

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Agosto 2019



En esta edición

MLN Connects® — Edición Especial para el 29 de julio de 2019.....	5
Inmunoglobulina intravenosa – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....	14
Marcadores tumorales urinarios para el cáncer de la vejiga – revisión a la LCD de la Parte B.....	20

MLN Connects® — Edición Especial para el 7 de agosto de 2019

- *Sesión de Escucha acerca de Entender 3 Temas Claves del Reglamento Propuesto de Tarifas Fijas de Médicos — 12 de agosto*
- *Sesión de Escucha del Reglamento Propuesto de OPPI y ASC — 14 de agosto*

Sesión de Escucha acerca de Entender 3 Temas Claves del Reglamento Propuesto de Tarifas Fijas de Médicos — 12 de agosto

Lunes, 12 de agosto de 1-2:30 p.m. ET

[Inscribase](#) (en inglés) para los eventos de Medicare Learning Network.

Los cambios propuestos a las Tarifas Fijas de Médicos para el CY 2020 tienen como objetivo el reducir la carga, reconociendo a los médicos por el tiempo que pasan cuidando de los pacientes, eliminando medidas innecesarias y facilitando a los médicos el estar en el camino hacia una atención basada en el valor. Durante esta sesión de escucha, los expertos de CMS cubrirán brevemente tres provisiones del reglamento propuesto y abordarán sus preguntas aclaratorias para ayudarle a formular sus comentarios por escrito para su presentación formal. Los temas incluyen:

- Aumentar el valor de los pagos de Evaluación y

Manejo (E/M)

- Continuar mejorando el Programa de Pago de Calidad mediante la coordinación de los requisitos del programa para reducir la carga del médico
- Crear el nuevo beneficio del Programa de Tratamiento de Opioides en respuesta a la epidemia de opioides

Lo alentamos a que revise los siguientes materiales (en inglés) previo a la llamada:

- [Reglamento propuesto](#)
- [Comunicado de prensa](#)
- [Hoja informativa del reglamento propuesto de Tarifas Fijas de Médicos](#)
- [Hoja informativa del reglamento propuesto del Programa de Pago de Calidad](#)

Nota: Los comentarios recibidos durante esta sesión de escucha no es un sustituto de sus comentarios formales acerca de este reglamento. Vea el [reglamento propuesto](#) (en inglés) para más información acerca de cómo presentar estos comentarios para el 27 de septiembre.

Dirigido a: Médicos de tarifa por servicio de la Parte B de Medicare; gerentes y administradores de oficina; asociaciones estatales y nacionales que representan a proveedores del cuidado de la salud; y otras partes interesadas.

Ver **MLN ESPECIAL**, en la página 10



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

MLN Connects® — Edición Especial
para el 7 de agosto de 2019 1

Recursos educativos

Calendario de eventos..... 3

MLN Connects® para el jueves, 25 de
julio de 2019..... 4

MLN Connects® — Edición Especial
para el 29 de julio de 2019..... 5

MLN Connects® para el jueves, 1 de
agosto de 2019 7

MLN Connects® — Edición Especial
para el 2 de agosto de 2019 8

MLN Connects® para el jueves, 8 de
agosto de 2019 9

MLN Connects® para el jueves, 15 de
agosto de 2019 10

Parte A

**Determinaciones de cobertura local
de la Parte A**.....11

LCDs retiradas

Fulvestrant (Faslodex®) – LCD retirada
de la Parte A y Parte B 12

Cuidado anestésico monitoreado (MAC)
para ciertos servicios de manejo
del dolor intervencionistas – LCD
retirada de la Parte A y Parte B.... 12

Revisión a las LCDs existentes

Colonoscopia diagnóstica – revisión a
la LCD de la Parte A y la Parte B... 12

Vitamina D; 25 hidroxilo, incluye
fracción(es), si se realiza – revisión
a la LCD de la Parte A y la
Parte B 13

Interpretación 3D y reporte de estudios
de imágenes – revisión a la LCD
de la Parte A y la Parte B 13

Inmunoglobulina intravenosa – revisión
a la LCD de la Parte A y la
Parte B 14

Parte B

**Determinaciones de cobertura local
de la Parte B** 16

LCDs retiradas

Fulvestrant (Faslodex®) – LCD retirada
de la Parte A y Parte B..... 17

Cuidado anestésico monitoreado (MAC)
para ciertos servicios de manejo
del dolor intervencionistas – LCD
retirada de la Parte A y Parte B.... 17

Revisión a las LCDs existentes

Colonoscopia diagnóstica – revisión a
la LCD de la Parte A y la Parte B... 17

Vitamina D; 25 hidroxilo, incluye
fracción(es), si se realiza – revisión
a la LCD de la Parte A y la
Parte B 18

Interpretación 3D y reporte de estudios
de imágenes – revisión a la LCD
de la Parte A y la Parte B 18

Inmunoglobulina intravenosa – revisión
a la LCD de la Parte A y la
Parte B 19

Capsulotomía láser YAG – revisión
a la LCD de la Parte B 19

Neuromodulación sacra – revisión a
la LCD de la Parte B 19

Marcadores tumorales urinarios para
el cáncer de la vejiga – revisión
a la LCD de la Parte B 20

Visitas domiciliarias y al hogar de
E y M – revisión a la LCD de la
Parte B 20

**Información de contacto Puerto
Rico** 21

Información de contacto Florida..... 22

**Información de contacto Islas
Vírgenes de los Estados Unidos**... 23

Medicare A y B Al Día

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© 2018 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.

