

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Agosto 2018



En esta edición

Cambios de octubre al software de modificación de NCD de laboratorio	6
Actualización al Capítulo 11 del 'Manual de Política de Beneficios de Medicare'	15
Agentes estimulantes de la eritropoyesis - revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	24

Actualización trimestral del código de vacuna contra el virus de la influenza – enero de 2019

Número de *MLN Matters*®: MM10871
Número de petición de cambio relacionado: 10871
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de agosto de 2018
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2019
Número de transmisión de CR relacionado: R4100CP
Fecha de implementación: 7 de enero de 2019

Resumen

La petición de cambio 10871 proporciona información acerca del procesamiento del nuevo CPT® 90689 para influenza. Este nuevo código se incluirá en la actualización del archivo de la base de datos del manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud de 2019 y en la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

No se aceptarán reclamaciones para el código de vacuna contra el virus de la influenza 90689 entre las fechas de servicio del 1 de agosto de 2018 y el 31 de diciembre de 2018. Si las reclamaciones se reciben en enero de 2019 con el código 90689 para las fechas de servicio entre el 1 de agosto de 2018 y el 31 de diciembre de 2018, los contratistas administrativos de Medicare

seguirán su curso de acción normal para los códigos facturados antes de su fecha de efectividad.

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/MM10871.pdf>



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10871, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4100CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04,

Transmittal 4100, CR 10871

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

Tarifas

Actualización trimestral del código de vacuna contra el virus de la influenza – enero de 2019	1
Actualización de octubre a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2018.....	3

Laboratorio clínico

Actualización de octubre de las tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios sujetos a un pago de cargo razonable.....	3
--	---

Información en tiempos de desastres

Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico causado por el Huracán María.....	4
--	---

Inscripción del proveedor

Proveedores del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare: Inscripción por Separado de Medicare	4
Requerimientos de inscripción del proveedor para escribir recetas de Medicare Parte D	5

Servicios preventivos

Agosto es para la educación continua en IBT para la obesidad	5
--	---

Cobertura

Cambios de octubre al software de modificación de NCD de laboratorio	6
--	---

Facturación

CMS publica actualización a los códigos del HCPCS de 2018 utilizados para aplicación de facturación consolidada de SNF	6
--	---

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	7
MLN Connects® -- Edición Especial para el 23 de julio de 2018	8
MLN Connects® -- Edición Especial para el 25 de julio de 2018	8
MLN Connects® para el 26 de julio de 2018	9
MLN Connects® para el 2 de agosto de 2018	9
MLN Connects® -- Edición Especial para el 2 de agosto de 2018.....	11
MLN Connects® para el 9 de agosto de 2018	13
MLN Connects® para el 16 de agosto de 2018	14

Parte A

ESRD

Actualización al Capítulo 11 del 'Manual de Política de Beneficios de Medicare'	15
---	----

DDE

Mejora de la función de búsqueda de la pantalla de acceso al sistema remoto.....	15
--	----

Hospital

Aclaración de políticas relacionadas al pago de costo razonable para programas de educación de NAH	16
--	----

Determinaciones de cobertura local de

Parte A	17
---------------	----

LCDs retiradas

Leucovorin (Wellcovorin®) – LCD retirada de la Parte A y B.....	18
---	----

Revisión a las LCDs existentes

Cirugía micrográfica de Mohs (MMS) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B	18
--	----

Agentes estimulantes de la eritropoyesis – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	18
---	----

Estudios arteriales extracraneales no invasivos – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	19
--	----

Electrorretinografía (ERG) – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	19
---	----

Información adicional

Servicios de evaluación diagnóstica psiquiátrica y psicoterapia – “guías de codificación” retiradas de la Parte A y Parte B	19
---	----

Contactos de Parte A

	20
--	----

Parte B

Laboratorio clínico

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

Determinaciones de cobertura local de

Parte B	22
---------------	----

LCDs retiradas

Leucovorin (Wellcovorin®) – LCD retirada de la Parte A y B.....	23
---	----

Destrucción por agente neurofítico; nervio interdigital del pie - neuroma de Morton – LCD retirada de la Parte B.....	23
---	----

Revisión a las LCDs existentes

Cirugía micrográfica de Mohs (MMS) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B	23
--	----

Agentes estimulantes de la eritropoyesis – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	24
---	----

Electrorretinografía (ERG) – revisión a la LCD de Parte A y B	24
---	----

Estudios arteriales extracraneales no invasivos – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	25
--	----

Información adicional

Servicios de evaluación diagnóstica psiquiátrica y psicoterapia – “guías de codificación” retiradas de la Parte A y Parte B	25
---	----

Información de contacto Puerto Rico.....

Información de contacto Florida.....	27
--------------------------------------	----

Información de contacto USVI	28
------------------------------------	----

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Maria Murdoch
Marielba Cancel
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT® five-digit codes, descriptions, and other data only are copyright© 2018 by American Medical Association (or such other date of publication of CPT®). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT®. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-10-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2017 Optum 360, LLC. 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.

Tarifas

Actualización de octubre a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10898
Número de petición de cambio relacionado: 10898
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de agosto de 2018
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R4109CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10898 añade los códigos de procedimiento G9978-G9987, Q9994, Q5105-Q5106, y Q5108 a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS).

Los contratistas no buscarán sus archivos ya sea para retractar pago para reclamaciones ya pagadas o para pagar reclamaciones de forma retroactiva, sin embargo, ajustarán las reclamaciones que usted lleve a su atención.

Según el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 30.1, esto debe ser considerado como la notificación de 30 días de un cambio al manual de tarifas fijas de Medicare para

médicos y profesionales de la salud de 2018 programado para el 1 de octubre de 2018.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10898.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10898, 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/R4109CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4109, CR 10898

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

Laboratorio clínico

Actualización de octubre de las tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios sujetos a un pago de cargo razonable

Número de *MLN Matters*®: MM10875
Número de petición de cambio relacionado: 10875
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de julio de 2018
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R4090CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron la actualización trimestral de las tarifas fijas de laboratorio clínico y los servicios de laboratorio sujetos a un pago de cargo razonable.

