

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Enero 2019



En esta edición

Nuevo código de especialidad médica para medicina subacuática e hiperbárica	5
Notificación anticipada al beneficiario de SNF de no cobertura	6
Actualización de enero de 2019 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria (ASC)	16

Actualizaciones de CMS de tarifas de estipendios de viaje de Medicare de 2019 para recolectar especímenes

Número de *MLN Matters*®: MM11146
Número de petición de cambio relacionado: 11146
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de enero de 2019
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2019
Número de transmisión de CR relacionado: R4199CP
Fecha de implementación: 12 de febrero de 2019 o antes

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron la petición de cambio (CR) 11146, la cual revisa el pago de los estipendios de viaje cuando se facturan en una base por milla utilizando el código P9603 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y cuando se facturan en una base de tarifa básica utilizando el código P9604 del HCPCS.

CMS calculó el estipendio por milla utilizando la tarifa de millaje federal de \$0.58 por milla más un \$0.45 adicional por milla para cubrir el tiempo de un técnico y los costos de viaje. El estipendio por viaje basado en la tarifa básica es \$10.03.

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/MM11146.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11146, 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/2019Downloads/R4199CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4199, CR 11146

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Tarifas

Actualizaciones de CMS de tarifas de estipendios de viaje de Medicare de 2019 para recolectar especímenes.....	1
--	---

Facturación

Reembolsos no solicitados /voluntarios.....	3
---	---

Servicios de rehabilitación

Cambios en la revisión médica de centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados.....	3
--	---

Cobertura

Determinaciones de cobertura local.....	4
---	---

Noticias del proveedor

Nuevo código de especialidad médica para medicina subacuática e hiperbárica.....	5
--	---

SNF

Notificación anticipada al beneficiario de SNF de no cobertura.....	6
---	---

Directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare de 2019 disponible después del 30 de enero.....	6
--	---

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	7
----------------------------	---

MLN Connects® para el 3 de enero de 2019.....	8
---	---

MLN Connects® para el 10 de enero de 2019.....	9
--	---

MLN Connects® -- Edición Especial para el 16 de enero de 2019.....	10
--	----

MLN Connects® para el 17 de enero de 2019.....	10
--	----

Parte A

Apelaciones

Proceso de demanda y apelación de corta estadía de dos medias noches de las Organizaciones para la Mejora de la Calidad (QIO) y de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC).....	11
---	----

Noticias del proveedor

Tarifa de Solicitud de Inscripción a Medicare para el CY 2019.....	11
--	----

SNF

Asegurando que el código de ocurrencia 22 se facture correctamente para reclamaciones de pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada.....	12
---	----

Determinaciones de cobertura

local de la Parte A.....	13
--------------------------	----

Revisión a las LCDs existentes

Prueba de sífilis – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	14
--	----

Vertebroplastia, aumento vertebral; percutáneo – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	14
---	----

LCD nueva

Frecuencia de hemodiálisis – nueva LCD de la Parte A y la Parte B.....	14
--	----

Contactos de la Parte A.....

	15
--	----

Parte B

ASC

Actualización de enero de 2019 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria (ASC).....	16
---	----

Laboratorio clínico

Actualización a las nuevas pruebas exentas.....	16
---	----

Facturación

Lista de 2019 de código HCPCS para la jurisdicción de DMEPOS.....	17
---	----

Determinaciones de cobertura

local de la Parte B.....	18
--------------------------	----

Revisión a las LCDs existentes

Prueba de sífilis – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	19
--	----

Vertebroplastia, aumento vertebral; percutáneo – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	19
---	----

Cuidado rutinario del pie – revisión a la LCD de la Parte B.....	19
--	----

Información adicional

Centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF) -- revisión al anejo “Guías de Codificación” de la Parte B de la LCD.....	20
---	----

LCD nueva

Frecuencia de hemodiálisis – nueva LCD de la Parte A y la Parte B.....	20
--	----

Información de contacto

de Puerto Rico.....	21
---------------------	----

Información de contacto

de Florida.....	22
-----------------	----

Información de contacto

de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....	23
--	----

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

Reembolsos no solicitados/voluntarios

Los contratistas de Medicare reciben reembolsos no solicitados/voluntarios (es decir, dinero recibido que no está relacionado a una cuenta por cobrar abierta). Los contratistas de Parte A generalmente reciben reembolsos no solicitados/voluntarios en forma de una factura de ajuste, pero puede recibir algunos reembolsos no solicitados/voluntarios como cheques. Los contratistas de la Parte B generalmente reciben cheques. Fondos considerables son devueltos a los fondos fiduciarios cada año a través de tales reembolsos no solicitados/voluntarios.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid les recuerda a los proveedores que:

La aceptación de un reembolso voluntario como repago para las reclamaciones especificadas en ninguna manera afecta o limita los derechos del gobierno federal o ninguna de sus agencias o agentes, para perseguir cualquier criminal correspondiente, civil o recursos administrativos que surjan o que estén relacionados a estas u otras reclamaciones.

