disposiciones de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Ajustes a Reclamaciones de QMB Procesadas Bajo la CR 9911 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización Trimestral de abril para tarifas Fijas de DMEPOS de 2018 — Nuevo
- Llamada acerca del Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Llamada de Pagos Abiertos: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Sesión de Escucha de Servicios de E/M: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Prohibido Facturar a Individuos con Doble Elegibilidad Inscritos en el Programa de QMB — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Especificaciones I/OCE de abril de 2018 Versión 19.1 — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización del OPPS de Hospital de abril de 2018 — Revisado

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

### Medicare Learning Network®

El Medicare Learning Network® (MLN) es el lugar para la educación, información y los recursos para la comunidad de profesionales del cuidado de la salud. El MLN proporciona acceso a la información del programa de CMS que usted necesita, cuando usted lo necesita, de tal forma que usted puede enfocarse más en proveer atención a sus pacientes. Encuentre lo que MLN tiene para ofrecerle a usted y a su personal en <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNGenInfo/index.html>.



## MLN Connects® para el 5 de abril de 2018

*MLN Connects® para el 5 de abril de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticias y anuncios

- Proyecto de Nueva Tarjeta de Medicare — Actualizaciones Importantes
- Ley de Presupuesto Bipartidista: Reprocesamiento de Reclamaciones Afectadas de CMS
- Reduciendo la Carga del Proveedor: Envíenos Sus Comentarios
- Interfaz Web para Grupos del MIPS y encuesta de CAHPS: Regístrese Antes del 30 de junio
- APM del MIPS: Recursos para el Rendimiento del Año 2018
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Nuevos Recursos
- Simplificación Administrativa: Transacciones Electrónicas
- Opioides: Series de Capacitación en Línea de la CDC
- Sobredosis de Opioides Tratadas en los Departamentos de Emergencia: Reporte de Signos Vitales de la CDC
- Ayude a Prevenir el Uso Inadecuado o Abuso de Alcohol
- Reduzca el Riesgo de Caídas en Pacientes Ancianos

### Cumplimiento del proveedor

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

### Reclamaciones, Precios y Códigos

- Modificaciones del Conjunto de Códigos del HCPCS

### Próximos eventos

- Webinar acerca de Capacidad Cultural: Cumpliendo con las Necesidades de LTSS de los Beneficiarios — 12 de abril
- Webinar acerca de Uso Seguro y Efectivo de

Medicamentos en Adultos Mayores — 18 de abril

- Webinar acerca de Manejo de Adultos Mayores con Trastornos por Abuso de Sustancias — 16 de mayo

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Facturación Institucional para Artículos Sin Costo — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Codificación Correcta para Pruebas de Validez de Espécimen Facturadas en Combinación con Pruebas de Drogas — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de ABN de SNF — Nuevo
- Artículo de MLN Matters Programa Actualizado de Compra Basada en el Valor de SNF — Nuevo
- Llamada de Cuidado de la Demencia: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Respuesta de FFS de Medicare a los Incendios Forestales de California de 2017 — Actualizado
- Artículo de MLN Matters acerca de Respuesta de FFS de Medicare a los Incendios Forestales del Sur de California de 2017 — Actualizado
- Folleto acerca de PPS de Centro Psiquiátrico para Pacientes Internos — Revisado
- Folleto acerca de Inscripción de Medicare para Proveedores que Solamente Ordenan, Certifican o Prescriben — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Requerimientos de Reporte y Validación de Datos de Medicare de 2018 de la Parte C y la Parte D — Revisado
- Folleto acerca del Proceso de Apelaciones de Medicare de las Partes A y B — Recordatorio
- ¿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).

