

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Noviembre 2018



En esta edición

Certificación de pacientes para el beneficio de salud en el hogar de Medicare	5
Hospitales: Pago Máximo Incorrecto para el Sentinel Cerebral Protection System™	14
Levantamiento Uretral Prostático (PUL) -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	17

Actualización al deducible, coaseguro y tarifas primas de Medicare para 2019

Número de *MLN Matters*®: MM11025
Número de petición de cambio relacionado: CR 11025
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de noviembre de 2018
Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019
Número de transmisión de CR relacionado: R119GI
Fecha de implementación: 7 de enero de 2019

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron los deducibles, coaseguros, y tarifas primas para beneficiarios cubiertos a través del programa de tarifa por servicio de Medicare. El deducible, coaseguro, y tarifas primas base para 2019 son:

Parte A de 2019 – Seguro de hospital

Deducible: \$1,364.00

Coaseguro

- \$341.00 al día para el día 61 al 90
- \$682.00 al día para el día 91 al 150 (días de reserva de por vida)
- \$170.50 al día para el día 21 al 100 (coaseguro de centro de enfermería especializada).

Parte B de 2019 – Seguro médico suplementario (SMI)

Bajo la Parte B del programa de seguro médico suplementario de Medicare (SMI), los inscritos están

sujetos a una prima mensual. Muchos de los servicios de SMI están sujetos a un deducible y coaseguro anual (por ciento de costos que el inscrito debe pagar), los cuales son establecidos por estatuto.

Prima estándar: \$135.50 al mes

Deducible: \$185.00 al año

Coaseguro: 20 por ciento

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/MM11025.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11025, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (en inglés) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R119GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 119, CR 11025

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Facturación

Actualización al deducible, coaseguro y tarifas primas de Medicare para 2019.....	1
Presentación electrónica de reporte de costos de Medicare.....	3

Tarifas

Tasas de pago del Manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2019 y el programa de participación.....	3
Precios de venta promedio trimestrales de los archivos de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare enero de 2019.....	4

Recursos de CMS

Una guía de prescripción para las nuevas políticas de sobre uso de opioides de la Parte D de Medicare para el 2019.....	4
---	---

Cobertura

Certificación de pacientes para el beneficio de salud en el hogar de Medicare.....	5
--	---

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	6
MLN Connects® para el 25 de octubre de 2018.....	7
MLN Connects® para el 1 de noviembre de 2018.....	7
MLN Connects® -- Edición Especial para el 1 de noviembre de 2018.....	8
MLN Connects® -- Edición Especial para el 2 de noviembre de 2018.....	10
MLN Connects® para el 8 de noviembre de 2018.....	12
MLN Connects® -- Edición Especial para el 13 de noviembre de 2018.....	13
MLN Connects® para el 15 de noviembre de 2018.....	13

Parte A

PPS

Hospitales: Pago Máximo Incorrecto para el Sentinel Cerebral Protection System™....	14
---	----

Hospital

Revisiones al manual de cama de uso múltiple para hospitales y hospitales de cuidado crítico.....	14
---	----

Determinaciones de cobertura local de la

Parte A.....

LCD retirada

Bomba de infusión implantable para el tratamiento del dolor crónico intratable – LCD retirada de la Parte A y la Parte B.....	16
---	----

Revisión a las LCDs existentes

Fusión espinal lumbar para la inestabilidad y condiciones degenerativas del disco lumbar – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	16
Levantamiento Uretral Prostático (PUL) -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	17
Manejo quirúrgico de la obesidad mórbida -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	17

Toxinas botulínicas -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	17
Servicios de diagnóstico pulmonar -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	18

Información adicional

Inserción del dispositivo de drenaje acuoso del segmento anterior – códigos 0191T, 0474T y 0449T del Current Procedural Terminology (CPT®).....	18
---	----

Contactos de la Parte A.....

Parte B

Edición especial

MLN Connects® -- Edición Especial para el 8 de noviembre de 2018.....	20
---	----

Determinaciones de cobertura local de la

Parte B.....

LCDs retiradas

Escaneado duplex para disfunción erectil – LCD retirada de la Parte B.....	21
Bomba de infusión implantable para el tratamiento del dolor crónico intratable – LCD retirada de la Parte A y la Parte B.....	21

Revisión a las LCDs existentes

Fusión espinal lumbar para la inestabilidad y condiciones degenerativas del disco lumbar – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	21
Levantamiento Uretral Prostático (PUL) -- visión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	22

Manejo quirúrgico de la obesidad mórbida -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	22
---	----

Toxinas botulínicas -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	22
--	----

Servicios de diagnóstico pulmonar -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	23
--	----

Bloques de nervios periféricos -- revisión a la LCD de la Parte B.....	23
--	----

Información adicional

Inserción del dispositivo de drenaje acuoso del segmento anterior – códigos 0191T, 0474T y 0449T del Current Procedural Terminology (CPT®).....	24
---	----

Información de contacto Puerto Rico.....

Información de contacto Florida.....

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

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.

Facturación

Presentación electrónica de reporte de costos de Medicare

Número de *MLN Matters*[®]: MM10611 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10611
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de noviembre de 2018
Fecha de vigencia: 12 de junio de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R2194OTN
Fecha de implementación: 12 de junio de 2018

La petición de cambio 10611 informa a los contratistas administrativos de Medicare y proveedores acerca del nuevo sistema de presentación electrónica del MCR (MCRref), el cual está controlado por el sistema de EIDM y disponible para la transmisión electrónica de reportes de costos. Este artículo fue revisado el 6 de noviembre para reflejar revisiones a la CR 10611, emitida el 24 de octubre y el 2 de noviembre. El artículo se revisó para extender los portales de los contratistas administrativos para que abran hasta el 2 de enero de 2019, en vez del 2 de julio de 2018. Como resultado de la revisión al artículo, los proveedores que deseen presentar electrónicamente su MCR deben hacerlo utilizando MCRref en o después del 2 de enero de 2019, en vez de la fecha original del 2 de julio de 2018. Como resultado de la revisión de la CR del 2 de noviembre, se corrigió una dirección web incorrecta para inscripción de nuevos usuarios. Además, también se revisaron la fecha de emisión de la CR, el número de transmisión, y la dirección web para la CR 10611.

Resumen

La petición de cambio 10611 informa a los contratistas administrativos de Medicare y proveedores acerca del nuevo sistema de presentación electrónica del MCR (MCRref), el cual está controlado por el sistema de EIDM y disponible para la transmisión electrónica de reportes de costos. Este artículo fue revisado el 6 de noviembre para reflejar revisiones a la CR 10611, emitida el 24 de octubre y el 2 de noviembre. El artículo se revisó para extender

los portales de los contratistas administrativos para que abran hasta el 2 de enero de 2019, en vez del 2 de julio de 2018. Como resultado de la revisión al artículo, los proveedores que deseen presentar electrónicamente su MCR deben hacerlo utilizando MCRref en o después del 2 de enero de 2019, en vez de la fecha original del 2 de julio de 2018. Como resultado de la revisión de la CR del 2 de noviembre, se corrigió una dirección web incorrecta para inscripción de nuevos usuarios. Además, también se revisaron la fecha de emisión de la CR, el número de transmisión, y la dirección web para la CR 10611.