Fuente (en inglés): CMS Pub. 100-06, Capítulo 5, Sección 410.10

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

Servicios de rehabilitación

Cambios en la revisión médica de centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados

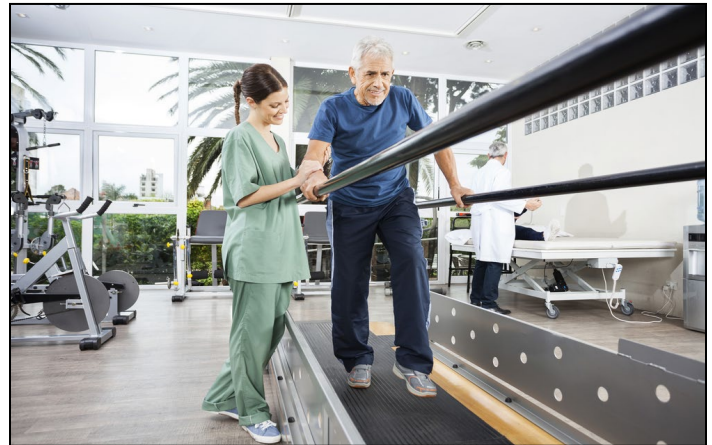
Número de *MLN Matters*[®]: SE17036 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

El artículo de edición especial SE17036 reitera la política relacionada con las reclamaciones presentadas con respecto a los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados. Este artículo fue revisado el 20 de diciembre de 2018 para eliminar el requisito de orden de Admisión de la parte del artículo en “Elementos de documentación requeridos para una reclamación de IRF incluyen, pero no están limitados a”. Tenga en cuenta que el reglamento, CMS-1688- F, eliminó el requisito de documentación de orden de admisión de los reglamentos de pago de IRF en un esfuerzo por reducir los requisitos de documentación duplicados. CMS continuará aplicando las condiciones de participación de hospital. Además, se agrega un enlace al CMS-1688-F en la sección de Información Adicional. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

El beneficio del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) es para un beneficiario que, debido a la complejidad de sus necesidades de enfermería, administración médica y rehabilitación, requiere y se puede esperar razonablemente que se beneficie de una hospitalización y un enfoque de equipo interdisciplinario para la rehabilitación.

Para que los servicios de IRF estén cubiertos por el beneficio IRF de Medicare, la documentación presentada



debe demostrar suficientemente que la admisión de un beneficiario a un IRF fue razonable y necesaria, de acuerdo con las pautas de Medicare.

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/SE17036.pdf>.

Edición especial (en inglés) de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE17036

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

Determinaciones de cobertura local

Número de *MLN Matters*[®]: MM10901 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10901
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de enero de 2019
 Fecha de efectividad: 3 de octubre de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R854PI
 Fecha de implementación: 8 de enero de 2019

La petición de cambio 10901 actualiza el “Medicare Program Integrity Manual” con cambios detallados al proceso de determinación de cobertura local (LCD), lo cual ayudará a incrementar la transparencia, claridad, consistencia, reducir la carga del proveedor, y mejorar las relaciones públicas mientras se conserva la habilidad de ser receptivos a las inquietudes de políticas clínicas y de cobertura locales. Este artículo fue revisado el 11 de enero de 2019 para reflejar la CR 10901 revisada, que fue publicada el 11 de enero. El artículo muestra que los MACs tienen la discreción de organizar CACs de múltiples jurisdicciones. También, se revisó la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión, y la dirección web de la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

La petición de cambio (CR) 10901 actualiza el *Medicare Program Integrity Manual* con cambios detallados al proceso de determinación de cobertura local (LCD).

A continuación aparecen listados alguno de los cambios importantes al manual y al proceso de LCD:

- El nuevo proceso de LCD permitirá reuniones informales en las cuales las partes interesadas con la jurisdicción del MAC podrán discutir peticiones de LCD potenciales.
- Los MACs considerarán todas las nuevas peticiones de LCD de los beneficiarios, profesionales del cuidado de la salud y cualquier parte interesada haciendo negocios en las jurisdicciones de los MACs.