## MLN Connects® para el 12 de abril de 2018

*MLN Connects® para el 12 de abril de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticias y anuncios

- Ayude a sus Pacientes de Medicare a Evitar y Reportar Fraudes
- Herramienta de Elegibilidad de MIPS de 2018
- Borrador de Schematron de QRDA de 2019 de

Categoría I: Envíe Comentarios antes del 20 de abril

- Datos de Utilización y Pago de Salud en el Hogar
- Día Nacional de Decisiones de Atención Médica es el 16 de abril

### Cumplimiento del proveedor

- Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Medicamentos Anticancerosos Orales y Medicamentos Antieméticos Utilizados en Conjunción

Ver **MLN**, en la página 11

## MLN Connects® para el 19 de abril de 2018

*MLN Connects® para el 19 de abril de 2018*

*Vea esta edición como un PDF *

### Noticias y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Números Nuevos Son Confidenciales
- Saturación del Mercado y Utilización de la Herramienta de Datos
- Estudio de MIPS en Cargas Asociadas con Reporte de Medidas de Calidad: Solicite para el 30 de abril
- Ley IMPACT acerca de Transferencia de Medidas de Salud: Periodo de Comentarios del Público Termina el 3 de mayo
- PEPPERS Disponibles para Hospicios, SNFs, IRFs, IPPFs, CAHs, LTCHs

### Cumplimiento del proveedor

- Servicios de Oftalmología: Facturación Cuestionable y Pagos Indebidos

### Reclamaciones, precios y códigos

- Archivo Pricer de OPSS de abril de 2018

### Próximos eventos

- Webcast del Sistema de Presentación Electrónica de Reporte de Costos de Medicare — 1 de mayo
- Evento de Capacitación En Persona del Programa de Reporte de Calidad de LTCH — 8 y 9 de mayo

## MLN

De la página 10

### Próximos eventos

- Foro de Opioides: Estrategias y Soluciones para Comunidades Minoritarias — 25 de abril
- Webcast acerca de Sistema de Presentación Electrónica de Reporte de Costos de Medicare — 1 de mayo

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Aumento de la Reducción del Pago de Ambulancias para los Transportes de BLS que No son de Emergencia, Hacia y Desde Centros de Diálisis Renal — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Nuevas Pruebas Exentas — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Terapia de Ejercicio Supervisada para la PAD Sintomática — Revisado

- Evento de Capacitación En Persona del Programa de Reporte de Calidad de IRF — 9 y 10 de mayo

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de la Actualización Trimestral a las Modificaciones de PTP de NCCI, Versión 24.2 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters del Cambio en el Tipo de Servicio para Código CPT 77067 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Transportación de Ambulancia para Residente de SNF en Estadía No Cubierta por la Parte A — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Terapia de Ejercicio Supervisada para la PAD Sintomática — Revisado
- Folleto de Directrices para Médicos Docentes, Internos y Residentes — Revisado
- Folleto de Información de Facturación para Proveedores y Suplidores Rurales — Revisado
- ICD-10-CM/PCS: Folleto de La Próxima Generación de Codificación — Recordatorio
- Folleto de Preguntas Frecuentes de Asignaciones Generales de Equivalencia — Recordatorio
- Folleto de Hospital de Acceso Crítico — Recordatorio
- Aprenda acerca de Pólizas de Medicare

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

- Artículo de MLN Matters acerca de Modificaciones a la Implementación del Segmento PWK del Sistema esMD — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Acciones de Procesamiento de Reclamaciones para Implementar Ciertas Disposiciones de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018 — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Modificadores Revisados y Nuevos para la Tasa de Flujo de Oxígeno — Revisado
- Catálogo de MLN de abril de 2018 — Revisado
- Folleto acerca de Beneficio de Salud en el Hogar de Medicare — Revisado

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

**SNF**

## Programa actualizado de compra basada en el valor de centro de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*®: SE10803  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

El programa de compra basada en el valor es uno de muchos programas de VBP que tienen como objetivo recompensar la calidad y mejorar la atención médica. A partir del 1 de octubre de 2018, los centros de enfermería especializada tendrán la oportunidad de recibir pagos de incentivo en base a su desempeño en el programa. Este artículo de edición especial describe lo siguiente:

- Puntuaciones y actualizaciones operacionales
- Función de intercambio de pago
- Proceso de revisión y correcciones

- Desempeño del año fiscal 2020 y períodos de referencia

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE18003.pdf>.