Nota: Los MAC pueden suspender los pagos a los proveedores que no presenten su MCR en la fecha de vencimiento.

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/MM10611.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10611, 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/R2194OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2194, CR 10611

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

Tarifas

Tasas de pago del Manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2019 y el programa de participación

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

para médicos y profesionales de la salud de 2019 (MPFS) serán publicadas en la página web del proveedor de Medicare de First Coast Service Options luego de que el reglamento final sea publicado en el Registro Federal (*Federal Register*). Esta publicación generalmente ocurre a mediados de noviembre.

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

Precios de venta promedio trimestrales de los archivos de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare de enero de 2019

Número de *MLN Matters*®: MM11016
 Número de petición de cambio relacionado: 11016
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de octubre de 2018
 Fecha de vigencia: 1 de enero de 2019
 Número de transmisión de CR relacionado: R4154CP
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2019

Resumen

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

Medicare utilizará estos archivos para determinar el pago límite para reclamaciones para medicamentos pagaderos por separado de la Parte B de Medicare, procesados o reprocesados en o antes del 9 de enero de 2019, con fechas de servicio del 1 de enero de 2019 hasta el 31 de marzo de 2019.

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/MM11016.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11016, 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/R4154CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4154, CR 11016

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

Recursos de CMS

Una guía de prescripción para las nuevas políticas de sobre uso de opioides de la Parte D de Medicare para el 2019

Número de *MLN Matters*®: SE18016
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de vigencia: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial de *Matters*® está dirigido a médicos y a otros prescriptores quienes prescriben medicamentos opioides a pacientes con el beneficio de prescripción de medicamentos de la Parte D de Medicare.

Nuevas políticas están siendo implementadas que incluyen alertas mejoradas de seguridad cuando las prescripciones de opioides son dispensadas en la farmacia, y programas de manejo de medicamentos para coordinar mejor el cuidado cuando el uso de opioide crónico de alto riesgo está presente.

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/se18016.pdf>.



Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE18016

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

Cobertura

Certificación de pacientes para el beneficio de salud en el hogar de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1436 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de vigencia: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo de edición especial provee una visión general del beneficio de servicio de salud en el hogar de Medicare, que incluye los requisitos de elegibilidad del paciente y los requisitos de certificación/recertificación de los servicios cubiertos de salud en el hogar de Medicare. El artículo fue revisado el 31 de diciembre para agregar un texto aclaratorio. Este artículo fue revisado el 5 de noviembre para reflejar las políticas finalizadas en el reglamento final del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar de 2019. Específicamente, la reglamentación se ha revisado para eliminar el requisito de que la declaración de recertificación debe incluir una estimación de cuánto tiempo más se necesitarán los servicios. Este cambio entra en vigencia a partir del 1 de enero de 2019.

Resumen

Este artículo de edición especial provee una visión general del beneficio de servicio de salud en el hogar de Medicare, que incluye los requisitos de elegibilidad del paciente y los requisitos de certificación/recertificación de los servicios cubiertos de salud en el hogar de Medicare.

Para ser elegible para los servicios de salud en el hogar de Medicare, un paciente debe tener la Parte A y/o Parte B de Medicare y cumplir con los siguientes requisitos que se detallan en el artículo:

- Estar confinado en el hogar;
- Necesitar servicios especializados;
- Estar bajo el cuidado de un médico;
- Recibir servicios bajo un plan de cuidados establecido y revisado por un médico y
- Haber tenido un encuentro cara a cara con un médico o profesional de la salud (NPP) autorizado.

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/SE1436.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1436

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

¡Manténgase informado!

Use las herramientas e información útil de nuestra página, medicareespanol.fcso.com para mantenerse al día acerca de cambios asociados al programa de Medicare.



Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Diciembre de 2018

Solicitud de monitores de glucosa y suministros de prueba para su paciente – Un webinar de colaboración de MAC de A/B y de MAC de DME

Cuando: 4 de diciembre de 2018
 Hora: 11:00 a.m. y 4:00 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/0421170.asp>

Teleconferencia de pregúntele al contratista (ACT): Reclamaciones de pago residual y condicional de MSP (A)

Cuando: 12 de diciembre 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/0420975.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.fcsoniversity.com. Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo “My Courses” a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** Es necesario abrir una cuenta completando por internet el **Formulario de solicitud de cuenta del usuario** (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar “9999” en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

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

Nota:

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

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

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® para el 25 de octubre de 2018

MLN Connects® para el 25 de octubre de 2018

Vea esta edición como un PDF

Noticias y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Hojas Informativas y Videos para Pacientes
- DME: Expansión de Demostración de Discusión Telefónica Formal
- Preparativos de Emergencia: Sistema de Comandos de Incidentes Basados en el Hospital, Terremotos, Demanda Médica

Cumplimiento del proveedor

- Codificación para Validación de Pruebas de Especímenes Facturadas en Combinación con Pruebas de Drogas en la Orina — Recordatorio

Próximos eventos

- Webcast acerca de Periodo Preliminar y Reporte Público de Comparación de Médicos — 30 de octubre
- Webinar acerca de Cumplir con las Necesidades Adultos Mayores Dualmente Elegibles con Esquizofrenia — 6 de noviembre
- Llamada del Reglamento Final del FY de 2019: Pago de IRF y Políticas de Cobertura — 15 de noviembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Requisitos de Órdenes Cuando el Médico que Prescribe es Suplidor de DMEPOS — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Actualización del CY de 2019 de Tasas de Pago de MDPP — Nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web de la Categoría de Desempeño de Costo del Programa de Pago de Calidad de MIPS de 2018 — Nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web de la Categoría de Desempeño de Actividades de Mejoras para el Programa de Pago de Calidad de MIPS de 2018 — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web de los APMs del Programa de Pago de Calidad de MIPS de 2018 — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web de los APMs Avanzados del Programa de Pago de Calidad de 2018 — Revisado
- Folleto de Artículos y Servicios No Cubiertos bajo Medicare — Revisado

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

MLN Connects® para el 1 de noviembre de 2018

MLN Connects® para el 1 de noviembre de 2018

Vea esta edición como un PDF

Noticias y anuncios

- HHS Avanza en el Modelo de Pago para Reducir los Costos de los Medicamentos para los Pacientes
- Datos del Programa de Reporte de Calidad de SNF en Comparación de Asilos
- Programas de Reporte de Calidad de IRF, LTCH y SNF: Fecha Límite para la Presentación es el 15 de noviembre
- Datos de Reporte de Costos de Hospital: Versión Fácil de Utilizar
- Programa de Prevención de la Diabetes: Nuevo Servicio Cubierto
- Noviembre es el Mes del Cuidado en el Hogar y Hospicio

Cumplimiento del proveedor

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

Próximos eventos

- Llamada del Reglamento Final del FY de 2019: Pago de IRF y Políticas de Cobertura — 15 de noviembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare Relacionadas al Desastre en el Estado Libre Asociado de las Islas Marianas del Norte Causado por el Tifón Yutu — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de MRI — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Colonoscopias Incompletas Facturadas con el Modificador 53 — Nuevo