- Todas las reuniones del Comité Asesor de Contratistas (CAC) serán abiertas al público para que asista y observe.
- Los MACs llevarán a cabo reuniones abiertas para discutir las LCDs propuestas.
- Los contratistas administrativos de Medicare (MACs) deben dar por finalizado o retirar todas las LCDs propuestas dentro de un año calendario de la fecha de publicación de la MCD.
- Con aviso adicional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), ya no será apropiado el incluir códigos de *Current Procedure Terminology* (CPT[®]) o códigos de Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM) de forma rutinaria en las LCDs. Todos los códigos serán eliminados de las LCDs y colocados en artículos de facturación y codificación que están enlazados a la LCD.

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/MM10901.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10901, 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/2019Downloads/R854PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 854, CR 10901

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.

Encuentre rápido sus favoritos  utilice Enlaces Populares

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

Noticias del proveedor

Nuevo código de especialidad médica para medicina subacuática e hiperbárica

Número de *MLN Matters*®: MM10666 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10666
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de diciembre de 2018
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2019
Número de transmisión de CR relacionado: R4184CP y R309FM
Fecha de implementación: 7 de enero de 2019

La petición de cambio 10666 establece un código de especialidad nuevo para medicina subacuática e hiperbárica, el cual es D4. Los proveedores inscritos existentes que quieran actualizar su especialidad para reflejar la nueva especialidad deben presentar una solicitud de cambio de información. Este artículo fue revisado el 20 de diciembre de 2018 para reflejar una revisión a la CR10666 emitida el 19 de diciembre. La CR se revisó para aclarar ciertos requisitos de reporte de MAC para la especialidad D2, los requisitos de taxonomía para la especialidad D4, y para reflejar el código de especialidad D1 como especialidad de suplidor y no una especialidad médica. En este artículo, se revisan solamente la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

Los códigos de especialidad médica de Medicare describen los tipos específicos/únicos de medicina que los médicos (y otros ciertos suplidores) practican. Los códigos de especialidad son utilizados para propósitos programáticos y de procesamiento de reclamaciones.

La petición de cambio 10666 ha establecido un nuevo código de especialidad médica para medicina subacuática e hiperbárica, el cual es D4. Las solicitudes en papel CMS-855I y CMS-855O serán actualizadas para reflejar la nueva especialidad médica en el futuro.

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/MM10666.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10666, 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/R4184CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R309FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 y 100-06, Transmittal 4184 y 309, CR 10666

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.

SNF

Notificación anticipada al beneficiario de SNF de no cobertura

Número de *MLN Matters*®: MM10567 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10567
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de enero de 2019
 Fecha de efectividad: 30 de abril de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R4198CP
 Fecha de implementación: 30 de abril de 2018

Este artículo se revisó el 11 de enero de 2019 para reflejar la CR 10567 revisada y publicada el 11 de enero. Las revisiones a la CR no tuvieron impacto en el contenido del artículo. En el artículo, se revisó la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión, y la dirección de la página web de la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

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

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

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

estadía) y la notificación de exclusión de los beneficios de Medicare (NEMB-SNF, por sus siglas en inglés), formulario CMS-20014.

Nota: La notificación de no cobertura de Medicare (NOMNC, por sus siglas en inglés), formulario CMS-10123 no está siendo discontinuada con esta SNF ABN revisada. Los SNFs continuarán a usar la notificación anticipada al beneficiario de no cobertura (ABN, formulario CMSR-131) para los artículos o servicios que Medicare pueda denegar bajo la Parte B de Medicare.

Los SNFs podrían comenzar a implementar esta nueva notificación en cualquier momento hasta la fecha de implementación de la petición de cambio (CR) 10567. Tras la implementación de la CR10567 el 30 de abril de 2018, el uso de la nueva notificación es obligatorio.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10567, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2019Downloads/R4198CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4198, CR 10567

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

Directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B de 2019 disponible después del 30 de enero

El Directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B (MEDPARD) contiene nombres, direcciones, números de teléfono y especialidades de médicos y proveedores que han acordado participar en la aceptación de la asignación de todas las reclamaciones de la Parte B de Medicare para artículos y servicios cubiertos. La lista de MEDPARD estará disponible a más tardar el 30 de enero en la página web del proveedor del proveedor de First Coast de Medicare en <https://medicare.fcso.com/MEDPARD/>.