Recursos educativos

Calendario de eventos

Septiembre de 2019

Cirugía Global - pautas de facturación (A/B)

Cuando: 11 de septiembre de 2019
Hora: 10:00 a.m. - 11:30 a.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/0442036.asp>

Actualizaciones trimestrales de Medicare (Parte A/B)

Cuando: 12 de septiembre de 2019
Hora: 10:00 a.m. - 11:30 a.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/0440835.asp>

Para una lista completa de los próximos eventos visite:

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/143443.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 1-904-361-0407. 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.).



MLN Connects® para el jueves, 25 de julio de 2019

MLN Connects® para el 25 de julio de 2019

Veá esta edición como un PDF 

Noticias

- Nueva Tarjeta de Medicare: ¿Preguntas acerca del Uso del MBI?
- Guía de Implementación de QRDA III de 2020, Schematron y Archivos de Muestra
- Uso de Drogas Antipsicóticas en Residencias de Ancianos: Actualización de Tendencias
- Laboratorios de Diagnóstico Clínico: Recursos acerca de la CLFS Basada en la Tarifa del Pagador Privado
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito en Medicare
- Día Mundial de la Hepatitis: Cobertura de Medicare por la Hepatitis Viral

Cumplimiento

- Video del Minuto del Proveedor acerca de la Importancia de la Documentación Apropiada

Reclamaciones, Precios y Códigos

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

Eventos

- Webcast acerca de Inscripción: Autenticación Multifactor para el Sistema de I&A — 30 de julio
- Webinar acerca del Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia: Mejores Prácticas Actuales — 30 de julio

- Webinar acerca de Información del Desempeño del Programa de Pago de Calidad sobre Comparación de Médicos — 30 de julio/1 de agosto
- Webinar acerca de Conversación sobre el Acceso al Cuidado Competente ante la Discapacidad — 31 de julio
- Llamada acerca de la Iniciativa de Acuerdo de Apelaciones de IRF — 13 de agosto
- Llamada acerca del Modelo de Agrupaciones Enfocadas en el Paciente de Salud en el Hogar: Problemas de Operación — 21 de agosto

Artículos de MLN Matters®

- Medicare Planifica Modernizar la Agrupación de Pagos y el Software Editor de Códigos

Publicaciones

- Pagos Indevidos de Pacientes Internos de DMEPOS de Medicare
- Vacunas de la Parte D de Medicare — Revisado
- Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Bombas de Nutrición Enteral — Revisado

Multimedia

- Sesión de Escucha de Hospital: Transcripción de Audio y Grabación
- Cursos Basados en la Web acerca del Programa de Reporte de Calidad de Hospicio

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 29 de julio de 2019

Mensaje Educativo del Proveedor de CMS:

- [PFS: Cambios a Política Propuesta, Pago, y Provisiones de Calidad para el CY 2020](#)
- [Reglamento Propuesto de OPSS de Medicare y Sistema de Pago de ASC del CY 2020](#)
- [Reglamento Propuesto de ESRD y DMEPOS del CY 2020](#)

PFS: Cambios a Política Propuesta, Pago, y Provisiones de Calidad para el CY 2020

El 29 de julio CMS emitió un reglamento propuesto que incluye propuestas para actualizar políticas de pago, tasas de pago y provisiones de calidad para servicios prestados bajo la Tarifa Fija de Médicos de Medicare (PFS) en o después del 1 de enero de 2020. Este reglamento propuesto es uno de varios reglamentos propuestos que reflejan una estrategia más amplia de toda la Administración para crear un sistema del cuidado de la salud que resulte en mejor accesibilidad, calidad, asequibilidad, empoderamiento, e innovación. También incluye propuestas para racionalizar el Programa de Pago de Calidad con el objetivo de reducir la carga del médico. Esto incluye una forma nueva y simple para que los médicos participen en nuestro programa de pago por desempeño, el Sistema de Pago de Incentivos basado en el Mérito (MIPS), denominado Vías de Valor de MIPS.

El reglamento propuesto también incluye:

- Ajuste de tasa de PFS del CY 2020 y factor de conversión
- Servicios de Telesalud de Medicare
- Pago por servicios de evaluación y manejo
- Requisitos de supervisión médica para asistentes médicos
- Revisión y verificación de documentación de expediente médico
- Servicios de manejo de cuidado
- Solicitud de comentarios sobre oportunidades para pagos agrupados
- Cobertura de Medicare para servicios por tratamiento de desorden de uso de opioides prestados por programas de tratamiento de opioides
- Pagos agrupados por desórdenes de uso de sustancias
- Servicios de terapia
- Servicios de ambulancia
- Sistema de recolección de datos de ambulancia terrestre
- Programa de pagos abiertos
- Programa de ahorros compartidos de Medicare
- Proceso de opinión de consulta de Stark

Para más información (en inglés):

- [Reglamento propuesto: Comentarios del público vencen el 27 de septiembre](#)
- [Comunicado de prensa](#)
- [Hoja Informativa del Reglamento Propuesto de PFS](#)
- [Hoja Informativa del Reglamento Propuesto del Programa de Pago de Calidad](#)

Vea el texto completo de este extracto de la [Hoja Informativa](#) (Emitido el 29 de julio).