Ver **MLN**, en la página 11

MLN Connects® -- Edición Especial para el 1 de noviembre de 2018

Políticas de Pago Finales de 2019: Manual de Tarifas Fijas para Médicos y Profesionales de la Salud, DME y ESRD

- [Manual de Tarifas Fijas para Médicos y Profesionales de la Salud y QPP: Cambios para Avanzar la Innovación, Restaurar el Enfoque en los Pacientes](#)
- [Programas de DME y ESRD: Políticas para Modernizar e Impulsar la Innovación](#)

Manual de Tarifas Fijas para Médicos y Profesionales de la Salud y QPP: Cambios para Avanzar la Innovación, Restaurar el Enfoque en los Pacientes

El 1 de noviembre, CMS finalizó las propuestas audaces que abordan el agotamiento del proveedor y brinda a los médicos alivio inmediato del papeleo excesivo relacionado con las prácticas de facturación obsoletas. El reglamento final del Manual de Tarifas Fijas para Médicos y Profesionales de la Salud (PFS) y el Programa de Pago de Calidad (QPP) de 2019 también modernizan las políticas de pago de Medicare para promover el acceso a la atención virtual, ahorrando tiempo y dinero a los beneficiarios de Medicare mientras mejoran su acceso a servicios de alta calidad, sin importar dónde vivan. Este realiza cambios para facilitar el intercambio de información de salud a través de una mejor interoperabilidad y actualiza las medidas del QPP para centrarse en aquellas que son más significativas para los resultados positivos. El reglamento también actualiza algunas políticas bajo el programa de la Organización de Cuidado Responsable de Medicare que simplifica las medidas de calidad para reducir la carga y alentar mejores resultados de salud. Se proyecta que este reglamento ahorrará a los médicos \$87 millones en costos administrativos reducidos en 2019 y \$843 millones durante la próxima década.

“Las reformas históricas que CMS finalizó hoy nos acercan a un sistema de atención médica que brinda una mejor atención a los estadounidenses a un costo menor”, dijo el Secretario de HHS, Alex Azar. “Entre otros avances, mejorar la forma en que CMS paga los medicamentos y las visitas al médico ayudará a cumplir con dos prioridades de HHS: reducir el costo de los medicamentos recetados y crear un sistema de atención médica basado en el valor que empodera a los pacientes y proveedores”.

“El reglamento de hoy finaliza mejoras dramáticas para médicos clínicos y pacientes y refleja una amplia contribución de la comunidad médica”, dijo la Administradora de CMS Seema Verma. “Abordar el agotamiento de los médicos clínicos es fundamental para mantener a los médicos en la fuerza laboral para satisfacer las crecientes necesidades de los adultos

mayores de Estados Unidos. El reglamento de hoy ofrece alivio inmediato de los requisitos onerosos que contribuyen al agotamiento en la profesión médica y restan valor a la atención del paciente. “También retrasa cambios aún más significativos para darles a los médicos el tiempo que necesitan para la implementación y nos da tiempo para que continuemos trabajando con la comunidad médica en este esfuerzo”.

Los requisitos de codificación para los servicios médicos conocidos como visitas de “Evaluación y Manejo” (E/M) no se han actualizado en 20 años. Este reglamento final aborda problemas que existen hace tiempo y también responde a las inquietudes planteadas por los comentaristas sobre el reglamento propuesto. CMS está finalizando varias propuestas de reducción de carga inmediatamente (a partir del 1 de enero de 2019), donde los comentaristas brindaron un apoyo abrumador. En respuesta a las inquietudes planteadas en la propuesta, el reglamento final incluye revisiones que preservan el acceso a la atención para pacientes con casos complejos, igualan ciertos pagos por atención primaria y especializada, y permiten una participación continua de los interesados al retrasar la implementación de las reformas de codificación de E/M hasta 2021.

Por primera vez, este reglamento también proporcionará acceso a la atención “virtual”. Medicare pagará a los proveedores por los nuevos servicios de comunicación basados en la tecnología, tales como registros breves entre pacientes y profesionales de la salud, y pagará por separado la evaluación de imágenes y/o videos pregrabados remotos. CMS también está ampliando la lista de servicios de telesalud cubiertos por Medicare. Esto dará a los adultos mayores opciones y un mejor acceso a la atención.

Además, el reglamento continúa nuestro trabajo para cumplir con el compromiso del presidente Trump de reducir los costos de los medicamentos recetados. A partir del 1 de enero de 2019, se reducirán los montos de pago de nuevos medicamentos conforme a la Parte B, lo que disminuirá el monto que los adultos mayores tienen que pagar de su bolsillo, especialmente para medicamentos con precios de lanzamiento altos.

CMS también está finalizando una revisión de los requisitos del Registro de Salud Electrónico (EHR) para enfocarse en promover la interoperabilidad. El reglamento finalizó los cambios para ayudar a que las herramientas de EHR que realmente apoyan la atención eficiente en lugar de obstaculizar la atención. Las políticas finales para el Año 3 del QPP, parte de la implementación de MACRA de la agencia, avanzarán la iniciativa de Medidas Significativas al tiempo que reducen la carga del médico, aseguran un enfoque en los resultados y promueven la interoperabilidad. CMS también introdujo una política

Ver **MLN**, en la página 9

MLN

De la página 8

de inclusión voluntaria para que ciertos médicos que atienden a un bajo volumen de pacientes de Medicare aún puedan participar en el programa del Sistema de Pago de Incentivos basado en el Mérito si así lo desean. Además, CMS está brindando la opción para que los médicos que trabajan en un centro de atención médica utilicen la puntuación basada en el centro para reducir la carga de tener que reportar por separado de su centro.

Para más información (en inglés) vea:

- [Reglamento Final](#)
- [Hoja Informativa de PFS](#)
- [Hoja Informativa de QPP](#)
- [Tabla de Cantidades de Pago de E/M](#)

Vea el texto completo de este extracto (en inglés) del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (1 de noviembre).

Programas de DME y ESRD: Políticas para Modernizar e Impulsar la Innovación

El 1 de noviembre, CMS finalizó los cambios innovadores a los reglamentos de pago de Medicare para los programas de Equipo Médico Duradero, Prostéticos, Ortóticos y Provisiones Médicas (DMEPOS) y los programas de Enfermedad Renal en Estado Terminal (ESRD). Las políticas apuntan a aumentar el acceso a los artículos y servicios para los pacientes, impulsar la competencia y aumentar la asequibilidad.

“El reglamento finalizado hoy hace cambios innovadores a los reglamentos de pago de Medicare para los programas de equipo médico duradero y de enfermedad renal en estado terminal. También ayuda a garantizar el acceso continuo a equipos médicos duraderos y hace mejoras significativas a nuestro sistema de licitaciones competitivas”, dijo la Administradora de CMS Seema Verma. “En base a muchos comentarios que recibimos sobre nuestra propuesta de DME de proveedores, fabricantes y sus asociaciones, todos los cuales apoyaron nuestras propuestas, estamos implementando reformas orientadas al mercado al Programa de Licitaciones Competitivas de DMEPOS de Medicare que también reduce la carga para los proveedores simplificando el proceso de licitación”.