Fuente: Pub. 100-04, Transmittal 4165, CR 10942

Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Febrero de 2019

Centro de Salud Federalmente Cualificado (FQHC)

Cuando: 21 de febrero de 2019

Hora: 9:00 a.m. - 11:00 a.m. AST

Tipo: *Cara a cara*

Idioma en que se ofrece el evento: español

Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0424586.asp>

Nueva tarjeta de Medicare: Lo que usted necesita saber

Cuando: 26 de febrero de 2019

Hora: 2:00 p.m. - 3:00 p.m. AST

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: español

Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0425369.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® para el 3 de enero de 2019

MLN Connects® para el 3 de enero de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Reglamento Final del Programa de Medicare de Ahorros Compartidos Crea: Caminos al Éxito
- Periodo de Vista Previa de Comparación de Médicos Extendido al 7 de enero
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de Hospicio: Revise Sus Datos para el 9 de enero
- Programa de Medicare de Ahorros Compartidos: Presente Notificación de Intención de Solicitar para el 18 de enero
- Política de Excepción de Fecha de Servicio de Laboratorio: Ejecución Discrecional Ejercida hasta el 1 de julio
- Programa de Pago de Calidad: Recursos de 2019
- Recurso de eCQM: Área de Trabajo de Desarrollo de Medidas Colaborativas
- Tarifa de Solicitud de Inscripción a Medicare para el CY 2019
- Entrega de Recetas Iniciales de Medicamentos Inmunosupresores
- Uso de Medicamentos Antipsicóticos en Hogares de Ancianos: Actualización de Tendencias
- Encamine a Sus Pacientes a un Comienzo Saludable en el 2019

Cumplimiento del proveedor

- Codificación para la Prueba de Validez de la Muestra Facturada en Combinación Con la Prueba de Drogas en la Orina — Recordatorio

Reclamaciones, precios y códigos

- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Reclamaciones Válidas

Próximos eventos

- Llamada del Reglamento Final de PPS de ESRD del

CY 2019: Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 15 de enero

- Llamada acerca de Laboratorios de Diagnóstico Clínico a Recolectar y Reportar las Tasas de Pagador Privado — 22 de enero
- Llamada del Modelo de Agrupaciones Enfocadas en el Paciente para la Salud en el Hogar — 12 de febrero

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de la Actualización de la Categoría y Códigos de Estado de la Reclamación — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Asegurar que Solo el Hospicio de Facturación Activa Puede Enviar una Revocación — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Guía para los MACs en el Proceso de Determinaciones de SSR de 2MN de las QIO de BFCC — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de enero de 2019 de la Versión 20.0 de I/OCE — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Nuevas Características de Búsqueda de FISS/DDE — Nuevo
- Capacitación Basada en la Web de Programa de Pago de Calidad en el 2018: Participación Grupal — Nuevo
- Llamada de PPS de SNF: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Cambios de Revisión Médica de IRF — Revisado
- Artículo de MLN Matters de Nuevo Código de Especialidad Médica para Medicina Subacuática e Hiperbárica — Revisado
- Artículo de MLN Matters del Modelo de Autorización Previa de Ambulancia Programada Repetitiva No Emergente — Revisado
- ¿Está Buscando Materiales Educativos?

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

MLN Connects® para el 10 de enero de 2019

MLN Connects® para el 10 de enero de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare: Envíe su Notificación de Intención para Aplicar para el 18 de enero
- Nueva Tarjeta de Medicare: El Período de Transición Finaliza el 31 de diciembre
- Enero es el Mes de la Concientización para la Salud Cervical

Cumplimiento del proveedor

- Uso Adecuado del Modificador KX para las Reclamaciones de Medicamentos Inmunosupresores de la Parte B — Recordatorio

Próximos eventos

- Llamada del Reglamento Final de PPS de ESRD del CY 2019: Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 15 de enero
- Llamada acerca de Laboratorios de Diagnóstico Clínico a Recolectar y Reportar las Tasas de Pagador Privado — 22 de enero
- Llamada acerca del Nuevo Sistema Electrónico para Apelaciones de la Junta de Revisión de Reembolso al Proveedor — 5 de febrero
- Llamada del Modelo de Agrupaciones Enfocadas en el Paciente para la Salud en el Hogar — 12 de febrero

- Llamada acerca de las Nuevas Políticas de Sobreutilización de Opioides de la Parte D — 14 de febrero

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Órdenes para Artículos de DMEPOS: Lo Que los Suplidores Necesitan Saber — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca del Sistema de Pago de ASC: Actualización de enero de 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca del OPPS de Hospital: Actualización de enero de 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de CLFS y Servicios de Laboratorio: Actualización del CY 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualizaciones a la Guía de Inmunosupresores — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Pago Complementario Rural de Salud en el Hogar — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Desfibriladores Implantables: NCD 20.4 — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Facturación de Medicare: Formulario CMS-1500 y el 837 Professional — 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 16 de enero de 2019

Envío por correo completado de la Nueva Tarjeta de Medicare, 58% de Reclamaciones Presentadas con MBI

CMS terminó de enviar por correo las nuevas tarjetas de Medicare a través de todos los *grupos de envío* (en inglés) incluyendo los estados del Grupo 7 y territorios y también a las personas con Medicare de las Partes A y B que viven en Canadá y México.