Edición especial (en inglés) de CMS *MLN Matters*® artículo SE10803

*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.*

## Notificación anticipada al beneficiario de SNF de no cobertura

Número de *MLN Matters*®: MM10567  
 Número de petición de cambio relacionado: 10567  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de marzo de 2018  
 Fecha de efectividad: 30 de abril de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4011CP  
 Fecha de implementación: 30 de abril de 2018

### Resumen

Para que los centros de enfermería especializada (SNFs) transfieran responsabilidad a un beneficiario original de Medicare por artículos o servicios pagados bajo la Parte A de Medicare (sistema de pago prospectivo (PPS) de SNF), el SNF debe emitir la notificación anticipada al beneficiario de SNF (SNF ABN, por sus siglas en inglés) de no cobertura para:

- Un artículo o servicio que generalmente es pagado por Medicare, pero que no se puede pagar en esta instancia particular porque no es médicamente razonable y necesario, o
- Cuidado de custodia

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han revisado la SNF ABN, formulario CMS-10055. Con esta revisión, CMS discontinuará las cinco cartas de denegación de centro de enfermería especializada (SNF) (es decir, la determinación intermediaria de no cobertura, la determinación de admisión del comité UR, la determinación del comité UR sobre la continuación de la estadía, la determinación de SNF sobre la admisión y la determinación de SNF sobre la continuación de la estadía) y la notificación de exclusión de los beneficios de Medicare (NEMB-SNF, por sus siglas en inglés), formulario CMS-20014.

**Nota:** La notificación de no cobertura de Medicare (NOMNC, por sus siglas en inglés), formulario CMS-10123 no está siendo discontinuada con esta SNF ABN revisada. Los SNFs continuarán a usar la notificación anticipada al beneficiario de no cobertura (ABN, formulario CMSR-131) para los artículos o servicios que Medicare pueda denegar bajo la Parte B de Medicare. Los SNFs podrían comenzar a implementar esta nueva notificación en cualquier momento hasta la fecha de implementación de la petición de cambio (CR) 10567. Tras la implementación de la CR10567 el 30 de abril de 2018, el uso de la nueva notificación es obligatorio.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10567.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10567, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4011CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4011, CR 10567

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

## Facturación

### Facturación institucional para artículos sin costo

Número de *MLN Matters*®: MM10521  
Número de petición de cambio relacionado: 10521  
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de marzo de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2009  
Número de transmisión de CR relacionado: R4013CP  
Fecha de implementación: 29 de junio de 2018

#### Resumen

Algunas reclamaciones pueden requerir que un proveedor facture un artículo sin costo debido a modificaciones de procesamiento de reclamaciones que requieren un artículo. Por ejemplo, se denegará un cargo administrativo de medicamentos si la reclamación no contiene un cargo de medicamento cubierto/facturable.

La petición de cambio 10521 aclara la política de facturación de estas reclamaciones.

#### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10521.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10521, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4013CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4013, CR 10521

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

## Problemas de procesamiento

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

#### Problema

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

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

#### Resolución

La actualización al IOCE ha sido implementada; los contratistas administrativos de Medicare iniciarán ajustes

masivos no más tardar del 3 de marzo.

#### Estado/fecha de resolución

Cerrado; todos los ajustes masivos han sido completados.

#### Acción del proveedor

No se requiere acción alguna del proveedor.

#### Problemas actuales de procesamiento

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

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

#### Búsqueda de estado de ADR está aquí

Los usuarios de Secure Provider Online Tool (SPOT) recibirán una vista más enfocada y detallada de las solicitudes de desarrollo adicional (ADR) pendientes y recibidas, con el lanzamiento de la nueva funcionalidad de búsqueda de estado de ADR de revisión médica. La nueva función de búsqueda, ubicada bajo el encabezado de navegación de Reclamaciones en la parte superior de cada página, permite a los usuarios buscar el estado de revisión de las reclamaciones para las cuales se envió una carta de ADR relacionada con la revisión médica.