Acceso Mejorado a Equipos Médicos Duraderos (DME)

El reglamento finaliza las reformas orientadas al mercado del Programa de Licitaciones Competitivas (CBP) de DMEPOS de Medicare. El reglamento final aumentará el acceso de los beneficiarios a los artículos y servicios, aprovechará las oportunidades para aumentar la efectividad del programa y garantizará mejor la sostenibilidad a largo plazo del CBP de DMEPOS al agilizar el programa y fortalecer las reglas de licitación. Los cambios en el CBP de DMEPOS que finalizamos también reducirán la carga para los proveedores al simplificar el proceso de licitación. Este reglamento

establece la oferta del artículo principal, lo que significa que los proveedores solo deberán presentar una oferta por categoría de producto. Además, los montos de pago único para artículos en cada categoría de producto bajo el CBP de DMEPOS se aplicarán al artículo principal en la categoría de producto. Estos cambios agilizan el programa, mejoran la calidad y el acceso a productos innovadores y ayudan a garantizar la sostenibilidad a largo plazo del programa y los ahorros que genera. Además, el reglamento finaliza los aumentos en las tasas de las tarifas fijas de DMEPOS, utilizando una combinación de cantidades de tarifas ajustadas y no ajustadas, para proteger el acceso a los equipos médicos duraderos necesarios en áreas rurales que no están sujetos al CBP de DMEPOS.

El proceso para renovación de contratos con proveedores actualmente en vigencia bajo el CBP de DMEPOS aún no se ha iniciado y los contratos actuales para el CBP de DMEPOS expirarán el 31 de diciembre de 2018. Como resultado, a partir del 1 de enero de 2019, y hasta que los nuevos contratos sean otorgados conforme al CBP de DMEPOS, habrá un período de brecha temporal en todo el CBP de DMEPOS y el CBP de Pedido por Correo Nacional que CMS espera que dure dos años hasta el 31 de diciembre de 2020. Durante ese tiempo, los beneficiarios de Medicare continuarán recibiendo artículos de DMEPOS de cualquier Proveedor de DMEPOS inscrito en Medicare y, en la mayoría de los casos, no necesitarán cambiar de proveedor.

Como lo exige la Ley 21st Century Cures Act, este reglamento también finaliza los pagos del manual de tarifas fijas de Medicare para DME que se entrega en o después del 1 de enero de 2019 en áreas del país donde la licitación competitiva no está vigente. Para obtener más información, consulte la hoja informativa (en inglés) del [Periodo de Brecha Temporal](#).

Sistema de Pago Prospectivo de Enfermedad Renal en Estado Terminal

CMS también está tomando medidas para respaldar la innovación en el Sistema de Pago Prospectivo de la ESRD de Medicare al expandir el Ajuste Transitorio de Pago Complementario de Medicamentos (TDAPA) para nuevos medicamentos y productos biológicos para la ESRD, con vigencia a partir del 1 de enero de 2020. Como el mayor pagador para el cuidado de los riñones, el ampliar la TDAPA a todos los nuevos medicamentos para diálisis renal y productos biológicos ayudará a incentivar el desarrollo y uso de terapias transformadoras e innovadoras.

Finalmente, este reglamento final da pasos significativos hacia adelante al fortalecer los incentivos de calidad, mejorar los resultados de los pacientes y reducir la carga administrativa. Estos cambios avanzan en la iniciativa [Pacientes por Encima del Papeleo](#) (en inglés) y permitirán

Ver **Del 1 de noviembre**, en la página 11

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

El Reglamento del OPPS y ASC del CY 2019 Fomenta Más Opciones y Menores Costos para los Adultos Mayores

El 2 de noviembre, CMS publicó un reglamento final que fortalece el programa de Medicare al brindarles a los adultos mayores más opciones y opciones de menor costo para tomar las mejores decisiones sobre su cuidado. Las políticas adoptadas con el reglamento final del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) y el Sistema de Pago para Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) con período de comentarios ayudarán a sentar las bases de un sistema de atención médica orientado al paciente.

“El presidente Trump está comprometido a fortalecer Medicare y reducir los costos para los pacientes. “El reglamento de hoy avanza la competencia al crear un campo de juego nivelado para los proveedores para que puedan competir por los pacientes sobre la base de calidad y atención”, dijo la Administradora de CMS Seema Verma. “Las políticas finales eliminan las diferencias de pago innecesarias e ineficientes para que los pacientes puedan tener opciones más asequibles”.

Para aumentar la sostenibilidad del programa de Medicare y mejorar la calidad de la atención a los pacientes, CMS está finalizando el método propuesto para controlar los aumentos innecesarios de volumen para ciertas visitas clínicas mediante el uso de pagos neutrales para estas visitas. Este cambio se llevará a cabo en dos años. Las visitas a la clínica son el servicio más común facturado según el OPPS. Actualmente, CMS y los beneficiarios a menudo pagan más por el mismo tipo de visita clínica en el entorno ambulatorio del hospital que en el consultorio del médico. Esta política resultaría en copagos más bajos para los beneficiarios y ahorros para el programa Medicare en una cantidad estimada de \$380 millones para 2019. Por ejemplo, para una visita a la clínica realizada en un departamento basado en el proveedor (PBD) exceptuado fuera del campus, el costo compartido promedio del beneficiario es actualmente \$23. Bajo este reglamento final, el costo compartido se reduciría a \$16 (en base a una fase de dos años), ahorrándoles a los beneficiarios un promedio de \$7 cada vez que visiten un departamento fuera del campus en el CY 2019.

Además, CMS está brindando a los pacientes más opciones sobre dónde obtener atención mediante el aumento de los servicios que se pueden proporcionar en los ASCs. El objetivo de estos cambios es ayudar a mejorar el acceso y la conveniencia, y garantizar que las políticas de CMS no favorezcan ningún tipo de proveedor en particular. Para 2019, CMS está finalizando políticas que:

- Ampliarán la cantidad de procedimientos

quirúrgicos pagaderos en los ASCs para incluir procedimientos adicionales que puedan realizarse de manera segura en ese entorno

- Asegurarán que el pago de ASC para los procedimientos que involucran ciertos dispositivos de alto costo generalmente sea paralelo al monto de pago proporcionado a los departamentos ambulatorios del hospital para estos dispositivos
- Ayudarán a garantizar que los ASC sigan siendo competitivos abordando la diferencia entre la forma en que se actualizan las tasas de pago de ASC y las tasas de pago del departamento ambulatorio del hospital para la inflación

Como parte de la Iniciativa “Pacientes por Encima del Papeleo” de la agencia, un proceso transversal que evalúa y agiliza las reglamentaciones con el objetivo de reducir la carga, CMS está finalizando las propuestas para eliminar las medidas del Programa de Reporte de Calidad de Pacientes Ambulatorios del Hospital y del Programa de Reporte de Calidad de Centro de Cirugía Ambulatoria. Estas eliminaciones están dirigidas a permitir que los proveedores se centren en rastrear e reportar las medidas que tienen más impacto en la atención al paciente. Esta acción reducirá la carga para los proveedores en aproximadamente \$27 millones en los próximos dos años.