Lo más destacado de la actualización incluye:

- Instrucciones para acceder al archivo de datos de tarifas fijas de laboratorio clínico de 2018, mapeo de nuevos códigos para pruebas de laboratorio clínico y actualizaciones para costos de laboratorio sujetos al pago de cargo razonable,
- La fijación de precio de números códigos nuevos será a precio de proveedor (código 22 de indicador de precios) hasta que se aborde en

- la reunión anual de laboratorio clínico, que tendrá lugar en julio de 2018.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10875.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10875, 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/R4090CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4090, CR 10875

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

Información en tiempos de desastres

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

Número de *MLN Matters*®: SE17028 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

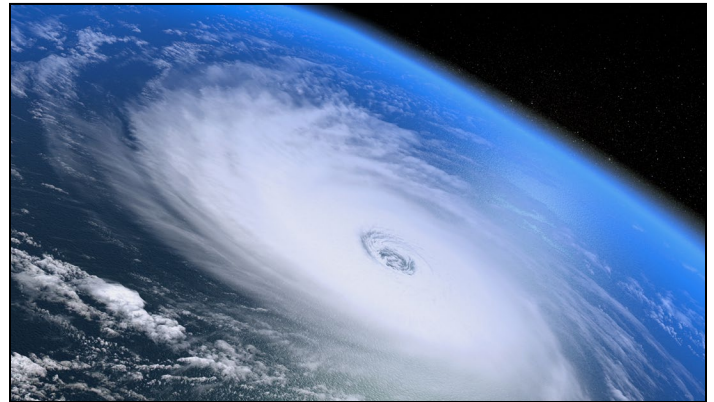
Este artículo fue revisado el 25 de julio para notificar a los proveedores que la declaración de emergencia de salud pública (PHE) y la exención de autoridad de la Sección 1135 para las Islas Vírgenes de los Estados Unidos fue renovada de nuevo el 13 de junio. La PHE y la exención de autoridad de la Sección 1135 para Puerto Rico expiraron el 13 de junio. Toda la demás información permanece sin cambios.

Resumen

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

Bajo la Sección 1135 o 1812(f) de la Ley de Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido varias exenciones generales en los condados impactados y áreas geográficas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estas exenciones prevendrán brechas en la cobertura para beneficiarios impactados por la emergencia.

Nota: La declaración de emergencia de salud pública (PHE) y la exención de autoridad de la Sección 1135 para



Puerto Rico expiraron el 13 de junio. La declaración de PHE y la exención de autoridad de la Sección 1135 para las **Islas Vírgenes de los Estados Unidos** fueron renovadas de nuevo el 13 de junio.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17028.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17028

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

Inscripción del proveedor

Proveedores del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare: Inscripción por Separado de Medicare

Para que una reclamación sea válida bajo el *Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)* (en inglés), usted debe tener una inscripción por separado de Medicare como proveedor del MDPP. Si usted es un proveedor aprobado del MDPP y cumple con los requisitos y estándares de proveedor del MDPP (incluidos los Centros preliminares o completos de reconocimiento

de Enfermedades y Control de Enfermedades), puede presentar reclamaciones de *códigos G del HCPCS* (en inglés) para sus servicios. Si no tiene una inscripción por separado de Medicare como proveedor del MDPP y presenta una reclamación de servicios del MDPP, su reclamación será rechazada.

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

Requerimientos de inscripción del proveedor para escribir recetas de Medicare Parte D

Número de *MLN Matters*®: SE1434 *Rescindido*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo, que estaba programado para la implementación y aplicación completa del requisito de cumplimiento del prescriptor de la Parte D para el 1 de enero de 2019, fue rescindido el 2 de agosto.

Resumen

Este artículo, que estaba programado para la implementación y aplicación completa del requisito de cumplimiento del prescriptor de la Parte D para el 1 de

enero de 2019, fue rescindido el 2 de agosto.

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/SE1434.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1434

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

Servicios preventivos

Agosto es para la educación continua en IBT para la obesidad

Terapia conductual intensiva (IBT) para la obesidad

El Grupo Asesor en Asuntos de Asistencia y Educación del Proveedor (POE) para los Contratistas Administrativos de Medicare (MAC) A/B está reconociendo el mes de agosto para la educación continua en IBT para la obesidad. Este enfoque puede levantar la conciencia para problemas de salud prevenibles que surgen de la obesidad y le proveen a los pacientes con las herramientas necesarias y capacitación para reducir estos riesgos al dirigirse a su obesidad.

¿Sabía usted?

El tamaño de los americanos es una preocupación significativa y válida para todos, ya que los riesgos de salud relacionados a la obesidad son sustancialmente mayores. Actualmente, la diabetes relacionada a la obesidad representa ser la condición más costosa al sistema del cuidado de la salud.

Para ayudar con este problema rampante, Medicare provee cobertura de **terapia conductual intensiva para la obesidad** para beneficiarios que cualifiquen cuyo índice de masa corporal (BMI) sea igual o mayor que 30 kg/m².

La cobertura incluye:

- Pruebas para la obesidad en adultos utilizando medidas de BMI
- Una evaluación dietética (nutricional)
- Asesoramiento conductual intensiva y terapia conductual para promover pérdida de peso

sostenida a través de intervenciones de alta intensidad utilizando dieta y ejercicio

Las limitaciones de frecuencia incluyen:

- Una visita cara a cara cada semana durante el primer mes
- Una visita cara a cara cada dos semanas desde el mes dos al seis
- Una visita cara a cara cada mes desde el mes siete hasta el 12, si el beneficiario cumple los requisitos de pérdida de peso de 3 kg (6.6 lbs.) durante los primeros seis meses.

¿Cómo puede ayudar usted?

Anime a sus pacientes de Medicare a que se aprovechen de la terapia conductual intensiva para la obesidad (en inglés):

- [Determinación de cobertura nacional \(NCD\) 210.12 -- Terapia Conductual Intensiva para la Obesidad](#)
- [Herramienta de Servicios Preventivos de CMS](#)

Este documento fue desarrollado por el El Grupo Asesor en Asuntos de Asistencia y Educación del Proveedor (POE) para los Contratistas Administrativos de Medicare (MAC). Este esfuerzo en conjunto asegura comunicación consistente y educación a través de la nación acerca de una variedad de temas y ayudará al proveedor y a la comunidad médica con información necesaria para presentar reclamaciones debidamente y recibir pagos debidos de manera oportuna.

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

Cobertura

Cambios de octubre al software de modificación de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*[®]: MM10873
 Número de petición de cambio relacionado: 10873
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de julio de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R4092CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

Resumen

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

El artículo proporciona un enlace a una hoja de cálculo que detalla los cambios en cada una de las NCDs. **Nota:** Los MACs no buscarán archivos para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o pagarán retroactivamente

las reclamaciones, sino que ajustarán las reclamaciones que usted lleve a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10873.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10873, 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/R4092CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4092, CR 10873

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

CMS publica actualización a los códigos del HCPCS de 2018 utilizados para aplicación de facturación consolidada de SNF

Número de *MLN Matters*[®]: MM10852
 Número de petición de cambio relacionado: 10852
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de julio de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R4093CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10852 actualiza las listas de códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que están sujetos a la provisión de facturación consolidada del sistema de pago prospectivo (PPS) de centro de enfermería especializada (SNF).