Reglamento Propuesto de OPSS de Medicare y Sistema de Pago de ASC del CY 2020

El 29 de julio, CMS propuso políticas que siguen las directrices de la Orden Ejecutiva del Presidente Trump, titulada “Mejorando el Precio y la Transparencia en la Calidad del Cuidado de la Salud Americana para Poner a los Pacientes Primero,” que pone al base para la fundación de un sistema de cuidado de la salud enfocado en el paciente al hacer los precios por artículos y servicios provistos por todos los hospitales en los Estados Unidos más transparente para los pacientes para que puedan estar mejor informados acerca de lo que pueden pagar por servicios y artículos de hospital.

Los cambios propuestos también alientan el pago por sitio neutral entre ciertos lugares de servicio de Medicare. Finalmente, el reglamento propuesto propone actualizaciones y cambios de política bajo el Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios de Hospital de Medicare (OPSS) y el Sistema de Pago de Centros de Cirugía Ambulatorios (ASC). Las políticas propuestas en el reglamento propuesto del Sistema de pago OPSS/ASC del CY 2020 adelantarán aún más el compromiso de la agencia en aumentar la transparencia en precio, (incluyendo propuestas para requisitos que pueden aplicar a cada hospital operando en los Estados Unidos), fortaleciendo a Medicare, repensando la salud rural, desatando la innovación, reduciendo las cargas al proveedor, y fortaleciendo la integridad del programa para que los hospitales y centros de cirugía ambulatorios puedan operar con mejor flexibilidad y que los pacientes tengan lo que necesitan para convertirse en consumidores activos del cuidado de la salud.

De acuerdo con la Ley de Medicare, CMS propone actualizar las tasas de pago del OPSS por 2.7 por ciento. Esta actualización está basada en el incremento proyectado de la bolsa de mercado de hospital de 3.2 por ciento menos un ajuste 0.5 de punto de porcentaje para Productividad Multi-Factorial (MFP).

En el reglamento final OPSS/ASC del CY 2019 con periodo de comentarios, finalizamos nuestra propuesta de aplicar la actualización de la bolsa de mercado de hospital a tasas de sistemas de pago por un periodo provisional de 5 años (CY 2019 hasta CY 2023). CMS no está proponiendo cambio alguno a su política de utilizar la actualización de la bolsa de mercado de hospital para tasas de pago de ASC para los CY 2020-2023. Al utilizar la bolsa de mercado de hospital, CMS propone actualizar las tasas de ASC para el CY 2020 por 2.7 por ciento para ASCs que cumplan los requisitos de reporte de calidad relevantes. Este cambio se basa en el incremento proyectado de la bolsa de mercado de hospital de 3.2 por ciento menos un ajuste de 0.5 de punto de porcentaje para MFP. Este cambio también ayudará a promover neutralidad del sitio entre hospitales y ASCs y alentar la migración de servicios desde el entorno de hospital al entorno de menor costo de ASC.

Ver **MLN**, en la página 6

MLN

De la página 5

El reglamento propuesto también incluye:

- Definición propuesta de ‘hospital,’ ‘cargos estándares,’ y ‘artículos y servicios’
- Requisitos propuestos para hacer público todos los cargos estándares para todos los artículos y servicios
- Requisitos propuestos para hacer público los cargos estándares amigables para el consumidor para un conjunto limitado de ‘servicios comprobables’
- Propuestas para el monitoreo y ejecución
- Método para controlar incrementos innecesarios en la utilización de servicios de pacientes ambulatorios
- Cambios a la lista de Solo Hospitalizados
- Lista de procedimientos cubiertos por ASC
- Umbral de Alto-costo/Bajo-costo para sustitutos de piel empacados
- Aplicaciones de transferencia de dispositivos
- Abordando disparidades del índice salarial
- Cambios en el nivel de Supervisión de servicios terapéuticos de pacientes ambulatorios en hospitales y hospitales de acceso crítico
- Programa de Reporte de Calidad de Pacientes Ambulatorios
- Programa de Reporte de Calidad de Centro de Cirugía Ambulatorio
- Metodología de pago de OPPS para medicamentos 340B comprados del CY 2020
- Configuración de la tarifa del programa de hospitalización parcial y actualización de las tarifas por día
- Revisión de las condiciones de la organización de obtención de órganos para la certificación.
- Cambios potenciales en la organización de obtención de órganos y en los reglamentos del centro de trasplante: Solicitud de información

Para más información (en inglés):

- [Reglamento propuesto](#): Comentarios del público vencen el 27 de septiembre
- [Comunicado de prensa](#)

Vea el texto completo de este extracto en la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 29 de julio).

Reglamento Propuesto de ESRD y DMEPOS del CY 2020

El 29 de julio, CMS emitió un reglamento propuesto que propone actualizar las políticas y tasas bajo el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) por servicios prestados para diálisis renal a beneficiarios en o después del 1 de enero de 2020. Este reglamento también:

- Propone actualizaciones a la tasa de pago por diálisis para Lesión Renal Aguda (AKI) por servicios prestados por centros de ESRD a individuos con AKI.