En 2018, CMS implementó una política de pago para ayudar a los beneficiarios a ahorrar en el coseguro de los medicamentos que se administraron en los departamentos ambulatorios del hospital que se adquirieron a través del programa 340B, un programa que permite a ciertos hospitales comprar medicamentos 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 adquiridos por 340B. Solo en el 2018, los beneficiarios están ahorrando aproximadamente \$320 millones en pagos de bolsillo por estos medicamentos. Para el 2019, CMS está ampliando esta política al extender el cambio de pago de 340B a otros departamentos ambulatorios de hospitales basados en proveedores fuera del campus que se pagan según el Manual de Tarifas Fijas para Médicos y Profesionales de la Salud.

En respuesta a las recomendaciones de la Comisión Presidencial para Combatir la Drogadicción y la Crisis de Opioides, para cumplir con los requisitos de la Ley de APOYO para Pacientes y Comunidades (PL 115-271) y evitar posibles consecuencias no intencionadas que alienen la prescripción excesiva de opioides, CMS está eliminando preguntas sobre la comunicación del dolor de la encuesta de experiencia del paciente en el hospital. Además, CMS está adoptando una política para fomentar un mayor uso de medicamentos no opioides después de

MLN

De la página 7

- Artículo de MLN Matters acerca de Modificación del CWF de Reclamaciones de MA de Pacientes Internos de Hospitales de Enseñanza Aprobados — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Corrección a la IUR 7272 del CWF para Estancia Intermedia — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Rediseño de Periodos de Hospicio — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Archivos de Precios de Drogas de la Parte B de ASP de Medicare y Revisiones: enero de 2019 — Nuevo
- Webcast acerca del Sistema de MCRéF: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Webcast acerca de Categoría de Relación con el Paciente y Códigos: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Hoja Informativa acerca de Servicios de Podiatría de Medicare — Revisado
- Folleto acerca de Conceptos Básicos de Medicare y Medicaid — Revisado

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

Continuación de MLN de edición especial

Del 1 de noviembre

Cont. de la página 9

a los médicos dedicar menos tiempo al papeleo y más tiempo con sus pacientes. Según los comentarios de las partes interesadas, CMS redujo las cargas de documentación relacionadas con los centros de ESRD para el ajuste de pago por comorbilidad, de modo que los requisitos de documentación sean más coherentes con otros sistemas de pago. CMS también redujo la carga de reporte para el Programa de Incentivo de Calidad de ESRD al finalizar un conjunto de medidas más limitado que se alinea mejor con la Iniciativa de Medidas Significativas de CMS.

Para más información (en inglés) vea:

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

Vea el texto completo de este extracto (en inglés) del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (emitido el 1 de noviembre).

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

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

Del 2 de noviembre

Cont. de la página 10

un procedimiento quirúrgico en el entorno de ASC. La Comisión del Presidente para Combatir la Drogadicción y la Crisis de Opioides también recomendó que CMS revise sus políticas de pago para ciertos medicamentos que funcionan como un suministro, específicamente los tratamientos para el control del dolor no opioides. El pago por medicamentos que funcionan como un suministro en procedimientos quirúrgicos o pruebas de diagnóstico se agrupa bajo los sistemas de pago OPPS y ASC. Sin embargo, en respuesta a esta recomendación, así como a los comentarios de las partes interesadas y la evidencia revisada por expertos, para el 2019, CMS está finalizando la propuesta de pagar por separado al precio de venta

promedio más el 6 por ciento de los medicamentos para el manejo del dolor no opioides que funcionan como un suministro cuando se utilizan en un procedimiento quirúrgico cubierto realizado en un ASC.

Para más información (en inglés) vea:

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

Vea el texto completo de este extracto (en inglés) del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (emitido el 2 de noviembre).

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

MLN Connects® para el 8 de noviembre de 2018

MLN Connects® para el 8 de noviembre de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: ¿Preguntas?
- Actualizaciones de Licitación Competitiva de DMEPOS
- Reportes Preliminares del Proveedor de SNF: Revise Sus Datos para el 30 de noviembre
- Reportes de Retroalimentación de QRURs y PQRS: Acceso Finaliza el 31 de diciembre
- Programa de Pago de Calidad: Lista de APMs Avanzados de Otro Pagador de Multi-Pagador
- Programa de Pago de Calidad: Visite la Biblioteca de Recursos de la Página Web
- Levantando la Concientización de la Diabetes en noviembre

Cumplimiento del proveedor

- Reportando Cambios de Propiedad — Recordatorio

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Hospitales: Pago Máximo Incorrecto para el Sentinel Cerebral Protection System™

Próximos eventos

- Llamada acerca de Servicios de Salud en el Hogar: Demostración de Revisión de Elección — 13 de noviembre
- Llamada del Reglamento Final del FY de 2019: Pago de IRF y Políticas de Cobertura — 15 de noviembre
- Webinar de Visión General del Reglamento Final del Año 3 del Programa de Pago de Calidad — 15 de noviembre
- Llamada acerca de Comprender 3 Temas Claves: Reglamento Final de Tarifas Fijas de Médicos — 19 de noviembre

- Reunión acerca de la Ley IMPACT: SPADEs de Prueba Beta Nacional de Candidatos — 27 de noviembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de la Guía de Prescripción de las Nuevas Políticas de Sobre Uso de Opioides de la Parte D de Medicare para el 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters del HCPCS de Visitas al Hogar Luego de la Alta según el Modelo NGACO — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Revisiones al Manual de Cama de Uso Múltiple para Hospitales y CAH — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Actualizaciones al Manual para Corregir Errores y Omisiones de SNF: Q4 de 2018 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Pago Transicional Temporero para Servicios de HIT para los CYs 2019 y 2020 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Revisión de Modificaciones de CB de SNF para Servicios de Ambulancia en una Estadía de un Centro de la Parte A — Nuevo
- Folleto acerca del Modelo Expandido del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare — Nuevo
- Folleto de Facturación de Medicare: Formulario CMS-1450 y el Institucional 837 de CMS — Revisado
- Folleto de Facturación de Medicare: Formulario CMS-1500 y el Profesional 837 de CMS — Revisado
- Listado de Productos Educativos Nacionales de los Servicios Preventivos de Medicare — Revisado

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

Medicare Learning Network®

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



MLN Connects® -- Edición Especial para el 13 de noviembre de 2018

Actualización del Envío por Correo de la Nueva Tarjeta de Medicare – Finaliza el Grupo 6

CMS terminó de [enviar por correo las tarjetas](#) (en inglés) a las personas con Medicare que viven en estados de los Grupos 1-5 y ahora del Grupo 6 (Arizona, Colorado, Idaho, Montana, Nevada, Nueva México, Texas, Utah, Washington y Wyoming). Continúa el envío por correo de las tarjetas de los estados y territorios del Grupo 7.