Los pacientes de Medicare están utilizando sus nuevas tarjetas en las oficinas médicas y otros centros del cuidado de la salud. Para la semana que termina el 11 de enero de 2019, los proveedores del cuidado de la salud del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija presentaron el 58% de las reclamaciones con los nuevos Identificadores del Beneficiario de Medicare (MBIs), mostrando que muchos de ustedes ya están satisfactoriamente presentando reclamaciones con MBIs. Mientras ustedes puedan continuar utilizando los antiguos Números de Reclamación de Seguro de Salud basados en los Números de Seguro Social durante el periodo transitorio, les alentamos a que utilicen los nuevos MBIs para todas las transacciones de Medicare.

Para asegurar que ustedes tengan acceso a los nuevos números de sus pacientes, ustedes pueden buscar MBIs

individuales si tienen acceso a su *portal del proveedor* (en inglés) seguro del Contratista Administrativo de Medicare. De la misma manera, sus pacientes pueden acceder sus nuevos números de Medicare o imprimir tarjetas oficiales dentro de sus cuentas seguras en *MyMedicare.gov*.

Si sus pacientes de Medicare dicen que no recibieron una tarjeta, instrúyalos a:

- Buscar por correo sin abrir. Nosotros enviamos por correo las nuevas tarjetas de Medicare en un sobre blanco liso del Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Iniciar sesión en *MyMedicare.gov* para obtener sus nuevos números o imprimir tarjetas oficiales. Ellos necesitan crear una cuenta si es que todavía no tienen una.
- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), para poder ayudarlos a obtener sus nuevas tarjetas.
- Continuar utilizando sus tarjetas actuales para obtener servicios del cuidado de la salud. Ellos pueden utilizar su antigua tarjeta hasta el 31 de diciembre de 2019.

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 17 de enero de 2019

MLN Connects® para el 17 de enero de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Programa de Medicare de Ahorros Compartidos: Presente Notificación de Intención de Aplicar para el 18 de enero
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Manual del Usuario de Medidas de Calidad
- Requisitos de Facturación del Beneficiario Cualificado de Medicare
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare!
- Mes de Concientización de la Glaucoma: Haga una Resolución para una Visión Saludable

Cumplimiento del proveedor

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

Próximos eventos

- Llamada acerca de Laboratorios de Diagnóstico Clínico a Recolectar y Reportar las Tasas de Pagador Privado — 22 de enero
- Webinar de Reporte de Facturación Comparada sobre el Webinar de Terapia de Radiación de Intensidad Modulada — 24 de enero
- Llamada del Nuevo Sistema Electrónico para Apelaciones de la Junta de Revisión de Reembolso al Proveedor — 5 de febrero
- Llamada del Modelo de Agrupaciones Enfocadas en el Paciente para la Salud en el Hogar — 12 de febrero

- Llamada acerca de las Nuevas Políticas de Sobreutilización de Opioides de la Parte D — 14 de febrero

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de la Lista de Jurisdicción de Códigos del HCPCS de DMEPOS de 2019 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Actualización Trimestral de CBP de DMEPOS — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Actualización Trimestral de Modificaciones de PTP de NCCI — Nuevo
- Artículo de MLN Matters del Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de las Tarifas de Gastos de Viajes de Medicare: Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de las Nuevas Pruebas Exentas — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de ICD-10 y Otras Revisiones de Codificación a NCDs — Revisado
- Artículo de MLN Matters de Determinaciones de Cobertura Local — Revisado
- Artículo de MLN Matters de ABN para Centros de Enfermería Especializada — Revisado
- Herramienta Educativa de Servicios Preventivos de Medicare — Revisado
- Folleto de Visión General de la Remesa de Pago — Revisado

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

Apelaciones

Proceso de demanda y apelación de corta estadía de dos medias noches de las Organizaciones para la Mejora de la Calidad (QIO) y de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC)

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) hacen contratos con QIOs para desempeñar funciones claves que incluyen revisión de casos y mejora de la calidad. Las funciones de revisión de casos de un QIO incluyen revisión de servicios de cuidado de la salud y artículos por los cuales el pago es realizado bajo las Partes A, B, C o D de Medicare para determinar si esos servicios o artículos son razonables, médicamente necesarios, y permisibles; cumplen los estándares de cuidado profesionalmente reconocidos; o en el caso del cuidado de pacientes hospitalizados, que éste se pueda proveer más económicamente basado en pacientes ambulatorios o en un centro de pacientes hospitalizados de tipo diferente.