**Nota:** Esta función es solo para ADR de revisión médica, no todas las ADRs.



## 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 retirada

# Fotosensibilizadores Tópicos Utilizados con PDT para Queratosis Actínica y Ciertos Cánceres Cutáneos – LCD retirada de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L33414 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para fotosensibilizadores tópicos utilizados con PDT para queratosis actínica y ciertos cánceres cutáneos, se determinó que esta LCD ya no es necesaria. Por lo tanto, la LCD y las pautas de codificación asociadas están siendo retiradas.

#### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para los servicios

prestados en o después del 10 de abril de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Revisión a las LCD existentes

# Biorretroalimentación – revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L33615 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para biorretroalimentación ha sido actualizada para revisar el lenguaje en la sección de la LCD “Limitaciones de Cobertura”.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del 3 de abril de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de

cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

# Inmunoglobulina intravenosa -- revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L34007 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de inmunoglobulina intravenosa, se determinó que el lenguaje en cursivas en la sección de la LCD “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD ha sido revisada para eliminar las cursivas del lenguaje.

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados en o después del 12 de abril de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.



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

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

## Angiografía por Resonancia Magnética (MRA) -- revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L34372 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a correspondencia externa, la determinación de cobertura local (LCD) para angiografía por resonancia magnética (MRA) fue revisada en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD para eliminar el lenguaje que se refiere al sistema de pago prospectivo (OPPS) de pacientes ambulatorios de hospital y los centros de cirugía ambulatoria (ASCs). Todos los códigos de procedimiento “C” listados en la LCD son facturables a OPPS y ASCs de hospital. Por lo tanto, la sección “Códigos CPT®/HCPCS” fue revisada para consolidar los grupos de la Parte A y la Parte B que apoyan la necesidad médica y los grupos que no apoyan la necesidad médica.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Servicios No Cubiertos -- revisión al artículo de las guías de codificación (A54675) de la Parte A y B

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

El artículo “guías de codificación” de la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos se revisó para remover el código eliminado 35452 de Current Procedural Terminology (CPT®) de la sección “Procedimientos para la Parte B” de las guías de codificación.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de abril de 2018**, para

servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Vertebroplastia, Aumento Vertebral; Percutáneo -- revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L34976 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una correspondencia externa, la determinación de cobertura local (LCD) de vertebroplastia, aumento vertebral; percutáneo se revisó en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD para eliminar el código 76380 de Current Procedural Terminology (CPT®). Los códigos de procedimiento restantes listados en la LCD incluyen todas las guías de imágenes.

Además, en base a una revisión anual de la LCD, se determinó que el lenguaje en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con el lenguaje del manual.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD para eliminar el código CPT® 76380 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 17 de abril de 2018**. La revisión a la LCD para asegurar consistencia con el lenguaje del manual es efectiva para servicios prestados procesados **en o después del 17 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Números telefónicos

### First Coast Service Options

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

#### Servicio al cliente

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

**888-664-4112** (FL/USVI)

**877-908-8433** (Puerto Rico)

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

**888-216-8261** (TTY-Puerto Rico)

#### Intercambio electrónico de datos

**888-670-0940** (FL/USVI)

**888-875-9779** (Puerto Rico)

#### Sistema de respuesta automática

**877-602-8816**

#### Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

#### Pagos en exceso

904-791-6281

#### Asistencia técnica de SPOT

[FCSOSPOTHelp@fcso.com](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**

## Actualización de julio a nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*®: MM10586  
 Número de petición de cambio relacionado: 10586  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de abril de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4018CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio 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 las CLIA (y por lo tanto requieren certificación) cada año.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10586.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10586, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4018CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4018, CR 10586

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

## Información de los MACs de DME acerca de ordenar y proporcionar DMEPOS a sus pacientes

Como parte de la colaboración entre todos los contratistas administrativos de Medicare (MACs) de A/B y el equipo médico duradero (DME), First Coast Service Options (First Coast) le gustaría compartir información con usted acerca de ordenar y proporcionar equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y materiales (DMEPOS) a sus pacientes. Los cuatro MACs de DME, con retroalimentación de los MACs de A/B, crearon un artículo que bosqueja criterios de cobertura y requisitos de documentación para ordenar y proporcionar DMEPOS.