- Cambios propuestos al Programa de Incentivo de Calidad de ESRD
- Incluye solicitudes para información de recopilación de datos como resultado del panel experto técnico en PPS de ESRD, sobre posibles actualizaciones y mejoras al índice salarial de PPS de ESRD, y sobre nuevos reglamentos para licitación competitiva de tiras de prueba para la diabetes.

Además, este reglamento propone una metodología para calcular las cantidades de pago para la tarifa fija de nuevos artículos y servicios de Equipo Médico Duradero, Prostéticos, Ortesis y Materiales (DMEPOS) y hacer ajustes a las cantidades de tarifas fijas establecidas utilizando precios de suplidor o comerciales si tales precios disminuyen dentro de cinco años de haberse establecido las cantidades de tarifas fijas iniciales. Este reglamento también:

- Hace enmiendas para revisar políticas existentes relacionadas al programa de licitación competitiva para DMEPOS
- Agiliza los requisitos para ordenar artículos de DMEPOS, y crea una Lista Maestra de artículos de DMEPOS que pueden potencialmente ser sujetos para encuentros cara-a-cara y órdenes escritas antes de la entrega y/o requisitos de autorización previa

La tasa básica propuesta de PPS de ESRD para el CY 2020 es \$240.27, un aumento de \$5.00 a la tasa básica actual de \$235.27. Esta cantidad propuesta refleja un aumento reducido a la bolsa de mercado según requerido por la sección 1881(b)(14)(F)(i)(I) de la Ley (1.7 por ciento) y adjudicación del factor de ajuste de neutralidad presupuestaria de índice salarial (1.004180).

El reglamento propuesto también incluye:

- Actualización anual al índice salarial
- Actualización a la política extraordinaria
- Criterios de elegibilidad para el Ajuste Transitorio de Pago Complementario de Medicamentos (TDAPA)
- Base de pago para el TDAPA para calcimiméticos
- Política condicional de precios de venta promedio para la aplicación de TDAPA:
- Equipo y materiales de diálisis renal nuevo e innovadores
- Descontinuar la aplicación de la política de monitoreo de agente estimulante de la eritropoyesis
- Análisis de impacto

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): Comentarios del público vencen el 27 de septiembre
- [Comunicado de Prensa](#)

Vea el texto completo de este extracto en la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 29 de julio).

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 jueves, 1 de agosto de 2019

MLN Connects® para el 1 de agosto de 2019

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- SNF: Cambios de Política y Pago del FY 2020
- IPF: Actualizaciones de Reporte de Calidad y Pago del FY 2020
- Proteja las Identidades de Sus Pacientes: Use el MBI Ahora
- CMS Adelanta MyHealthEData con Nuevo Piloto para Apoyar Médicos
- Reduciendo Cargas Administrativas: Comentarios para el 12 de agosto
- Cobertura de Medicare para Servicios de Tratamiento Prestados por Programas de Tratamiento de Opioides
- Expansión del Programa de Pagos Abiertos
- Mejoras a la Accesibilidad del Cuidado para Personas con Discapacidades: Nuevos Recursos
- Proveedores de la Parte A: Demostración de Discusión Telefónica Formal
- Actualización Trimestral del Proveedor de julio a septiembre
- Recursos de Preparación de Desastres
- Las Vacunas No Son Solo para Niños

Cumplimiento

- DMEPOS: Facture Correctamente para Artículos Provistos Durante Estadías de Pacientes Hospitalizados

Eventos

- Webinar acerca de Triage de Emergencia, Tratamiento, y Tutorial de Aplicación de Modelo de Transporte — 8 de agosto
- Sesión de Escucha acerca de Entender 3 Temas Claves del Reglamento Propuesto de Tarifas Fijas de Médicos — 12 de agosto
- Llamada de la Iniciativa de Acuerdo de Apelaciones de IRF — 13 de agosto
- Sesión de Escucha del Reglamento Propuesto de OPPS y ASC — 14 de agosto
- Llamada del Reglamento Propuesto de PPS de ESRD

del CY de 2020 del Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 20 de agosto

- Llamada de Problemas Operacionales acerca del Modelo de Grupos de Salud en el Hogar Enfocada en el Paciente — 21 de agosto
- Llamada acerca de Entender Su Reporte de Puntuación de Desempeño del Programa de VBP de SNF — 27 de agosto

Artículos de MLN Matters®

- Uso de Criterios Apropriados (AUC) para Imágenes de Diagnóstico Avanzado — Periodo de Prueba Educativo y de Operaciones — Requisitos de Procesamiento de Reclamaciones
- Nuevas Pruebas Exentas
- Documentación de la Necesidad Médica de la Visita al Hogar; y Manejo Asociado del Médico con Tratamiento de Radiación Superficial — Revisado

Publicaciones

- Reglamento de Facturación de 3-Días de Centro de Enfermería Especializada
- Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Monitores de Glucosa y Accesorios/Materiales para Diabéticos — Revisado

Multimedia

- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de la Categoría de Desempeño de Costo del 2019 del Programa de Pago de Calidad del Sistema de Pago de Incentivos Basado en el Mérito (MIPS) — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de la Visión General del Programa de Pago de Calidad de 2019 — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de la Categoría de Desempeño de Calidad del 2019 del Programa de Pago de Calidad del Sistema de Pago de Incentivos Basado en el Mérito (MIPS) — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Actividades de Mejoras en el 2019 del Programa de Pago de Calidad del Sistema de Pago de Incentivos Basado en el Mérito (MIPS) — Revisado