Actualmente, la QIO está conduciendo revisiones en la reglamentación de las dos medias noches para hospitales de cuidado intensivo para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado prolongado, y centros psiquiátricos con pacientes hospitalizados afectados por el Reglamento

Final del Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios del FY 2016.

Luego de la revisión, la QIO emite al proveedor una carta con resultados detallados con las razones de denegaciones de reclamación por reclamación.

La carta que los proveedores reciben de la QIO no es una carta de demanda de sobrepago. La QIO envía una copia de los resultados detallados a First Coast Service Options (First Coast), quien llevará a cabo un ajuste de reclamación en el Sistema Compartido del Intermediario Fiscal (FISS) y emitirá la carta de demanda de sobrepago.

Al recibir la carta de demanda de sobrepago, los proveedores pueden apelar la decisión de necesidad médica de QIO a First Coast.

Fuente (en inglés): [MM10600](#)

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

Noticias del proveedor

Tarifa de Solicitud de Inscripción a Medicare para el CY 2019

El 18 de noviembre, CMS emitió un aviso: Cantidad de Tarifa de Solicitud de Inscripción del Proveedor para el Año Calendario 2019 [CMS-6079-N] (<https://go.usa.gov/xPhJk> [en inglés]). Con vigencia a partir del 1 de enero, la tarifa de solicitudes de \$586 para proveedores institucionales que están:

1. Inicialmente inscribiéndose en el programa de Medicare o Medicaid o en el Children's Health Insurance Program (CHIP)
2. Revalidando su inscripción en Medicare, Medicaid o CHIP
3. Agregando una nueva ubicación de práctica de Medicare

Esta tarifa se requiere con cualquier solicitud de inscripción presentada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019.



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

SNF

Asegurando que el código de ocurrencia 22 se facture correctamente para reclamaciones de pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*®: MM10922
 Número de petición de cambio relacionado: 10922
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de octubre de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2019
 Número de transmisión de CR relacionado: R2146OTN
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2019

Resumen

La petición de cambio (CR) 10922 describe cambios de sistemas necesarios para asegurar que los centros de enfermería especializada (SNFs) facturen el código de ocurrencia (OC) 22 correctamente. Recientemente se descubrió que una reclamación entrante de un paciente hospitalizado se aplicó al periodo de beneficio equivocado cuando el OC 22 se presentó incorrectamente en una reclamación de SNF en el historial. La CR asegura que el OC 22 se facture correctamente para que el Archivo Común de Trabajo (CWF) pueda aplicar el periodo de beneficio adecuado.

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/MM10922.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10922, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros

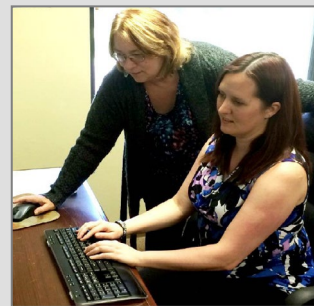


de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R2146OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2146, CR 10922

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

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



–Shirley Knoll, CPC
 Therapy Management Corporation
 Directora de facturación

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**.

Revisión a las LCDs existentes**Prueba de sífilis – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B****LCD ID número: L33754 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión de la determinación de cobertura local (LCD) para prueba de sífilis, se corrigieron errores tipográficos. Además, la sección “Fuentes de Información y Bases para Decisión” de la LCD fue revisada para eliminar fuentes obsoletas.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada a los errores tipográficos es vigente para las reclamaciones procesadas **en o después del 15 de enero de 2019**.

La revisión a la LCD relacionada a las fuentes de información es vigente para los servicios prestados **en o después del 15 de enero de 2019**. 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](#).

Vertebroplastia, aumento vertebral; percutáneo – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B**LCD ID número: L34976 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión de la determinación de cobertura local (LCD) para vertebroplastia, aumento vertebral; percutáneo, se eliminó lenguaje de la sección “Limitaciones de Cobertura” de la LCD.