Si alguien con Medicare que vive en uno de estos estados dice que no recibió una tarjeta, dígales 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.
- Llaman al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) donde podemos verificar su identidad, corroborar su dirección postal y ayudarles a obtener su nueva tarjeta.

También, puede imprimir y darles una copia del volante “¿Aún está Esperando su Nueva Tarjeta?” o puede [ordenar](#) (en inglés) copias para distribuir. Continúe

enviando a las personas con Medicare a <https://es.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.

Para garantizar que las personas con Medicare continúen recibiendo atención médica, puede utilizar el anterior Número del Seguro de Salud del Beneficiario basado en el número de 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.

Las personas con Medicare deben continuar protegiendo su nuevo número para prevenir el robo de identidad médica y el fraude en la atención médica, especialmente durante la Inscripción Abierta de Medicare. Puede encontrar recursos de prevención de fraudes en nuestra nueva página web (en inglés) de [Asistencia y Educación](#) de la tarjeta de Medicare para que usted la comparta con las personas que tienen Medicare.

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 15 de noviembre de 2018

[MLN Connects® para el 15 de noviembre de 2018](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias y anuncios

- Hoja Informativa de noviembre acerca de Pacientes por Encima del Papeleo
- Resultados de Desempeño del Año 1 del Programa de Pago de Calidad
- Programa de Pago de Calidad: Herramienta de Estado de Participación Actualizada
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Documento de Actualización Trimestral
- Hospicios: Plazo Límite para Corrección de Datos del Mes 4.5 para Reporte Público
- Fecha de Congelación de Conjunto de Elementos de Hospicio: 15 de noviembre
- Premios de Equidad de la Salud de CMS: Envíe sus Nominaciones para el 7 de diciembre
- Médicos: Documentación de Prótesis y Aparatos Ortopédicos
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare
- Reconociendo el Mes de la Concientización del Cáncer de Pulmón y el Gran Día de No Fumar Americano

Cumplimiento del proveedor

- Dispositivos Cocleares Reemplazados Sin Costo: Facture Correctamente — Recordatorio

Reclamaciones, precios y códigos

- DME: Denegación de Reclamaciones en Serie

Próximos eventos

- Llamada acerca de Comprender 3 Temas Claves: Reglamento Final de Tarifas Fijas de Médicos — 19 de noviembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Implementación del Código J3591 del HCPCS y Cambios para Reclamaciones de ESRD — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización de DMEPOS — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización al Deducible, Coaseguro y Tarifas Primas de Medicare para 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de MCRéF — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de ICD-10 y Otras Revisiones de Codificación a NCDs — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Certificación de Pacientes para el Beneficio de Salud en el Hogar de Medicare — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Certificado de Necesidad Médica — Revisado
- Herramienta Educativa de Facturación de Inmunización de Medicare de la Parte B — Revisado

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

PPS

Hospitales: Pago Máximo Incorrecto para el Sentinel Cerebral Protection System™

El Pricer del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Internos (IPPS) para el FY 2019 contenía un pago máximo incorrecto adicional de tecnología nueva para el Sentinel Cerebral Protection System™. El problema será corregido en noviembre. Su Contratista Administrativo de Medicare (MAC) volverá a procesar estas reclamaciones con una

fecha de alta en o después del 1 de octubre a través de la implementación del Pricer del IPPS corregido. Los hospitales no requieren ninguna acción.

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

Hospital

Revisiones al manual de cama de uso múltiple para hospitales y hospitales de cuidado crítico

Número de *MLN Matters*®: MM10962
 Número de petición de cambio relacionado: 10962
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de noviembre de 2018
 Fecha de vigencia: 1 de abril de 2019
 Número de transmisión de CR relacionado: R4157CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2019

Resumen

La petición de cambio 10962 aclara políticas relacionadas a hospitales y hospitales de cuidado crítico (CAH) en cuanto a servicios prestados a pacientes con camas de uso múltiple, incluyendo políticas relacionadas con el reembolso de transferencia de servicios de enfermería anestesiada graduada y certificada.

Los servicios de camas de uso múltiple para CAH son pagados en base a un 101 por ciento del costo razonable para servicios de camas de uso múltiple y están sujetos a los requisitos de agrupamiento del hospital. Por lo tanto, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid están aclarando que los servicios no profesionales provistos a pacientes de cama de uso múltiple de CAH deben ser incluidos en la factura de la cama de uso múltiple de CAH.

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/MM10962.pdf>.



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10962, emitida por su contratista de la Parte B, F1, 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/R4157CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4157, CR 10962

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

Determinaciones de Cobertura Local

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones de cobertura local (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <https://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

Las LCD finales, borradores de LCD disponibles para comentarios, estatutos de LCD y resúmenes de comentarios/respuestas de LCD pueden ser impresos de la sección Parte A de la sección cobertura médica de la Parte A.

Esta sección del *Medicare A y B Al Día* contiene resúmenes de LCD nuevas y modificadas como resultado de una modificación médica local o iniciativas de análisis totales de datos. Estas iniciativas están designadas a asegurar las medidas de atención médica correspondientes y asegurar que las LCD del intermediario fiscal y las reglamentaciones de modificaciones sean consistentes con los estándares aceptados de práctica de la medicina.

Fechas de vigencia y notificación

Las fechas de vigencia están en cada LCD y están basadas en las fechas de servicio a menos que se diga otra cosa en la LCD. Se exige a los contratistas de Medicare dar aviso con 45 días de anticipación para las LCD; la fecha en que la LCD es puesta en el sitio web de educación es considerada como fecha de notificación.

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia de First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio web educacional <https://medicareespanol.fcso.com>, haga clic en el enlace "eNews" ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

Más información

Si usted no tiene acceso a internet, contacte el departamento de Procedimientos y Políticas Médicas:

Medical Policy and Procedures
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

Bomba de infusión implantable para el tratamiento del dolor crónico intratable – LCD retirada de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33593 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a un análisis de datos y a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para la bomba de infusión implantable para el tratamiento del dolor crónico intratable, 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 13 de noviembre de 2018.

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

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

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

Revisión a las LCD existentes

Fusión espinal lumbar para la inestabilidad y condiciones degenerativas del disco lumbar – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33382 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión, la determinación de cobertura local (LCD) para fusión espinal lumbar para la inestabilidad y condiciones degenerativas del disco lumbar se revisó para incluir los descriptores para los códigos ICD-10-PCS listados en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Grupo 1, Párrafo: Códigos de Procedimiento de ICD-10 CM para Paciente hospitalizado solamente” de la LCD.

Además, los enlaces inactivos fueron eliminados de la sección “Fuentes de Información” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del 23 de octubre de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.



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

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

Levantamiento Uretral Prostático (PUL) -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L36775 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) de levantamiento uretral prostático (PUL), la sección de "Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica" de la LCD se revisó para reflejar un cambio de edad de "50 años de edad y mayor," a "45 años de edad o mayor." Además, la sección "Fuentes de Información" de la LCD se actualizó para incluir múltiples fuentes publicadas de una petición de reconsideración. Más aún, se corrigieron errores gramaticales a través de toda la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada al cambio de edad es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 30 de octubre de 2018**, para servicios prestados **en o después del 28 de diciembre de 2017**.