Este artículo puede ser localizado en la página web para Administradores CGS. CGS es el DME del MAC para la Jurisdicción C (JC) la cual incluye nuestra jurisdicción N (JN) para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos. Por favor revise el artículo [¡Médicos! ¡Sus expedientes médicos juegan un papel vital en ordenar y proporcionar DMEPOS a sus pacientes!](#) (en inglés) para más información.

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



## Problemas de procesamiento

### Reclamaciones de la Parte B facturadas con códigos radiofarmacéuticos denegadas por error

#### Problema

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha identificado reclamaciones radiofarmacéuticas de la Parte B procesadas del 27 de marzo al 28 de marzo de 2018, que fueron denegadas por error.

#### Resolución

Problema resuelto y las reclamaciones denegadas por error serán ajustadas.

#### Estado/fecha de resolución

Este error fue corregido el 29 de marzo de 2018. Las reclamaciones procesadas en o después del 29 de marzo de 2018 fueron adjudicadas correctamente.

#### Acción del proveedor

Los proveedores cuyas reclamaciones fueron denegadas incorrectamente debido a este error no necesitan tomar acción alguna. First Coast hará los ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas. Pedimos disculpas por cualquier inconveniente que esto haya causado.

#### Problemas de procesamiento actuales

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

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

## Recursos preventivos

### Cambio en el tipo de servicio para el código 77067 de CPT®

Número de *MLN Matters*®: MM10607  
Número de petición de cambio relacionado: 10607  
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R2054OTN  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

#### Resumen

A partir del 1 de enero de 2018 el código 77067 de Current Procedural Terminology (CPT®) reemplazó el código G0202 de mamografía de detección del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

La petición de cambio (CR) 10607 actualiza el indicador de TOS asignado al código 77067 de CPT®. Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2017, el indicador de TOS es actualizado para reflejar "1" en lugar de "4" para permitir la presentación y adjudicación adecuada de reclamación.

#### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10607.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10607, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R2054OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2054, CR 10607

*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

Suscríbese 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.

## Facturación

### Notificación anticipada al beneficiario de SNF de no cobertura

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10567  
 Número de petición de cambio relacionado: 10567  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de marzo de 2018  
 Fecha de efectividad: 30 de abril de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4011CP  
 Fecha de implementación: 30 de abril de 2018

#### Resumen

Para que los centros de enfermería especializada (SNFs) transfieran responsabilidad a un beneficiario original de Medicare por artículos o servicios pagados bajo la Parte A de Medicare (sistema de pago prospectivo (PPS) de SNF), el SNF debe emitir la notificación anticipada al beneficiario de SNF de no cobertura (SNF ABN) para:

- Un artículo o servicio que generalmente es pagado por Medicare, pero que no se puede pagar en esta instancia particular porque no es médicamente razonable y necesario, o
- Cuidado de custodia

#### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10567.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10567, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4011CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4011, CR 10567

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

## NCCI

### Actualización trimestral de julio a modificaciones de iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10593  
 Número de petición de cambio relacionado: 10593  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de abril de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4022CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

#### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) desarrollaron la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) para promover metodologías de codificación correctas y para controlar la codificación incorrecta que conduce a un pago inapropiado en las reclamaciones de la Parte B de Medicare. Cada trimestre, CMS actualiza las tablas de pares de códigos. CMS publicó recientemente las tablas de pares de códigos de julio de 2018 para que los proveedores las revisen antes de presentar las reclamaciones.

Las modificaciones de par de códigos de NCCI de procedimiento a procedimiento (PTP) son modificaciones de pago anticipado automatizado que previenen el pago inapropiado cuando ciertos códigos son presentados juntos. First Coast Service Options Inc. ha desarrollado [este tutorial para ayudarle a reducir el número de reclamaciones denegadas](#) debido a pares de códigos de NCCI incorrectos.