Q5105 y Q5106 se añadirán a las exclusiones de Categoría Principal 1 (Exclusión de servicios más allá del alcance de un SNF) retroactivo al 1 de julio de 2018 y a los Servicios Médicos para la facturación consolidada de SNF con fecha de vigencia del 1 de julio de 2018.

La CR también añade códigos que se omitieron de las listas de codificación apropiadas con las actualizaciones anuales de 2016, 2017 y 2018. **Nota:** Para las reclamaciones con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2016, su contratista administrativo

de Medicare (MAC) (Parte B) volverá a abrir y volverá a procesar las reclamaciones afectadas, si lleva esas reclamaciones a su atención. Los MACs (Parte B) notificarán a los proveedores acerca de si ya han recibido el pago de estos servicios del SNF, deberán devolver ese pago al SNF para poder recibir el pago de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10852.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10852, 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/R4093CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4093, CR 10852

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

Calendario de eventos

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

Septiembre de 2018

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A

Cuando: 12 de septiembre de 2018
Hora: 10:00 a.m. - 11:30 a.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/0409584.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte B

Cuando: 13 de septiembre de 2018
Hora: 11:30 a.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/0409585.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A y B

Cuando: 13 de septiembre 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/0412163.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® -- Edición Especial para el 23 de julio de 2018

Actualización de Envío por Correo de la Nueva Tarjeta de Medicare – Comienza el Grupo 4, Finaliza el Grupo 2

CMS comenzó a enviar nuevas tarjetas de Medicare a personas con Medicare que viven en estados del Grupo 4: Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island y Vermont. Seguimos enviando nuevas tarjetas a personas que viven en estados del Grupo 3, así como a personas de todo el país que son nuevas en Medicare.

Terminamos de enviar las tarjetas a las personas con Medicare que viven en los estados y territorios del Grupo 1 y del Grupo 2 (Alaska, Samoa Americana, California, Delaware, Distrito de Columbia, Guam, Hawai, Maryland, Islas Marianas del Norte, Pensilvania, Oregón, Virginia y Virginia Occidental). Si alguien con Medicare dice que no recibió una tarjeta, imprima y deles el volante “¿Aún está esperando su nueva tarjeta?” (en *inglés* o *español*) o dígalas que:

- Inicien sesión en MyMedicare.gov para ver si enviamos su tarjeta por correo. Si es así, pueden imprimir una tarjeta oficial. Necesitan crear una cuenta si aún no tienen una
- Llamen al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede que haya algo que necesite ser corregido, como actualizar su dirección postal.

Para asegurar que las personas con Medicare continúen recibiendo servicios de atención médica, los proveedores y suplidores de atención médica pueden utilizar ya sea el Número del Seguro de Salud del Beneficiario basado en el número del Seguro Social o el nuevo Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) alfanumérico para todas las transacciones de Medicare hasta el 31 de diciembre de 2019.

Vea la [estrategia de envío por correo](#) (en inglés) a medida que los envíos por correo avanzan. Continúe enviando a las personas con Medicare a Medicare.gov/NewCard para obtener información acerca de los envíos y para inscribirse para recibir correos electrónicos sobre el estado de los envíos de tarjetas en su estado.

Nos comprometemos a enviar nuevas tarjetas a todas las personas con Medicare para abril de 2019.

Información (en inglés) acerca de la transición al nuevo MBI:

- Artículo de MLN Matters® de [Nuevo MBI: Obténgalo, Úselo](#) (Actualizado el 7/11/18)
- Hoja Informativa acerca de [Transición a Nuevos Números y Tarjetas de Medicare](#)
- Sitio web de [información de la Nueva Tarjeta de Medicare](#)

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

MLN Connects® -- Edición Especial para el 25 de julio de 2018

CMS Faculta a los Pacientes y Asegura un Pago de Sitio Neutral en el Reglamento Propuesto

El reglamento propuesto del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) y del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) avanza en el compromiso de CMS para aumentar la transparencia y reducir los precios de los medicamentos

El 25 de julio, CMS tomó medidas para fortalecer el programa de Medicare con cambios propuestos para garantizar que las personas mayores puedan acceder a la atención que necesitan en el lugar de atención que elijan. Además, como parte de los esfuerzos continuos de la agencia para disminuir los precios de los medicamentos, según lo detalla el Plan del Presidente, CMS incluyó una Solicitud de Información sobre la mejor manera de desarrollar una autoridad modelo de aprovechamiento proporcionada a la agencia bajo el Programa de Adquisición Competitiva (CAP) para fortalecer negociaciones para medicamentos recetados.

“Nuestro sistema de atención médica siempre debe

poner a los pacientes primero, y CMS hoy está dando pasos importantes para empoderar a los pacientes y ofrecer alternativas y opciones más asequibles”, dijo la administradora de CMS, Seema Verma. “De acuerdo con la prioridad del presidente Trump y el secretario Azar de disminuir los precios de los medicamentos, el reglamento propuesto de hoy también es un paso importante hacia la expansión de la competencia para el pago de medicamentos en Medicare, a fin de obtener el mejor trato para los pacientes”.

Las políticas propuestas en el reglamento propuesto del OPPS de Hospital y el Sistema de Pago de ASC de Medicare para el CY 2019, ayudarían a sentar las bases para un sistema de atención médica dirigido por el paciente. Para aumentar la sostenibilidad del programa de Medicare y mejorar la calidad de la atención para las personas mayores, CMS se está moviendo hacia pagos neutrales en el sitio para las visitas a la clínica (que son esencialmente chequeos con un médico). Las visitas a la clínica son el servicio más común facturado bajo el OPPS. Actualmente, CMS a menudo paga más por el mismo tipo

MLN Connects® para el 26 de julio de 2018

MLN Connects® para el 26 de julio de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Utilizando la Herramienta de Búsqueda de MBI de su MAC
- Reforma de Codificación de E/M: Grabación de la Discusión del Panel
- Boletín Informativo de Julio acerca de Pacientes por Encima del Papeleo
- Guía de Referencia Rápida acerca del Programa de Reporte de Calidad de Hospicio
- Cartas de Incumplimiento de HQRP: Enviar Solicitud de Reconsideración antes del 7 de agosto
- Cartas de Incumplimiento del QRP de IRF: Enviar Solicitud de Reconsideración antes del 7 de agosto
- Cartas de Incumplimiento del QRP de LTCH: Enviar Solicitud de Reconsideración antes del 7 de agosto
- Cartas de Incumplimiento del QRP de SNF: Enviar Solicitud de Reconsideración antes del 7 de agosto
- Preparación para Emergencias: Información acerca de Incidentes Radiológicos, DME y Sangre
- Día Mundial de la Hepatitis: Cobertura de Medicare para la Hepatitis Viral