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

MLN Connects® — Edición Especial para el 2 de agosto de 2019

Mensaje Educativo del Proveedor de CMS:

- [IPPS/LTCH: Reglamento Final del PPS del FY 2020](#)
- [IRF: Cambios de Pago y Política del FY 2020](#)
- [Hospicio: Reglamento Final de la Tasa de Pago de Hospicio del FY 2020](#)

IPPS/LTCH: Reglamento Final del PPS del FY 2020

El 2 de agosto, CMS finalizó cambios de política para estimular la competencia e innovación que ayudará a brindar una atención y resultados mejorados a un mejor valor para los pacientes. El reglamento final actualiza las políticas de pago de Medicare para los hospitales bajo el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados (IPPS) y el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) para Hospitales de Cuidados Prolongados (LTCH) para el FY 2020 y avanza dos prioridades clave de CMS: “Repensando la Salud Rural” y “Desatando la Innovación” haciendo cambios históricos a cómo Medicare le paga a los hospitales: Este reglamento final:

- Aumenta el índice salarial para ciertos hospitales de índice salarial bajo, incluyendo varios hospitales rurales
- Aumenta los pagos complementarios de Medicare para nuevas tecnologías elegibles de alto costo de 50-65%
- Aclara políticas acerca de “mejora clínica sustancial” para cualificar para pagos complementarios de nueva tecnología
- Proporciona una vía alternativa donde ya no se requieren Dispositivos Innovadores para demostrar evidencia de “mejora clínica sustancial” para calificar para pagos complementarios de nueva tecnología
- Proporciona una vía alternativa donde ya no se requieren Productos Cualificados para Enfermedad Infecciosa para llenar el criterio de “mejora clínica sustancial” para pagos complementarios de tecnología, los cuales son aumentados de 50 a 75%

Para más información (en inglés):

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

Vea el texto completo de este extracto del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (Emitido el 2 de agosto).

IRF: Cambios de Pago y Política del FY 2020

El 31 de julio, CMS emitió un [reglamento final](#) el cual actualiza las políticas de pago de Medicare y tasas para los centros bajo el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados (IRF) y el Programa de Reporte de Calidad de IRF para el FY 2020. Continuamos nuestros esfuerzos hacia la eventual transición a un sistema unificado de atención pos-aguda por medio de actualizaciones a los datos utilizados para los pagos de IRF, incluyendo la revisión de los Grupos de Casos de Diagnóstico (CMG), la actualización de los pesos relativos de CMG y los valores promedio de duración de la estadía y el uso de datos del índice salarial del sistema de pago prospectivo de

pacientes hospitalizados concurrentes para el PPS de IRF para alinear los datos del índice salarial a través de los entornos de cuidado.

Para el FY 2020, CMS estará finalizando actualizaciones a las tasas de pago del PPS de IRF utilizando los datos más recientes para reflejar un factor de aumento estimado del 2.5 por ciento (reflejando un factor de aumento de la bolsa de mercado de IRF específico de 2.9 por ciento, reducido por un 0.4 punto porcentual de ajuste de productividad multifactor). CMS proyecta que los pagos de IRF aumentarán por un 2.5 por ciento (o \$210 millones) para el FY 2020, relativo a pagos en el FY 2019.

Este Reglamento Finaliza:

- Volver a basar y revisar la bolsa de mercado de IRF
- Aclaración de “médico de rehabilitación”
- Dos medidas de calidad nuevas

Vea el texto completo de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 31 de julio).

Hospicio: Reglamento Final de la Tasa de Pago de Hospicio del FY 2020

El 31 de julio, CMS emitió un reglamento final que demuestra el compromiso continuo de fortalecer Medicare al alinear mejor las tasas de pago de hospicio con los costos de proporcionar atención y aumentar la transparencia para que los pacientes puedan tomar decisiones más informadas. Para el año fiscal 2020, las tasas de pago de hospicio se actualizan en un 2.6 por ciento (aumento de \$520 millones en sus pagos). El monto final límite de hospicio para el año límite del FY 2020 será de \$29,964.78, que es igual al monto límite del FY 2019 (\$29,205.44) actualizado por el porcentaje de actualización de pago de hospicio final del FY 2020 del 2.6 por ciento. El límite agregado limita los pagos totales por paciente realizados a un hospicio anualmente.

Este Reglamento Finaliza:

- Volver a basar para alinear de una forma más exacta los pagos de Medicare con los costos de brindar atención.
- Modificaciones a la declaración de elección iniciando el FY 2021, aumentando la transparencia de cobertura para los beneficiarios bajo una elección de hospicio
- Actualizaciones al Programa de Reporte de Calidad de Hospicio, incluyendo el desarrollo de una herramienta de evaluación de hospicio para evaluaciones de pacientes en tiempo real

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- Página web de [Centro de Hospicio](#)
- Página web de [Reporte de Calidad de Hospicio](#)

Vea el texto completo de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 31 de julio).