La revisión a la LCD relacionada a la actualización de las "Fuentes de Información" es efectiva para servicios prestados **en o después del 30 de octubre de 2018**.

La revisión a la LCD relacionada a la corrección de errores gramaticales es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 30 de octubre de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Manejo quirúrgico de la obesidad mórbida -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33411 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida, se actualizó la sección de "Política de Cobertura Nacional de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS)" de la LCD para el Sistema Manual de CMS, Pub. 100-03, Manual de Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) de Medicare, Capítulo 1, Parte 2 para eliminar las secciones 100.0, 100.01, 100.08, 100.11 y 100.14 y reemplazarlas con la sección 100.1.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados **en o después del 6 de noviembre de 2018**.

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

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

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

Toxinas botulínicas -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33274 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para toxinas botulínicas se revisó para añadir la nueva indicación de la Food and Drug Administration (FDA) para Xeomin® en la sección de "Indicaciones de cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica" de la LCD. También, el código de diagnóstico K11.7 de la ICD-10-CM se añadió a la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD bajo "Códigos del Grupo 4:" del código J0588 para el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). En adición, se actualizó la sección "Fuentes de Información" de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 15 de noviembre de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Servicios de diagnóstico pulmonar -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33707 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) para servicios de diagnóstico pulmonar, la sección “Fuentes de Información” de la LCD se actualizó para incluir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha sido cambiado en respuesta a la petición de reconsideración. Además, se corrigieron errores gramaticales a través de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada a “Fuentes de Información” es efectiva para servicios prestados **en o después del 13 de noviembre de 2018**.

La revisión a la LCD relacionada a la corrección de errores gramaticales es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 13 de noviembre de 2018**.

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

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

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

Información adicional

Inserción del dispositivo de drenaje acuoso del segmento anterior – códigos 0191T, 0474T y 0449T del Current Procedural Terminology (CPT®)

La inserción de un dispositivo de drenaje acuoso del segmento anterior aprobado/aclarado por la Food and Drug Administration (FDA) puede realizarse solo, o en conjunto con una cirugía de cataratas para el tratamiento de glaucoma de ángulo abierto leve o moderado en adultos que también tienen una catarata. First Coast Service Options, Inc. (First Coast) utilizó el procedimiento de trabeculectomía como una comparación para determinar las tarifas de los códigos 0191T y 0449T del Current Procedural Terminology (CPT®). La tarifa médica para el código 0191T del CPT® de la Parte B refleja el hecho que este procedimiento siempre será llevado a cabo en conjunto con una cirugía de cataratas.

La tarifa para el código 0449T del CPT® refleja que este procedimiento puede realizarse solo, o en conjunto con una cirugía de cataratas. Para estos códigos CPT® de Categoría III, el modificador -51 no puede ser utilizado para indicar una reducción de cirugía múltiple. Para los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs) facturando bajo la Parte B, estos procedimientos tienen tarifas en el Manual de Tarifas Fijas de ASC. Para servicios ambulatorios de hospitales que facturan bajo la Parte A, estos códigos están asignados a una Clasificación de Pago Ambulatorio (APC) bajo el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS).

Nota: Debido al retiro voluntario del Micro-Stent CyPass el **29 de agosto de 2018**, First Coast ha determinado que



este dispositivo no es seguro en este momento. Como tal, First Coast denegará reclamaciones de la Parte A y la Parte B para el dispositivo Micro-Stent CyPass, reportado con el código 0474T del CPT®, para servicios prestados **en o después del 29 de agosto de 2018**.

Cuando se facture por una inserción de un stent con cirugía de cataratas, los proveedores deben reportar ambos procedimientos en la misma reclamación.

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

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

Recauda de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 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)

Edición Especial

MLN Connects® -- Edición Especial para el 8 de noviembre de 2018

CMS publicó hoy una [carta](#) (en inglés) a médicos clínicos delineando cómo la agencia está reduciendo cargas a través de la reforma de documentación y requisitos de codificación. Le alentamos a que lea y comparta con sus partes interesadas.

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 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 LCDs 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 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 LCD deben anexar el servicio facturado con el **modificador GA o GZ**.

LCDs retiradas

Escaneado duplex para disfunción erectil – LCD retirada de la Parte B

LCD ID número: L33816 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a un análisis de datos y a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para escaneado dúplex para disfunción eréctil, 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 los servicios prestados **en o después del 13 de noviembre de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos

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

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

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

Bomba de infusión implantable para el tratamiento del dolor crónico intratable – LCD retirada de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33593 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a un análisis de datos y a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para la bomba de infusión implantable para el tratamiento del dolor crónico intratable, 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 13 de noviembre de 2018**.

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

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

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

Revisión a las LCD existentes

Fusión espinal lumbar para la inestabilidad y condiciones degenerativas del disco lumbar – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33382 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión, la determinación de cobertura local (LCD) para fusión espinal lumbar para la inestabilidad y condiciones degenerativas del disco lumbar se revisó para incluir los descriptores para los códigos ICD-10-PCS listados en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Grupo 1, Párrafo:/Códigos de Procedimiento de ICD-10 CM para Paciente hospitalizado solamente” de la LCD.

Además, los enlaces inactivos fueron eliminados de la sección “Fuentes de Información” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 23 de octubre de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Levantamiento Uretral Prostático (PUL) -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L36775 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) de levantamiento uretral prostático (PUL), la sección de “Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” de la LCD se revisó para reflejar un cambio de edad de “50 años de edad y mayor,” a “45 años de edad o mayor.” Además, la sección “Fuentes de Información” de la LCD se actualizó para incluir múltiples fuentes publicadas de una petición de reconsideración. Más aún, se corrigieron errores gramaticales a través de toda la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada al cambio de edad es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 30 de octubre de 2018**, para servicios prestados **en o después del 28 de diciembre de 2017**.

La revisión a la LCD relacionada a la actualización de las “Fuentes de Información” es efectiva para servicios prestados **en o después del 30 de octubre de 2018**.

La revisión a la LCD relacionada a la corrección de errores gramaticales es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 30 de octubre de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Manejo quirúrgico de la obesidad mórbida -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33411 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida, se actualizó la sección de “Política de Cobertura Nacional de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS)” de la LCD para el Sistema Manual de CMS, Pub. 100-03, Manual de Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD) de Medicare, Capítulo 1, Parte 2 para eliminar las secciones 100.0, 100.01, 100.08, 100.11 y 100.14 y reemplazarlas con la sección 100.1.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados **en o después del 6 de noviembre de 2018**.

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

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

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

Toxinas botulínicas -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33274 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para toxinas botulínicas se revisó para añadir la nueva indicación de la Food and Drug Administration (FDA) para Xeomin® en la sección de “Indicaciones de cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” de la LCD. También, el código de diagnóstico K11.7 de la ICD-10-CM se añadió a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD bajo “Códigos del Grupo 4:” del código J0588 para el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). En adición, se actualizó la sección “Fuentes de Información” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 15 de noviembre de 2018**.