Las políticas de codificación desarrolladas son en base a

convenciones de codificación definidas en el manual de *Current Procedural Terminology* de la Asociación Médica Americana, en políticas y modificaciones nacionales y locales, pautas de codificación desarrollada por sociedades nacionales, análisis de práctica médica y quirúrgica estándar, y revisión de la práctica actual de codificación.

#### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10593.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10593, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4022CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4022, CR 10593

*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.

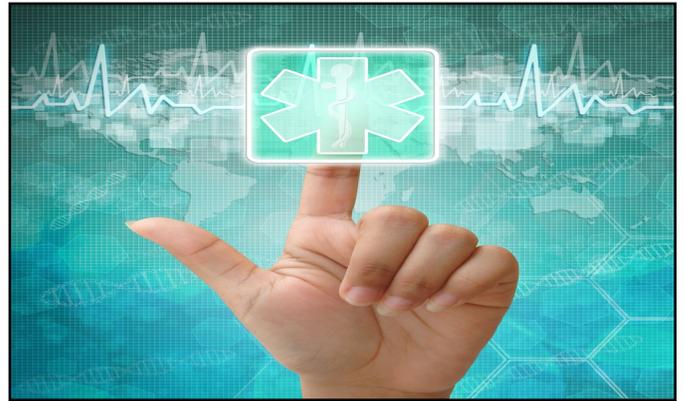
### Notificación electrónica

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 <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 retirada

## Fotosensibilizadores Tópicos Utilizados con PDT para Queratosis Actínica y Ciertos Cánceres Cutáneos – LCD retirada de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L33414 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para fotosensibilizadores tópicos utilizados con PDT para queratosis actínica y ciertos cánceres cutáneos, se determinó que esta LCD ya no es necesaria. Por lo tanto, la LCD y las pautas de codificación asociadas están siendo retiradas.

#### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para los servicios

prestados en o después del 10 de abril de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Revisión a las LCD existentes

## Biorretroalimentación – revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L33615 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para biorretroalimentación ha sido actualizada para revisar el lenguaje en la sección de la LCD “Limitaciones de Cobertura”.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del 3 de abril de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de

cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Inmunoglobulina intravenosa -- revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L34007 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de inmunoglobulina intravenosa, se determinó que el lenguaje en cursivas en la sección de la LCD “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD ha sido revisada para eliminar las cursivas del lenguaje.

#### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados en o después del 12 de abril de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.



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

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

## Angiografía por Resonancia Magnética (MRA) -- revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L34372 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a correspondencia externa, la determinación de cobertura local (LCD) para angiografía por resonancia magnética (MRA) fue revisada en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD para eliminar el lenguaje que se refiere al sistema de pago prospectivo (OPPS) de pacientes ambulatorios de hospital y los centros de cirugía ambulatoria (ASCs). Todos los códigos de procedimiento “C” listados en la LCD son facturables a OPPS y ASCs de hospital. Por lo tanto, la sección “Códigos CPT®/HCPCS” fue revisada para consolidar los grupos de la Parte A y la Parte B que apoyan la necesidad médica y los grupos que no apoyan la necesidad médica.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Servicios No Cubiertos -- revisión al artículo de las guías de codificación (A54675) de la Parte A y B

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

El artículo “guías de codificación” de la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos se revisó para remover el código eliminado 35452 de Current Procedural Terminology (CPT®) de la sección “Procedimientos para la Parte B” de las guías de codificación.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de abril de 2018**, para

servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Vertebroplastia, Aumento Vertebral; Percutáneo -- revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L34976 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una correspondencia externa, la determinación de cobertura local (LCD) de vertebroplastia, aumento vertebral; percutáneo se revisó en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD para eliminar el código 76380 de Current Procedural Terminology (CPT®). Los códigos de procedimiento restantes listados en la LCD incluyen todas las guías de imágenes.