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 jueves, 8 de agosto de 2019

MLN Connects® para el 8 de agosto de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- Nueva Tarjeta de Medicare: ¿Serán Rechazadas sus Reclamaciones?
- Asegurando el Acceso a Medicamentos Antimicrobianos que Salvan Vidas para los Adultos Mayores Americanos
- Programas de Reporte de Calidad de IRF/LTCH/SNF: Límite de Presentación es el 15 de agosto
- Grupos de Enfoque para el Instrumento de Evaluación de Paciente de Hospicio: Responda para el 26 de agosto
- Modelo de Triage de Emergencia, Tratamiento, y Transporte: Aplique para el 19 de septiembre
- Modelo de Pago Enfocado en el Paciente del PPS de SNF: Prepárese para la Implementación el 1 de octubre
- Guía de Implementación de QRDA III de 2019: Apéndice Actualizado
- Programa de Pago de Calidad: Reportando Categorías de Relación con el Paciente

Cumplimiento

- Facturación del Reglamento de 3 Días de Centro de Enfermería Especializada

Eventos

- Sesión de Escucha acerca de Entender 3 Temas Claves del Reglamento Propuesto de Tarifas Fijas de Médicos — 12 de agosto
- Llamada de la Iniciativa de Acuerdo de Apelaciones de IRF — 13 de agosto
- Sesión de Escucha del Reglamento Propuesto de OPSS y ASC — 14 de agosto
- Llamada del Reglamento Propuesto de PPS de ESRD del CY de 2020 del Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 20 de agosto
- Llamada de Problemas Operacionales acerca del Modelo de Grupos de Salud en el Hogar Enfocada en el Paciente — 21 de agosto
- Sesión de Escucha acerca del Modelo de Oncología de Radiación — 22 de agosto
- Llamada acerca de Entender Su Reporte de Puntuación de Desempeño del Programa de VBP de SNF — 27 de agosto

Artículos de MLN Matters®

- Actualización Anual de Centro de Rehabilitación para Pacientes Internos (IRF): Cambios al Pricer del



Sistema de Pago Prospectivo (PPS) para el FY 2020

- Instrucciones para el Uso de la Alerta Informativa del Código de Observación de Remesas de Pago en Remesas de Pago de Servicios de Laboratorio
- Requisito de los Afiliados de Centro de Enfermería Especializada (SNF) del Programa de Ahorros Compartidos (Shared Savings Program) de Medicare para Incluir el Código de Demostración 77 en Reclamaciones de Exención del Reglamento de 3 Días de SNF
- Modificación al Proceso de Transferencia del Acuerdo de Coordinación Nacional de Beneficios (COBA)
- Actualización Trimestral de Octubre a la Actualización Anual de 2019 de los Códigos del HCPCS para la Aplicación de Facturación Consolidada (CB) de Centro de Enfermería Especializada (SNF)
- Actualización a la Política de Oxígeno
- Actualización para las Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico y Servicios de Laboratorio Sujetos a un Pago de Cargo Razonable

Multimedia

- Podcast acerca de CMS: Más Allá de la Política: Parte 1 de la Estrategia acerca del Fortalecimiento de la Supervisión en Residencias de Ancianos
- Videos de las Reuniones Públicas de CLFS

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 jueves, 15 de agosto de 2019

MLN Connects® para el 15 de agosto de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- Nueva Tarjeta de Medicare: Período de Transición Termina en Menos de Tres Meses
- Terapia de Cáncer de Células CAR T Disponible para Beneficiarios de Medicare a Nivel Nacional
- Licitación Competitiva de DMEPOS: Fechas Límites de la Ronda 2021
- Conozca Más acerca de Códigos y Categorías de Relación de Pacientes de MACRA

Cumplimiento

- Servicios de Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados: Siga los Requisitos de Facturación de Medicare

Eventos

- Llamada del Reglamento Propuesto de PPS de ESRD del CY de 2020 del Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 20 de agosto
- Foro Especial de Puertas Abiertas del Reglamento Final del FY 2020 de PPS de IPPS/LTCH — 20 de agosto
- Llamada de Problemas Operacionales acerca del Modelo de Grupos de Salud en el Hogar Enfocada en el Paciente — 21 de agosto
- Webinar de Autodirección para Individuos Doblemente Elegibles Utilizando LTSS — 21 de agosto
- Sesión de Escucha del Modelo de Radio-Oncología — 22 de agosto

MLN ESPECIAL

De la página 1

Sesión de Escucha del Reglamento Propuesto de OPPS y ASC — 14 de agosto

Miércoles, 14 de agosto de 2:30 a 4 p.m. ET

[Inscríbese](#) (en inglés) para los eventos de Medicare Learning Network.

Las actualizaciones propuestas por CMS y los cambios de política bajo el Sistema de Pago Prospectivo de Hospital para Pacientes Internos de Medicare (OPPS) y los sistemas de pago de Centro de Cirugía Ambulatorio (ASC), incluyendo la transparencia de precio y calidad que sienta las bases para un sistema de atención médica orientado al paciente. Durante esta sesión de escucha, los expertos de CMS cubrirán brevemente provisiones del reglamento propuesto y abordarán preguntas aclaratorias para ayudarle a formular sus comentarios por escrito para su presentación formal. Los temas incluyen:

- Llamada acerca de Entender Su Reporte de Puntuación de Desempeño del Programa de VBP de SNF — 27 de agosto
- Llamada del Cuidado de la Demencia acerca de Apoyar la Comodidad y las Preferencias de los Residentes — 10 de septiembre