Cumplimiento del proveedor

- Codificación Adecuada para las Pruebas de Validez de

Muestras Facturadas en Combinación con Análisis de Drogas en Orina

Próximos eventos

- Webinar acerca de Información General de la Categoría de Rendimiento de las Actividades de Mejora del MIPS del Año 2 — 1 de agosto
- Webinar acerca de Información General de la Categoría de Rendimiento de Calidad del MIPS del Año 2 — 6 de agosto
- Llamada del Reglamento Propuesto de PPS de ESRD del CY 2019: Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 14 de agosto

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters sobre la Actualización del IOM a la Publicación 100-02, Capítulo 11 - ESRD — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de las Nuevas Pruebas Exentas — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Códigos HCPCS Utilizados para el Cumplimiento de CB de SNF: Actualización Anual — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Cambios al Software de Modificación de NCD de Laboratorio: octubre de 2018 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Pago de Servicios de CLFS y Laboratorio: Actualización Trimestral — Nuevo

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

MLN Connects® para el 2 de agosto de 2018

MLN Connects® para el 2 de agosto de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Pago de SNF del FY 2019 y Cambios de Política
- Reglamento Final de Sistema de Pago Prospectivo de IRF del FY 2019
- Pago Final de Medicare de IPF del FY 2019 y Actualizaciones de Reporte de Calidad
- Preguntas Frecuentes de Requisitos de Facturación del Programa del Beneficiario Cualificado de Medicare
- Webinar acerca de la Biblioteca de Elementos de Datos: Grabación de Video
- Administradora de CMS se Dirige a Fortalecer Medicare
- Implementación del QRDA III de 2018 para Profesionales Elegibles — Actualizado
- Reporte de Vista Previa del Proveedor de LTCH Re Emitido

Cumplimiento del proveedor

- Servicios de Oftalmología: Facturación Cuestionable y Pagos Indebidos — Recordatorio

Próximos eventos

- Webinar acerca de Visión General de Categoría de Desempeño de Calidad de MIPS para el Año 2 (2018) — 6 de agosto
- Llamada del Reglamento Propuesto de PPS de ESRD del CY 2019: Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 14 de agosto
- Foro de Puertas Abiertas acerca de Compartir Estrategias Federales para Abordar la Epidemia de Opioides — 15 de agosto
- Reglamento Propuesto de Tarifas Fijas para Médicos: Sesión de Escucha acerca de Comprender 3 Temas Claves — 22 de agosto

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Video del Minuto del Proveedor: Órdenes Médicas/ Intento de Ordenar Servicios de Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico — Nuevo
- Hola Informativa de Información de Contacto de Asistencia Técnica de PECOS — Recordatorio
- Herramienta Educativa de Recursos de Inscripción de Medicare — Recordatorio
- Folleto de PECOS para Suplidores de DMEPOS — Recordatorio

MLN

De la página 8

de visita a la clínica en el entorno ambulatorio del hospital que en el entorno de la oficina del médico.

Si se finaliza, se prevé que esta propuesta ahorrará a los pacientes alrededor de \$150 millones en copagos más bajos para las visitas a la clínica proporcionadas en un departamento ambulatorio de un hospital fuera del campus. CMS también está proponiendo cerrar una ambigüedad potencial a través de la cual los proveedores facturan más a los pacientes por las visitas en los departamentos ambulatorios de los hospitales cuando crean nuevas líneas de servicio.

Además, CMS está dando a los pacientes más opciones acerca de dónde obtener atención, a fin de mejorar el acceso y la conveniencia, y garantizar que las políticas de CMS no estén favoreciendo a ningún tipo de proveedor en particular desde el comienzo. El reglamento propuesto tiene como objetivo abordar otras diferencias de pago entre los sitios de servicio, para que los pacientes puedan elegir el entorno que mejor se adapte a sus necesidades entre las opciones seguras y clínicamente apropiadas. Para el 2019, CMS propone:

- Ampliar la cantidad de procedimientos pagaderos en ASCs para incluir procedimientos adicionales que se pueden realizar de manera segura en ese entorno
- Asegurar que el pago de ASC por los procedimientos que involucran ciertos dispositivos de alto costo sea paralelo al monto de pago proporcionado a los departamentos de pacientes ambulatorios de hospital para estos dispositivos
- Ayudar a garantizar que los ASCs sigan siendo competitivos al estabilizar el diferencial entre las tasas de pago de ASC y las tasas de pago del departamento de pacientes ambulatorios de hospital

Como parte de los esfuerzos activos para reducir el costo de los medicamentos recetados, CMS está emitiendo una Solicitud de Información para solicitar comentarios públicos sobre la mejor manera de aprovechar la autoridad proporcionada por el CAP para obtener un mejor trato para los beneficiarios como parte de un modelo del Centro de Innovación de CMS. Creemos que un modelo basado en el CAP le permitiría a CMS introducir competencia en la Parte B de Medicare, la parte de Medicare que paga los medicamentos que los pacientes reciben en la oficina de un médico. Actualmente, CMS paga el precio de venta promedio de estas terapias más un pago extra adicional. Un modelo basado en el CAP permitiría que CMS traiga proveedores para negociar los montos de pago de los medicamentos de la Parte B, de modo que Medicare ya no sea más un tomador de precios para estos medicamentos. Estamos buscando comentarios públicos acerca de cómo los proveedores que ofrece CMS podrían ayudar a la agencia a estructurar acuerdos de pago basados en el valor con fabricantes, especialmente para productos de alto costo, para que las personas mayores y los contribuyentes sepan que los medicamentos están funcionando antes de tener que pagarlos.

En 2018, CMS implementó una política de pago para ayudar a los beneficiarios a ahorrar coseguro en

medicamentos que se administraron en departamentos ambulatorios del hospital y que se adquirieron a través del programa 340B — un programa que permite a los hospitales comprar ciertos medicamentos para pacientes ambulatorios a un costo menor. Debido al cambio de política de CMS, los beneficiarios de Medicare ahora se están beneficiando de los descuentos que disfrutaban los hospitales 340B cuando reciben medicamentos 340B adquiridos. Solo en 2018, los beneficiarios están ahorrando un estimado de \$320 millones en pagos de bolsillo para estos medicamentos. Para el 2019, CMS está ampliando esta política al proponer extender el cambio de pago de 340B a departamentos de hospitales fuera del campus que no se hayan excluido y que se paguen según las Tarifas Fijas para Médicos.

En respuesta a las recomendaciones de la Comisión del Presidente para Combatir la Crisis de Adicción a las Drogas y Opioides, CMS también propone pagar por separado ciertos medicamentos para el tratamiento del dolor que no son opiáceos en los ASCs; está buscando retroalimentación sobre la evidencia para respaldar que otros tratamientos alternativos que no son opiáceos para el dolor agudo o crónico justifiquen un pago por separado bajo el OPSS o los sistemas de pago de ASC; y propone eliminar las preguntas acerca de la comunicación del dolor de la encuesta de experiencia del paciente del hospital.