En adición, en base a la petición de cambio (CR) 10901, la sección “Requisitos de Documentación” de la LCD se revisó para actualizar el número de la sección para la Pub.100-08, Capítulo 13 de 13.5.1 a 13.5.4.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada a la sección “Limitaciones de Cobertura” de la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 22 de enero de 2019**.

La revisión a la LCD relacionada a la CR 10901 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, para servicios prestados **en o después del 26 de septiembre 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](#).

LCD nueva**Frecuencia de hemodiálisis – nueva LCD de la Parte A y la Parte B****LCD ID número: L37564 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para frecuencia de hemodiálisis se desarrolló para proveer cobertura para tratamientos adicionales de diálisis más allá del pago semanal estándar de tres veces según está descrito en el Beneficio de Medicare. La lista de códigos de diagnóstico que apoyan tratamientos adicionales ha sido expandida. Además, se ha establecido lenguaje de aclaración adicional relacionado a requisitos de documentación para apoyar los servicios adicionales y el uso de Modificadores y limitaciones claras. Aún más, con la creación de esta nueva LCD, la LCD actual para frecuencia de servicios de hemodiálisis (L33970) y las “Guías de Codificación” que le acompañan serán retiradas cuando esta nueva LCD y el

artículo de codificación y facturación se vuelvan efectivos.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 25 de febrero de 2019**. 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](#).

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

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

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

855-416-4199

Sitios web

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

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

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical Policy and Procedures

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo

médico duradero (DMERC) DME,

dispositivos ortóticos y próstéticos,

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)

ASC

Actualización de enero de 2019 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria (ASC)

Número de *MLN Matters*®: MM11108 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 11108
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de diciembre de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2019
 Número de transmisión de CR relacionado: R4191P
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2019

Este artículo de MLN Matters® está destinado a los centros de cirugía ambulatoria (ASC) que facturan a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) por servicios prestados a los beneficiarios de Medicare. El artículo de MLN Matters® fue revisado el 16 de enero de 2019 para corregir la Tabla 2. El ASC PI para C9752, C9754 y C9755 debió haber sido J8 (no G2). Toda la demás información permanece sin cambios.

Resumen

La petición de cambio (CR) 11108 describe los cambios y las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago de ASC de enero de 2019. Según corresponda, esta notificación también incluye actualizaciones al Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

Las cantidades de las tarifas fijas de ASC (ASC FS) para el año calendario 2019 se pueden encontrar aquí (en inglés):

- [Florida](#)
- [Puerto Rico](#)
- [Islas Vírgenes de los Estados Unidos](#)

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/MM11108.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11108, 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/R4191CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4191, CR 11108

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

Laboratorio clínico

Actualización a las nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*®: MM11080
 Número de petición de cambio relacionado: 11080
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de enero de 2019
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2019
 Número de transmisión de CR relacionado: R4195CP
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2019

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente las listas de los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) que están sujetos a las instrucciones de facturación asociadas con las pruebas exentas de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA) de 1988.

Los códigos CPT® añadidos a la lista deben tener el modificador QW para ser reconocidos como una prueba exenta. CMS cambia los códigos CPT® cubiertos bajo las CLIA (y por lo tanto requieren certificación) cada año.

Nota: Hay 13 pruebas exentas recientemente añadidas.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM11080.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11080, 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/2019Downloads/R4195CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4195, CR 11080

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

Facturación

Lista de 2019 de código HCPCS para la jurisdicción de DMEPOS

Número de *MLN Matters*®: MM11085
Número de petición de cambio relacionado: 11085
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de enero de 2019
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2019
Número de transmisión de CR relacionado: R4200CP
Fecha de implementación: 12 de febrero de 2019

Resumen

La petición de cambio (CR) 11085 notifica a los suplidores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de los códigos del Healthcare Common Procedure System (HCPCS) para las jurisdicciones de Contratista Administrativo de Medicare de Equipo Médico Duradero (MAC de DME), contratista de Parte B o MAC A/B fue actualizada para reflejar los códigos que han sido añadidos o discontinuados (borrados).

La hoja de cálculo es útil para el personal de facturación al mostrar el contratista de Medicare correcto a ser facturado para el HCPCS que aparece en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de jurisdicción de 2019 está adjunta (en inglés) a la [CR 11085](#). Eventualmente, también estará disponible bajo la categoría “Codificación” (en inglés) en <https://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html>.

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/MM11085.pdf>.