Artículos de MLN Matters®

- Omitiendo las Modificaciones de la Ventana de Pago para los Servicios de Complicaciones de Post-trasplante de Riñón del Donante
- Mostrar Cantidades de Pago de Reclamaciones de PARHM
- Actualizaciones para el Año Fiscal (FY) 2020 del Sistema de Pago Prospectivo de Centros Psiquiátricos para Pacientes Hospitalizados
- Actualización de enero de 2020 — Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma Revisión (ICD-10) y Otras Revisiones de Codificación a Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs)

Publicaciones

- Servicios de Manejo de Cuidado Crónico — Revisado
- Conjuntos de Códigos ICD-10-CM, ICD-10-PCS, CPT, y HCPCS — Revisado

Multimedia

- Webcast de Inscripción de I&A: Transcripción de Audio y Grabación
- PPS de SNF: Videos del Modelo de Pago Enfocado en el Paciente

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

- La transparencia de precios: Requisitos para que todos los hospitales de los Estados Unidos hagan públicos todos sus cargos estándar
- Aumentar las opciones y alentar la neutralidad del sitio, incluyendo pagos por visitas a clínicas

Lo alentamos a que revise (en inglés) el [reglamento propuesto](#), el [comunicado de prensa](#) y la [hoja informativa](#) previo a la llamada. Nota: Los comentarios recibidos durante esta sesión de escucha no es un sustituto de sus comentarios formales acerca de este reglamento. Vea el [reglamento propuesto](#) (en inglés) para más información acerca de cómo presentar estos comentarios para el 27 de septiembre.

Dirigido a: Todos los hospitales que operan en los Estados Unidos, y otras partes interesadas.

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

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**.

LCDs retiradas

Fulvestrant (Faslodex®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33998 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

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

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es vigente para los servicios prestados **en o después del 31 de julio de 2019**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos

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

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

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

Cuidado anestésico monitoreado (MAC) para ciertos servicios de manejo del dolor intervencionistas – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33595 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para cuidado anestésico monitoreado (MAC) para ciertos servicios de manejo del dolor intervencionista, se determinó que ya no es requerida y por lo tanto, está siendo retirada.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es vigente para los servicios prestados **en o después del 27 de julio de 2019**.

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

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

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

Revisión a las LCDs existentes

Colonoscopia diagnóstica – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33671 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión a la determinación de cobertura local (LCD) y el artículo relacionado de facturación y codificación para colonoscopia diagnóstica, se identificaron y corrigieron errores tipográficos y de formateo. También, la sección “Bibliografía” de la LCD se actualizó para ser consistente con el formateo de la Asociación Médica Americana (AMA).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es vigente para servicios prestados

en o después del 30 de julio de 2019. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza, fue revisada para eliminar toda la información de codificación y facturación, así como todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones: “Códigos de Tipo de factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización de la LCD”) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Además, durante el proceso de mover los códigos de diagnóstico ICD-10-CM al artículo de facturación y codificación los rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM fueron divididos y se listaron individualmente. En adición, el lenguaje del Manual Electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se eliminó de la sección “Limitaciones” de la LCD y a su vez, a la cita en el IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, por servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**.

Interpretación 3D y reporte de estudios de imágenes – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33256 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para interpretación 3D y reporte de estudios de imágenes, fue revisada para eliminar toda la información de codificación y facturación, así como todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones: “Códigos de Tipo de factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización” de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Además, durante el proceso de mover los códigos de diagnóstico ICD-10-CM al artículo de facturación y codificación los rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM fueron divididos y se listaron individualmente. En adición, el lenguaje del Manual Electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se eliminó de la



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

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

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

sección “Limitaciones” de la LCD y a su vez, a la cita en el IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, por servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**.

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

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

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

Inmunoglobulina intravenosa – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

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

En base a la petición de cambio (CR) 11295, la determinación de cobertura local (LCD) para inmunoglobulina intravenosa fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM: D80.2, D80.3, D80.4, D80.6, D80.7, D81.5, D82.1, D82.4, D83.1 y G11.3 a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 1” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es vigente para los servicios

prestados en o después del 13 de agosto de 2019.

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

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

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

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)



Direcciones postales

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

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

AskPuertoRicoA@fcso.com

AskPuertoRicoB@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

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 prostéticos,

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 Servicios 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)

Determinaciones de Cobertura Local

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCDs retiradas

Fulvestrant (Faslodex®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33998 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

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

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es vigente para los servicios prestados **en o después del 31 de julio de 2019**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos

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

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

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

Cuidado anestésico monitoreado (MAC) para ciertos servicios de manejo del dolor intervencionistas – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33595 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para cuidado anestésico monitoreado (MAC) para ciertos servicios de manejo del dolor intervencionista, se determinó que ya no es requerida y por lo tanto, está siendo retirada.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es vigente para los servicios prestados **en o después del 27 de julio de 2019**.