Como parte de su compromiso con la transparencia de precios, CMS busca comentarios a través de una Solicitud de Información preguntando si los proveedores y suplidores pueden y deben estar obligados a informar a los pacientes acerca de la información de cargos y pagos por servicios de salud y costos de bolsillo, qué elementos de datos sería más útil para promover compra de precios, y qué otros cambios son necesarios para empoderar a los consumidores de servicios de salud.

En el reglamento propuesto, CMS está publicando una Solicitud de Información para recibir comentarios continuos sobre el programa de Medicare y la interoperabilidad. CMS recopila comentarios del público acerca de la revisión de los estándares de salud y seguridad del paciente de CMS que se requieren para los proveedores y suplidores que participan en los programas de Medicare y Medicaid para avanzar aún más el intercambio electrónico de información que respalda transiciones de cuidado seguras y efectivas entre hospitales y proveedores comunitarios.

A través de todos los reglamentos de pago de Medicare propuestos para el Año Fiscal y el CY, hemos propuesto la eliminación de los requisitos de reportes para más de 100 medidas en todo el sistema de prestación de servicios de salud, ahorrando a los proveedores más de \$175 millones en los próximos dos años.

Vea el texto completo del extracto del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (emitido el 25 de julio).

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#)
- [Hoja Informativa](#)

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

MLN Connects® -- Edición Especial para el 2 de agosto de 2018

Cambios para Empoderar a Pacientes y Reducir Carga Administrativa

Cambios en el reglamento final de IPPS y PPS de LTCH adelantarán transparencia de precios y expedientes de salud electrónicos

El 2 de Agosto, CMS finalizó un reglamento para empoderar a pacientes y adelantar la iniciativa [MyHealthEData](#) (en inglés) de la Casa Blanca y la iniciativa de CMS [Pacientes Sobre Papeleo](#) (en inglés). Este reglamento final y otros emitidos anteriormente esta semana ayudarán a mejorar el acceso a información de precio de hospital, dar a pacientes mayor acceso a su información de salud y permitir a los médicos pasar más tiempo con sus pacientes.

Individual y colectivamente, estos reglamentos finales ponen a los pacientes primero, alivian la carga del proveedor, y logran pasos significativos para modernizar a Medicare. El reglamento final del 2 de agosto hace actualizaciones a las tarifas y políticas de pago de Medicare bajo el Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Hospitalizados (IPPS) y el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Hospital de Cuidado Prolongado (LTCH) que incentivará la calidad del cuidado, basado en el valor, en estos centros. CMS también emitió reglamentos finales esta semana de pagos de Medicare del año fiscal (FY) 2019 y políticas para el PPS de Centros de Enfermería Especializada (SNF), el PPS de Centros Psiquiátricos de Pacientes Hospitalizados (IPF), el PPS de Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados (IRF), y la Actualización de la Tasa de Pago e Índice Salarial de Hospicio.

“Estamos entusiasmados de hacer estos cambios para asegurar que el cuidado se enfoque en el paciente, no en papeleo innecesario,” expresó la Administradora de CMS, Seema Verma. “Hemos escuchado a pacientes y sus doctores quienes nos han urgido remover los obstáculos que se interponen en el camino de la calidad del cuidado y en resultados positivos de salud. El reglamento final de hoy refleja retroalimentación del público en las propuestas emitidas por CMS en abril, y las prioridades de la agencia lideradas por el paciente para mejorar la calidad y seguridad del cuidado, adelantar intercambio de información de salud y su utilización y eliminar reglamentos desfasados o redundantes de los proveedores del cuidado de la salud para dar paso a la innovación y mejor valor”.

Junto con las políticas de cambio, el reglamento final de PPS de IPPS/LTCH del FY 2019 provee a los hospitales de cuidado intensivo un incremento de pago promedio de aproximadamente 3 por ciento, el cual refleja las actualizaciones de tarifa requeridas por ley y pagos por nuevas tecnologías y cuidado no compensado.

El reglamento final de PPS de IPPS/LTCH también actualiza ajustes de pago geográfico para hospitales de IPPS. CMS espera continuar trabajando en disparidades

de pago geográfico, particularmente para hospitales rurales, en la medida permitida bajo la ley actual y aprecia las respuestas a nuestra petición por la aportación del público en este particular. CMS ha comenzado el proceso de lograr pagos geográficos más equitativos para hospitales rurales, al permitir que el índice del pago básico salarial atribuido se expire para todos los estados urbanos.

Además, CMS está actualizando la tasa de pago federal estándar del PPS de LTCH por 1.35 por ciento. En general, bajo los cambios incluidos en el reglamento final, CMS prevé que los pagos de PPS de LTCH aumentarán por aproximadamente 0.9 por ciento, o \$39 millones en el FY 2019. En adición, CMS está terminando la propuesta para eliminar el umbral del 25 por ciento de póliza de un presupuesto de manera neutral.

Interoperabilidad y MyHealthEData

Las políticas en el reglamento final del PPS de IPPS/LTCH del FY 2019 nos acercará a la meta de la agencia de crear un sistema del cuidado de la salud enfocado en el paciente al aumentar la transparencia de precio y el intercambio de información fluida— componentes esenciales del cuidado basado en el valor —mientras que también levantan significativamente la carga administrativa en los hospitales para que puedan operar con mayor flexibilidad y que los pacientes tengan la información que necesitan para tomar decisiones acerca de su propio cuidado. CMS obtuvo retroalimentación de las partes interesadas en soluciones para lograr la interoperabilidad, o el compartir datos del cuidado de la salud entre proveedores, a través de respuestas a una Petición de Información (RFI) emitida en abril en el reglamento propuesto del PPS de IPPS/LTCH.

Mientras que CMS previamente requería que los hospitales hicieran disponible públicamente una lista de sus cargos estándares o de sus políticas para permitirle al público ver esta lista bajo petición, CMS ha actualizado sus directrices para específicamente pedirle a los hospitales publicar esta información en el internet en un formato legible a máquina. La agencia está considerando futuras acciones basadas en retroalimentación del público que recibió acerca de las maneras en que los hospitales pueden mostrar información de precios, lo cual puede ser muy útil a las partes interesadas y cómo crear interfaces fáciles para el paciente que le permitan a los consumidores acceder datos relevantes del cuidado de la salud más fácilmente y comparar proveedores.