Además, en base a una revisión anual de la LCD, se determinó que el lenguaje en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con el lenguaje del manual.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD para eliminar el código CPT® 76380 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 17 de abril de 2018**. La revisión a la LCD para asegurar consistencia con el lenguaje del manual es efectiva para servicios prestados procesados **en o después del 17 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

**Nota:** Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCDs) 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@fcso.com](mailto:askFloridaB@fcso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: [medical.policy@fcso.com](mailto:medical.policy@fcso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

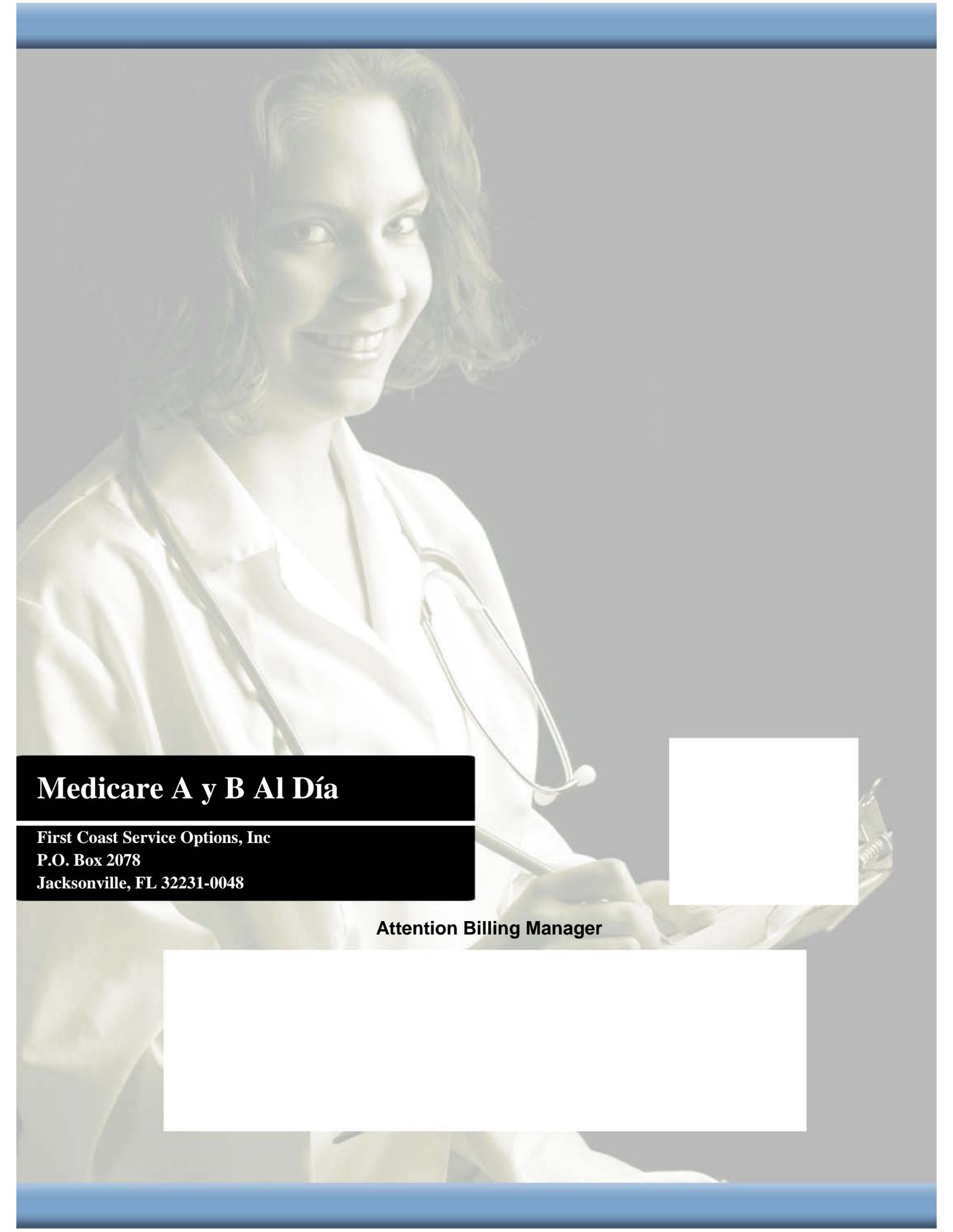
First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**