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

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

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

Revisión a las LCDs existentes

Colonoscopia diagnóstica – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33671 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión a la determinación de cobertura local (LCD) y el artículo relacionado de facturación y codificación para colonoscopia diagnóstica, se identificaron y corrigieron errores tipográficos y de formateo. También, la sección “Bibliografía” de la LCD se actualizó para ser consistente con el formateo de la Asociación Médica Americana (AMA).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es vigente para servicios prestados

en o después del 30 de julio de 2019. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza, fue revisada para eliminar toda la información de codificación y facturación, así como todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones: “Códigos de Tipo de factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Además, durante el proceso de mover los códigos de diagnóstico ICD-10-CM al artículo de facturación y codificación los rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM fueron divididos y se listaron individualmente. En adición, el lenguaje del Manual Electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se eliminó de la sección “Limitaciones” de la LCD y a su vez, a la cita en el IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, por servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**.



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

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

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

Interpretación 3D y reporte de estudios de imágenes – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33256 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para interpretación 3D y reporte de estudios de imágenes, fue revisada para eliminar toda la información de codificación y facturación, así como todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones: “Códigos de Tipo de factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Además, durante el proceso de mover los códigos de diagnóstico ICD-10-CM al artículo de facturación y codificación los rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM fueron divididos y se listaron individualmente. En adición, el lenguaje del Manual Electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se eliminó de la

sección “Limitaciones” de la LCD y a su vez, a la cita en el IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, por servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**.

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

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

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

Inmunoglobulina intravenosa – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

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

En base a la petición de cambio (CR) 11295, la determinación de cobertura local (LCD) para inmunoglobulina intravenosa fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM: D80.2, D80.3, D80.4, D80.6, D80.7, D81.5, D82.1, D82.4, D83.1 y G11.3 a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 1” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es vigente para los servicios

prestados en o después del 13 de agosto de 2019.

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

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

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

Capsulotomía láser YAG – revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33968 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para capsulotomía láser YAG fue revisada para eliminar toda la información de codificación y facturación, así como todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones: “Códigos de Tipo de factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización” de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Además, durante el proceso de transportar los códigos de diagnóstico ICD-10-CM al artículo de facturación y codificación los rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM se dispersaron y se listaron individualmente.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es vigente para reclamaciones procesadas en o después del 8 de enero de 2019, por servicios prestados en o después del 3 de octubre de 2018.

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

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

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

Neuromodulación sacra – revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L36296 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión a la determinación de cobertura local (LCD) y el artículo relacionado de facturación y codificación para neuromodulación sacra, se identificaron y corrigieron errores tipográficos y de formateo. También, la sección “Bibliografía” de la LCD se actualizó para ser consistente con el formateo de la Asociación Médica Americana (AMA).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es vigente para servicios prestados

en o después del 6 de agosto de 2019. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Marcadores tumorales urinarios para el cáncer de la vejiga – revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33965 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para marcadores tumorales urinarios para el cáncer de la vejiga se revisó para eliminar toda la facturación y codificación y todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones: “Códigos de Tipo de factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización” de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación.

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es vigente para reclamaciones

procesadas en o después del 8 de enero de 2019, por servicios prestados en o después del 3 de octubre de 2018.

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

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

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

Visitas domiciliarias y al hogar de E y M – revisión a la LCD de la Parte B

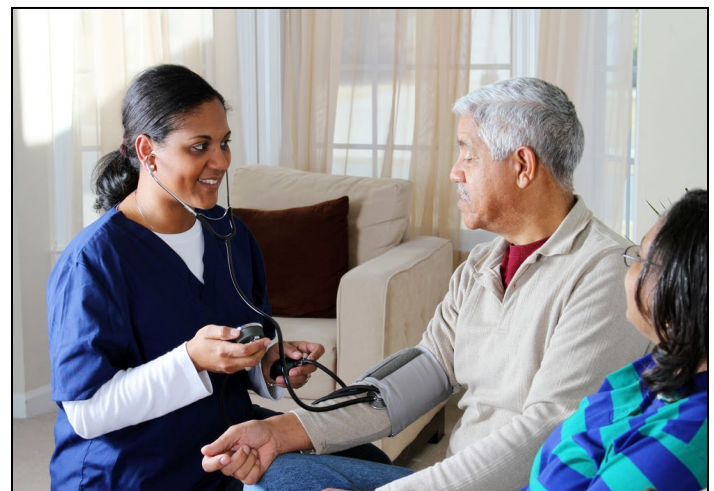
LCD ID número: L33817 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a un revisión de la determinación de cobertura local (LCD) y artículo de facturación y codificación relacionado para visitas domiciliarias y al hogar de E y M, se identificaron y corrigieron errores tipográficos y de formato. También, la sección “Bibliografía” de la LCD fue actualizada para ser consistente con el formato de la Asociación Médica Americana (AMA). Además, se eliminó lenguaje sobre la determinación de cobertura nacional (NCD) y el manual electrónico (IOM) del artículo de facturación y codificación.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es vigente para los servicios prestados en o después del 23 de julio de 2019. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede encontrarse seleccionando “Documentos



de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

1-888-216-8261 (Impedimento auditivo y del habla)

Línea de registro para eventos educativos

Correo electrónico: eleraning@fcso.com

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

Créditos para eventos educativos elegibles

<https://medicareespanol.fcso.com/wrapped/153783.asp>

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del 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@fcso.com

Formulario: <http://medicareespanol.fcso.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@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 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://medicareespanol.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://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

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 del 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@fcso.com
Formulario: <http://medicareespanol.fcso.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@fcso.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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://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

<https://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