Las políticas emitidas el 2 de agosto comienzan a implementar piezas clave de la iniciativa conducida por la Casa Blanca [MyHealthEData](#) (en inglés) a través de varios pasos para fortalecer la interoperabilidad. En el reglamento final del PPS de IPPS/LTCH, CMS revisa los Programas de Promover la Interoperabilidad de Medicare y Medicaid (antes conocidos como el programa “Uso Significativo” (“Meaningful Use”) o Programas de Incentivo de Expediente de Salud Electrónico de Medicare y

MLN del 2 de agosto

De la página 11

Medicaid) para:

- Hacer el programa más flexible y menos pesado
- Enfatizar medidas que requieren el intercambio de información de salud entre proveedores y pacientes
- Incentivar proveedores a que le faciliten a los pacientes obtener sus expedientes médicos electrónicamente

Medidas Significativas y Transparencia

La iniciativa de Medidas Significativas de CMS está centrada en la seguridad del paciente, la calidad del cuidado, la transparencia y se asegura que los conjuntos de medidas que se les pide reportar a los proveedores tengan el mayor sentido. En el reglamento final del PPS de IPPS/LTCH, CMS está eliminando medidas innecesarias, redundantes y de procesos impulsados de varios programas de calidad de pago por reporte y pago por desempeño. El reglamento final elimina un número de medidas que los hospitales de cuidado intensivo actualmente se les pide que reporten en los cuatro programas hospitalarios de pago por reporte y calidad de compra basada en el valor. También “quita duplicados” ciertas medidas que se encuentran en múltiples programas, manteniéndolos en el programa donde pueden incentivar mejor las mejoras y mantener la transparencia a través de reportes públicos. Al final, estos cambios eliminan un total de 18 medidas de los programas y quitan duplicados a otras 25 medidas mientras aún aseguran medidas significativas de calidad de hospital y seguridad del paciente. En adición a estos cambios que aplican para hospitales de cuidado intensivo, el reglamento final elimina estas medidas en el Programa de reporte de Calidad de LTCH. Por último, CMS está haciendo una variedad de otros cambios para reducir las horas que los proveedores invierten en el papeleo. Esta nueva flexibilidad permitirá a los hospitales pasar más tiempo proveyendo cuidado a sus pacientes, mejorando así la calidad del cuidado que sus pacientes reciben. En general, los cambios en la calidad del hospital y las medidas de valor a través de los cuatro programas eliminarán más de 2 millones de horas de carga para hospitales impactados por el reglamento del PPS de IPPS/LTCH, ahorrándoles cerca de \$75 millones anualmente después que estos cambios sean implementados.

Similarmente, los reglamentos finales del PPS de SNF y PPS de IRF establecen políticas que aseguran que las medidas que esos proveedores deben reportar son enfocadas en el paciente e impulsadas en resultados en vez de ser orientadas en procesos. Donde aplique, estos cambios le permitirán a los proveedores trabajar con un conjunto más pequeño de medidas de cuidado de la salud más significativas y pasar más tiempo en el cuidado del paciente.

CMS también está adelantando Medidas Significativas a través de la Tasa de Pago e Índice Salarial de Hospicio. Este reglamento final logrará que los datos públicos

de Comparación de Hospicio sean más fáciles y más eficientes de utilizar.

Pacientes Sobre Papeleo

El reglamento final del PPS de SNF incorpora la iniciativa de la agencia Pacientes Sobre Papeleo a través de avenidas que reducen cargas innecesarias sobre los proveedores al facilitarles los requisitos de documentación y ofrecer mayor flexibilidad. Como parte de las acciones de la agencia para modernizar a Medicare, el reglamento del PPS de SNF establece un sistema de clasificación nuevo innovador, el Modelo de Pago Impulsado por el Paciente (PDPM), el cual ata los pagos de los centros de enfermería especializada a las condiciones del paciente y necesidades de cuidado en vez del volumen de servicio provisto. El nuevo modelo incentivará mejor el trato de las necesidades del paciente completo, en vez de enfocarse en la cantidad de servicios para ese paciente, lo cual requiere un papeleo sustancioso para rastrear con el tiempo. El enfoque PDPM adelanta los esfuerzos de CMS para construir un sistema del cuidado de la salud enfocado en el paciente comenzando con innovación a través de los sistemas de pago de Medicare. Bajo este nuevo modelo de pago de SNF, los pacientes tendrán mayor oportunidad de escoger un centro de enfermería especializada que ofrezca servicios hechos a sus condiciones y preferencias, según el pago a esos centros será basado mayormente en la condición del paciente en vez de los servicios específicos que cada centro de enfermería especializada provee.

Al modernizar Medicare de maneras adicionales para beneficiar los paciente, el reglamento final del PPS de SNF adopta avances en tecnología de telecomunicaciones y elimina obstáculos que puedan prevenir a los médicos de rehabilitación poder conducir ciertas visitas sin estar físicamente en la habitación. El reglamento también elimina requisitos de documentación sobre prescriptivos para órdenes de admisión a estos centros de rehabilitación.

Lea el texto completo de este extracto del [Comunicado de Prensa](#) (en inglés) (emitido el 2 de agosto).

Reglamentos Finales (en inglés):

- [IPPS/LTCH](#)
- [SNF](#)
- [IPF](#)
- [Hospicio](#)
- [IRF](#)

Hojas Informativas (en inglés):

- [IPPS/LTCH](#)
- [SNF](#)
- [IPF](#)
- [Hospicio](#)
- [IRF](#)

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 9 de agosto de 2018

MLN Connects® para el 9 de agosto de 2018

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticia y anuncios

- Ayude a sus Pacientes de Medicare a Evitar y Reportar Estafas
- Reporte de Puntuación de Rendimiento Anual del VBP de SNF para el FY 2019: Presente Solicitudes de Corrección para el 31 de agosto
- Solicitudes de Excepción del Programa de Pago de Calidad Deben Presentarse Antes del 31 de diciembre
- Programa de Pago de Calidad: Comentarios de Rendimiento del MIPS de 2017 y Ajuste de Pago
- Comentarios acerca del Rendimiento del Programa de Pago de Calidad y Videos de Revisión Enfocada
- Suplidores del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Inscripción Separada de Medicare
- Las Vacunas No Son Solo para Niños

Cumplimiento del proveedor

- Reporte de Cambios en la Propiedad — Recordatorio

Próximos eventos

- Llamada del Reglamento Propuesto de PPS de ESRD del CY 2019: Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 14 de agosto
- Reglamento Propuesto de Tarifas Fijas para Médicos: Sesión de Escucha acerca de Comprender 3 Temas Claves — 22 de agosto
- Webinar acerca de Reporte Comparativo de Facturación de Trabajadores Sociales Clínicos con Licencia — 12 de septiembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de la Actualización Trimestral del Código de Vacunas Contra el Virus de la Influenza: Enero 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de la Actualización al Manual de Procesamiento de Reclamaciones de