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

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

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

Servicios de diagnóstico pulmonar -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33707 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) para servicios de diagnóstico pulmonar, la sección “Fuentes de Información” de la LCD se actualizó para incluir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha sido cambiado en respuesta a la petición de reconsideración. Además, se corrigieron errores gramaticales a través de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada a “Fuentes de Información” es efectiva para servicios prestados **en o después del 13 de noviembre de 2018**.

La revisión a la LCD relacionada a la corrección de errores gramaticales es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 13 de noviembre de 2018**.

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

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

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

Bloques de nervios periféricos -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33933 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para bloques de nervios periféricos, se determinó que parte del lenguaje en cursivas en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” de la LCD bajo “Indicaciones” no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD.

Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS. Además, la sección “Fuentes de Información” de la LCD se actualizó para incluir la fuente publicada de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 6 de noviembre de 2018**.

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



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

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

Información adicional

Inserción del dispositivo de drenaje acuoso del segmento anterior – códigos 0191T, 0474T y 0449T del Current Procedural Terminology (CPT®)

La inserción de un dispositivo de drenaje acuoso del segmento anterior aprobado/aclarado por la Food and Drug Administration (FDA) puede realizarse solo, o en conjunto con una cirugía de cataratas para el tratamiento de glaucoma de ángulo abierto leve o moderado en adultos que también tienen una catarata. First Coast Service Options, Inc. (First Coast) utilizó el procedimiento de trabeculectomía como una comparación para determinar las tarifas de los códigos 0191T y 0449T del Current Procedural Terminology (CPT®). La tarifa médica para el código 0191T del CPT® de la Parte B refleja el hecho que este procedimiento siempre será llevado a cabo en conjunto con una cirugía de cataratas.

La tarifa para el código 0449T del CPT® refleja que este procedimiento puede realizarse solo, o en conjunto con una cirugía de cataratas. Para estos códigos CPT® de Categoría III, el modificador -51 no puede ser utilizado para indicar una reducción de cirugía múltiple. Para los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs) facturando bajo la Parte B, estos procedimientos tienen tarifas en el Manual de Tarifas Fijas de ASC. Para servicios ambulatorios de hospitales que facturan bajo la Parte A, estos códigos están asignados a una Clasificación de Pago Ambulatorio (APC) bajo el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS).

Nota: Debido al retiro voluntario del Micro-Stent CyPass el **29 de agosto de 2018**, First Coast ha determinado que



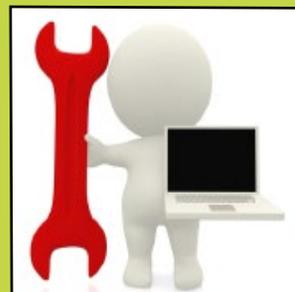
este dispositivo no es seguro en este momento. Como tal, First Coast denegará reclamaciones de la Parte A y la Parte B para el dispositivo Micro-Stent CyPass, reportado con el código 0474T del CPT®, para servicios prestados **en o después del 29 de agosto de 2018**.

Cuando se facture por una inserción de un stent con cirugía de cataratas, los proveedores deben reportar ambos procedimientos en la misma reclamación.

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

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

No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. Haga *clic aquí* para buscar las LCD actuales.



Números 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>

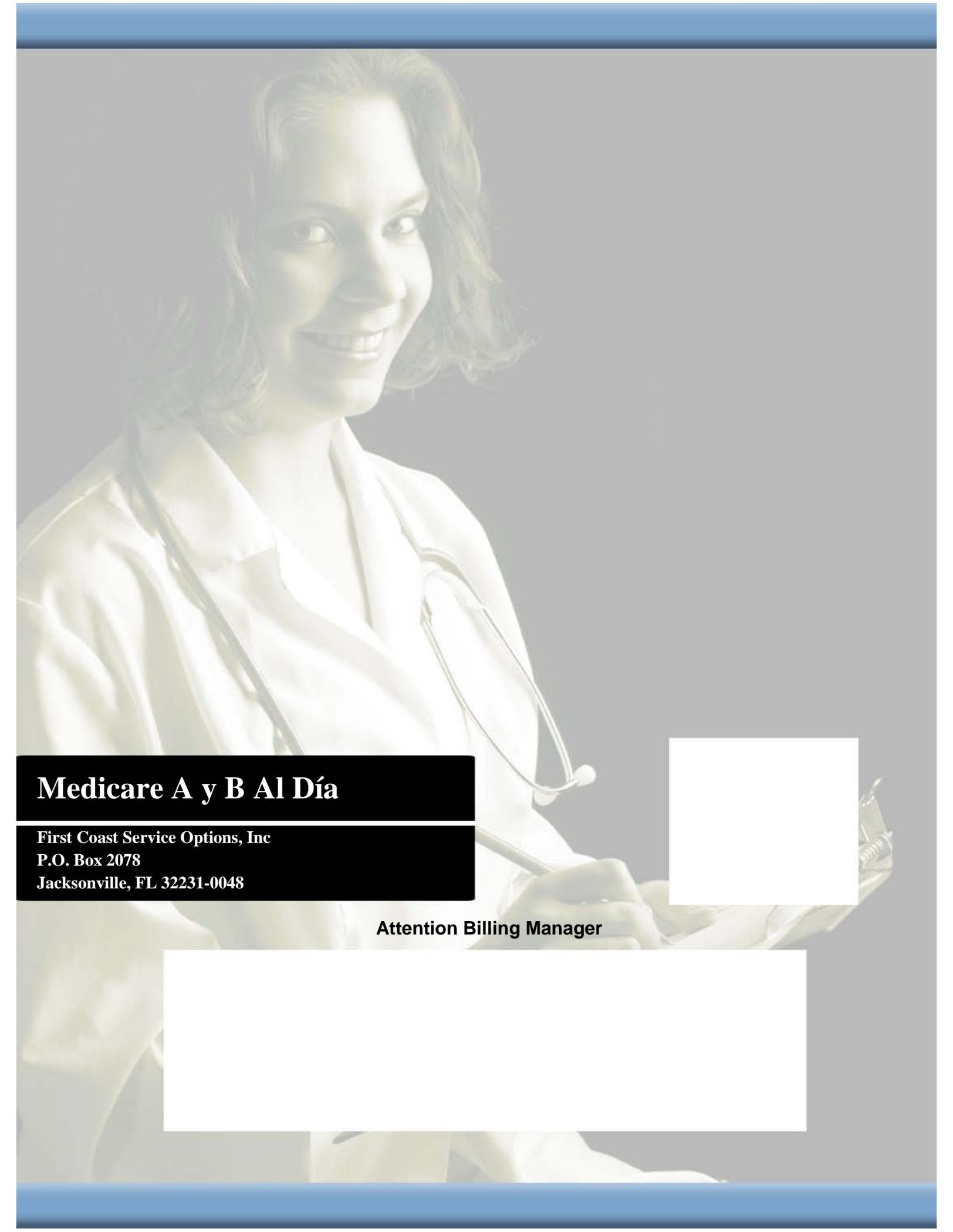
First Coast University

<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