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11085, 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/2019Downloads/R4200CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4200, CR 11085

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Determinaciones de Cobertura Local

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

Medical Policy and Procedures
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisión a las LCDs existentes

Prueba de sífilis – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33754 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de la determinación de cobertura local (LCD) para prueba de sífilis, se corrigieron errores tipográficos. Además, la sección “Fuentes de Información y Bases para Decisión” de la LCD fue revisada para eliminar fuentes obsoletas.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada a los errores tipográficos es vigente para las reclamaciones procesadas **en o después del 15 de enero de 2019**.

La revisión a la LCD relacionada a las fuentes de información es vigente para los servicios prestados **en o después del 15 de enero de 2019**. 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](#).

Vertebroplastia, aumento vertebral; percutáneo – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

En base a una revisión de la determinación de cobertura local (LCD) para vertebroplastia, aumento vertebral; percutáneo, se eliminó lenguaje de la sección “Limitaciones de Cobertura” de la LCD.

En adición, en base a la petición de cambio (CR) 10901, la sección “Requisitos de Documentación” de la LCD se revisó para actualizar el número de la sección para la Pub.100-08, Capítulo 13 de 13.5.1 a 13.5.4.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD relacionada a la sección “Limitaciones de Cobertura” de la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 22 de enero de 2019**.

La revisión a la LCD relacionada a la CR 10901 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, para servicios prestados **en o después del 26 de septiembre 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](#).

Cuidado rutinario del pie – revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33941 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de la determinación de cobertura local (LCD) para cuidado rutinario del pie, se determinó que parte del texto en cursiva en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa citas directas de algunas de las fuentes listadas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar la consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD es vigente para los servicios

prestados **en o después del 15 de enero de 2019**. 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

Centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF) -- revisión al anejo "Guías de Codificación" de la Parte B de la LCD

LCD ID número: L33910 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 11043, el anejo "guías de codificación" de la determinación de cobertura local (LCD) para centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF) fue revisado. La descripción para supervisión médica del indicador de procedimientos diagnósticos "03" se revisó para incluir lo siguiente: "(Procedimientos de diagnóstico por imagen realizados por un Asistente Radiólogo Registrado (RRA) que esté certificado y registrado por The American Registry of Radiologic Technologists (ARRT) o un Asistente Radiólogo Practicante (RPA) que esté certificado por la Certification Board for Radiology Practitioner Assistants (CBRPA), y esté autorizado a realizar el procedimiento bajo la ley del estado, pueden ser realizados bajo supervisión directa)".

Fecha de vigencia

Esta revisión al anejo "Guías de Codificación" de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2019**. 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](#).

LCD nueva

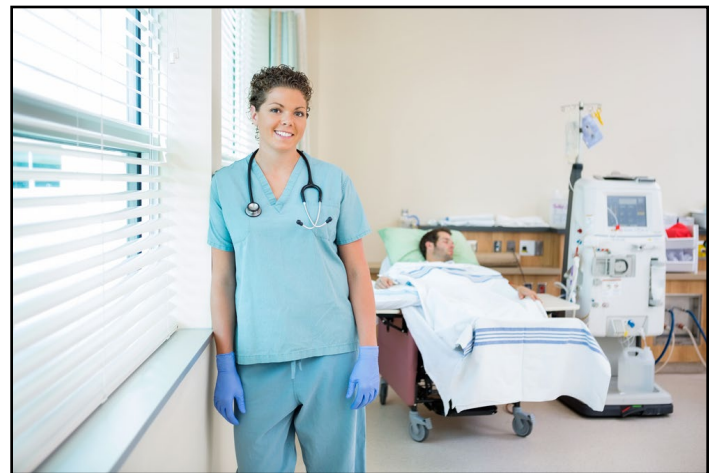
Frecuencia de hemodiálisis – nueva LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L37564 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para frecuencia de hemodiálisis se desarrolló para proveer cobertura para tratamientos adicionales de diálisis más allá del pago semanal estándar de tres veces según está descrito en el Beneficio de Medicare. La lista de códigos de diagnóstico que apoyan tratamientos adicionales ha sido expandida. Además, se ha establecido lenguaje de aclaración adicional relacionado a requisitos de documentación para apoyar los servicios adicionales y el uso de Modificadores y limitaciones claras. Aún más, con la creación de esta nueva LCD, la LCD actual para frecuencia de servicios de hemodiálisis (L33970) y las "Guías de Codificación" que le acompañan serán retiradas cuando esta nueva LCD y el artículo de codificación y facturación se vuelvan efectivos.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 25 de febrero de 2019**. 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](#).

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