Medicare, Capítulo 24 — Nuevo

- Artículo de MLN Matters acerca de la Actualización Anual de IRF: Cambios del Pricer del PPS para el FY 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Implementación de Epoetina Alfa Biosimilar, Retacrit para Reclamaciones de ESRD/AKI — Nuevo
- Actualización al Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 24: Cartas de Formularios — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualizaciones al PPS de IPF para el FY 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Archivos de Precios de ASP de Medicamentos de la Parte B de Medicare y Revisiones: Octubre 2018 — Nuevo
- Catálogo de Agosto 2018 — Revisado
- Herramienta Educativa de Servicios Preventivos de Medicare — Revisado
- Folleto acerca de Inscripción de Medicare para Proveedores que Solo Ordenan, Certifican o Recetan — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Información General del Programa de Pago de Calidad del Año 2 — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca del Programa de Pago de Calidad: MIPS, Promoviendo la Interoperabilidad, Categoría de Desempeño del Año 2 — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca del MIPS del Programa de Pago de Calidad, Categoría de Desempeño de Calidad del Año 2 — Revisado
- Folleto acerca de Proteja su Identidad y Privacidad utilizando PECOS — Recordatorio
- Folleto acerca de Preguntas Frecuentes de PECOS — Recordatorio
- Folleto acerca de PECOS para Organizaciones de Proveedores y Suplidores — Recordatorio

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

Encuentre rápido sus favoritos  utilice Enlaces Populares

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

MLN Connects® para el 16 de agosto de 2018

MLN Connects® para el 16 de agosto de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Ordene Volantes Impresos para Pacientes Que No Recibieron Sus Nuevas Tarjetas
- Caminos Propuestos para el Éxito para el Programa de Ahorros Compartido de Medicare
- Programa de Pago de Calidad: Ejemplos de Diseño para el Reglamento Propuesto del CY 2019
- Programa de Pago de Calidad: Herramienta de Estado de Participación Incluye Foto Instantánea de Datos de 2018

Cumplimiento del proveedor

- Dispositivos Cocleares Reemplazados Sin Costo: Facture Correctamente — Recordatorio

Próximos eventos

- Reglamento Propuesto de Tarifas Fijas para Médicos: Sesión de Escucha acerca de Comprender 3 Temas Claves — 22 de agosto

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters® de Inclusión de Códigos

de PMD en el Programa de Autorización Previa para DMEPOS — Nuevo

- Artículo de MLN Matters de Actualización de Octubre de 2018: Base de Datos de Tarifas Fijas para Médicos de Medicare — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Actualización del FY 2019: Tarifas de Pago de Hospicio, Límites, Índice Salarial, y Pricer — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Actualización de Octubre de 2018: Cambios del HCPCS de Código de Medicamentos/Productos Biológicos — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Actualización de Octubre: Tarifas Fijas de DMEPOS de 2018 — Nuevo
- Hoja Informativa de Planificación de Cuidado Avanzado — Revisado
- Folleto de PECOS para Médicos y NPPs — Recordatorio
- Folleto de Inscripción de Medicare para Proveedores Institucionales — Recordatorio
- Hoja Informativa de Vacunas de Medicare Parte D y Administración de Vacunas — Recordatorio

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

Medicare Learning Network®

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



ESRD

Actualización al Capítulo 11 del 'Manual de Política de Beneficios de Medicare'

Número de *MLN Matters*[®]: MM10809
Número de petición de cambio relacionado: 10809
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de julio de 2018
Fecha de efectividad: 23 de octubre de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R244BP
Fecha de implementación: 23 de octubre de 2018

Resumen

La petición de cambio 10809 actualiza el *Medicare Benefit Policy Manual* ('Manual de Políticas de Beneficios de Medicare') para indicar que los agentes estimulantes de la eritropoyetina (ESAs) están incluidos en el monto del pago combinado para los tratamientos administrados a pacientes con lesión renal aguda (AKI). Deben utilizarse los códigos de enfermedad renal no terminal (no ESRD) (J0881, J0883, J0885, J0888, Q0138). Los códigos de ingresos para reportar Epoetin Alfa son 0634 y 0635. Todos los demás ESAs se reportan utilizando el código de ingresos 0636. Esta revisión no representa un cambio de política.

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/MM10809.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10809, 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/R244BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 244, CR 10809

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

DDE

Mejora de la función de búsqueda de la pantalla de acceso al sistema remoto

Número de *MLN Matters*[®]: MM10542
Número de petición de cambio relacionado: 10542
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de agosto de 2018
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2019
Número de transmisión de CR relacionado: R2112OTN
Fecha de implementación: 7 de enero de 2019

Resumen

La petición de cambio (CR) 10542 mejora la función de búsqueda del acceso al sistema remoto (DDE) para permitir a los proveedores utilizar el número de factura en la cuenta por cobrar para encontrar el número de control de documento (DCN). El DCN es luego utilizado para encontrar las reclamaciones asociadas permitiendo a los proveedores relacionarlo con las cuentas del paciente correspondientes.

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/MM10542.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10542, 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/R2112OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2112, CR 10542

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

Hospital

Aclaración de políticas relacionadas al pago de costo razonable para programas de educación de NAH

Fecha de efectividad: 17 de agosto de 2018

Fecha de implementación: 19 de noviembre de 2018

Resumen

Medicare históricamente ha pagado a los proveedores por la parte de los costos del programa en que los proveedores incurren en relación con las actividades educativas aprobadas. Los programas de educación aprobados de enfermería y salud aliada (NAH) son aquellos que, en parte, son operados por un proveedor y cumplen con los requisitos de licencia estatal o son reconocidos por un organismo nacional de acreditación.

Los costos de estos programas están excluidos de la definición de costos operativos hospitalarios para pacientes hospitalizados y no están incluidos en el cálculo de tasas de pago para hospitales o unidades hospitalarias pagados bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) para pacientes hospitalizados, PPS de centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados o PPS de centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados, y están excluidos del máximo de la tasa de aumento para ciertos centros no pagados en un PPS.

El pago de estos programas se basará en si los programas son “operados por proveedores” o “no



operados por proveedores”. Los criterios utilizados para identificar si un programa es operado por un proveedor se detallan en la petición de cambio (CR).

Los detalles completos relacionados a estos programas educativos están disponibles (en inglés) en [CR 10552](#).

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) tienen una vista más enfocada y detallada de las solicitudes de desarrollo adicional (ADR) pendientes y recibidas, con la publicación 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
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en https://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

El modificador GZ debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. Nota: Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.

El modificador GA debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y tienen un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.

Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado: **modificador GA o GZ**.

LCD retirada

Leucovorin (Wellcovorin®) – LCD retirada de la Parte A y B

LCD ID número: L34012 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para leucovorin (Wellcovorin®), se determinó que la LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 3 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Revisión a las LCDs existentes

Cirugía micrográfica de Mohs (MMS) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33689 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para cirugía micrográfica de Mohs (MMS), se determinó que parte del texto en cursiva en la sección “Limitaciones” de la LCD no representa una cita directa de una fuente de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) listada en la LCD. Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar la consistencia con la fuente de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 7 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Agentes estimulantes de la eritropoyesis – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L36276 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a las peticiones de cambio (CRs) 10624, 10699, 10781, 10788, y 10818 (Actualización trimestral de julio de 2018) y una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para agentes estimulantes de la eritropoyesis fue revisada para añadir los códigos Q5105 y Q5106 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) a la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD para la Parte A y la Parte B. También, se añadió el código Q5106 del HCPCS al “Grupo 3 y 4, Párrafo” y el código Q5105 del HCPCS fue añadido al “Grupo 5, Párrafo” en la sección de la LCD de los “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”. En adición, la sección “Fuentes de Información” de la LCD fue actualizada. Además, la LCD fue revisada para asegurar que el lenguaje citado en cursiva está a la par con el lenguaje de

los Manuales Electrónicos (IOM) de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) referenciado en la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada a la Actualización Trimestral de julio de 2018 es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de julio de 2018**. La revisión de la LCD relacionada al lenguaje en cursiva está basada en fecha de procesamiento. 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 LCDs vigentes, futuras y retiradas [haga clic aquí](#).

Estudios arteriales extracraneales no invasivos – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33695 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de estudios arteriales extracraneales no invasivos, se determinó que el lenguaje en cursiva en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura 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, la LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con el lenguaje del manual de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados **en o después del 7 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Electrorretinografía (ERG) – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L37398 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) de electroretinografía (ERG), la sección de “Bibliografía” de la LCD fue actualizada para añadir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha sido cambiado en respuesta a la petición de reconsideración.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 7 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Información adicional

Servicios de evaluación diagnóstica psiquiátrica y psicoterapia – “guías de codificación” retiradas de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33252 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD), se determinó que el adjunto “Guías de Codificación” ya no es requerido, y por lo tanto, está siendo retirado.

Fecha de vigencia

El retiro de este adjunto de “Guías de Codificación” de la LCD es efectivo para los servicios prestados **en o después del 7 de agosto 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 de cobertura local (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

855-416-4199

Sitios web

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

[Formulario en línea \(haga clic aquí\)](#)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical Policy and Procedures

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 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo

médico duradero (DMERC) DME, dispositivos ortóticos y prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

Laboratorio clínico

Actualización de octubre a las nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*®: MM10819
Número de petición de cambio relacionado: 10819
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de julio de 2018
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R4091CP
Fecha de implementación: 1 de octubre 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. **Nota:** Hay 17 pruebas de complejidad exentas recientemente añadidas.

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/MM10819.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10819, 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/R4091CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4091, CR 10819

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.

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



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



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en https://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

El modificador GZ debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un artículo o servicio como no razonable y necesario y no tienen una notificación anticipada al beneficiario (ABN) firmada por el beneficiario. Nota: Artículos de línea presentados con el modificador GZ serán automáticamente denegados y no estarán sujetos a revisión médica compleja.

El modificador GA debe ser utilizado cuando los proveedores, médicos, profesionales de la salud, o suplidores quieren indicar que ellos esperan que Medicare va a denegar un servicio como no razonable y necesario y tienen un ABN firmado por el beneficiario en sus archivos.

Todas las reclamaciones que no cumplan con la necesidad médica de una determinación de cobertura local (LCD) deben anexar el servicio facturado con el **modificador GA** o **GZ**.

LCDs retiradas

Leucovorin (Wellcovorin®) – LCD retirada de la Parte A y B

LCD ID número: L34012 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para leucovorin (Wellcovorin®), se determinó que la LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 3 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Destrucción por agente neurolítico; nervio interdigital del pie - neuroma de Morton – LCD retirada de la Parte B

LCD ID número: L33812 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para la destrucción por agente neurolítico; nervio interdigital del pie — neuroma de Morton, se determinó que la LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 2 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Revisión a las LCDs existentes

Cirugía micrográfica de Mohs (MMS) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33689 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para cirugía micrográfica de Mohs (MMS), se determinó que parte del texto en cursiva en la sección “Limitaciones” de la LCD no representa una cita directa de una fuente de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) listada en la LCD. Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar la consistencia con la fuente de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 7 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Agentes estimulantes de la eritropoyesis – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L36276 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a las peticiones de cambio (CRs) 10624, 10699, 10781, 10788, y 10818 (Actualización trimestral de julio de 2018) y una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para agentes estimulantes de la eritropoyesis fue revisada para añadir los códigos Q5105 y Q5106 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) a la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD para la Parte A y la Parte B. También, se añadió el código Q5106 del HCPCS al “Grupo 3 y 4, Párrafo” y el código Q5105 del HCPCS fue añadido al “Grupo 5, Párrafo” en la sección de la LCD de los “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”. En adición, la sección “Fuentes de Información” de la LCD fue actualizada.

Además, la LCD fue revisada para asegurar que el lenguaje citado en cursiva está a la par con el lenguaje de los Manuales Electrónicos (IOM) de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) referenciado en la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada a la Actualización Trimestral de julio de 2018 es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de julio de 2018**.

La revisión de la LCD relacionada al lenguaje en cursiva está basada en fecha de procesamiento.

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

Electrorretinografía (ERG) – revisión a la LCD de Parte A y B

LCD ID número: L37398 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) de electroretinografía (ERG), la sección de “Bibliografía” de la LCD fue actualizada para añadir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha sido cambiado en respuesta a la petición de reconsideración.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 7 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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.

Estudios arteriales extracraneales no invasivos – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33695 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de estudios arteriales extracraneales no invasivos, se determinó que el lenguaje en cursiva en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura 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, la LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con el lenguaje del manual de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados en o después del 7 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Información adicional

Servicios de evaluación diagnóstica psiquiátrica y psicoterapia – “guías de codificación” retiradas de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33252 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD), se determinó que el adjunto “Guías de Codificación” ya no es requerido, y por lo tanto, está siendo retirado.

Fecha de vigencia

El retiro de este adjunto de “Guías de Codificación” de la LCD es efectivo para los servicios prestados en o después del 7 de agosto 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Búsqueda de LCDs

First Coast Service Options Inc. ofrece múltiples funcionalidades de búsqueda de determinación de cobertura local (LCD) que le ayudan a encontrar las LCDs que necesita. Las herramientas de búsqueda de LCD ofrecen una manera rápida y directa para que los proveedores busquen LCDs.

Los proveedores pueden buscar por ID de LCD, palabra clave (título solamente) o código HCPCS para encontrar los resultados que necesitan en un instante. [Haga clic aquí](#) para más información.

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

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC 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

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC 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

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC 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

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager