

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Septiembre 2020



En esta edición

| | |
|---|----|
| MLN Connects – Edición Especial – 28 de agosto de 2020 | 6 |
| Servicios quiroprácticos – nuevo artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B | 16 |
| Cambios de Codificación de la ICD-10-CM de 2021 (Parte A/B, Parte A y Parte B)..... | 17 |

Instrucciones importantes para el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (versión 02/12)

¿Está cansado del papel?

Comience a [presentar reclamaciones electrónicamente](#).

First Coast Service Options (First Coast) ha notado un aumento en errores en las reclamaciones presentadas con el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (02/12) cuando pasan por el proceso de reconocimiento óptico de caracteres (OCR).

Para evitar estos problemas, hemos querido reiterar algunas instrucciones importantes para nuestros remitentes de reclamaciones en papel.

- Se requiere que todas las reclamaciones en papel sean presentadas utilizando un formulario rojo/blanco original [CMS-1500 \(02/12\)](#).
- Copias en blanco y negro serán **devueltas como no procesables**.
- La presentación del formulario de reclamación CMS 1500 (02/12) debe ser mecanografiado o impreso en computadora. Los formularios escritos a mano pueden causar retrasos y errores en el procesamiento y retrasar el tiempo de reembolso.
- Asegúrese de utilizar todo **tipo de letra mayúscula** con el estilo de fuente Courier New o Times New

Roman y tamaño 10. Esto es especialmente importante cuando se indica la letra "I" y "L" en el Ítem 24E.

- Mantenga el mismo estilo de Fuente y tamaño en todo el formulario.
- Utilice solamente tinta de color negro. No utilice tinta de color rojo ni azul ya que el escáner no puede "leer" los datos y puede ocasionar que sus reclamaciones sean **devueltas como no procesables**.
- No utilice un sello de goma para ningún campo del formulario de reclamación CMS-1500 (02/12).
- No utilice líquido corrector ni cinta correctora.
- Evite el uso de caracteres especiales.
- No resalte el formulario de reclamación ni adjuntos.
- Revise periódicamente el espaciado de los campos y la ubicación de la información contenida en los Ítems 1-33 cuando utilice formularios de reclamación CMS 1500 (02/12) impresos en computadora o mecanografiados. La información solo debe ubicarse dentro de la ubicación del bloque especificado en el formulario.

Ver **INSTRUCCIONES**, en la página 3



medicareespanol.fcso.com



Quando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Pautas de presentación de reclamación

Instrucciones importantes para el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (versión 02/12)1

Recursos educativos

Calendario de eventos.....4

CMS MLN Connects®

MLN Connects® para el 20 de agosto de 20205

MLN Connects® para el 27 de agosto de 20205

MLN Connects® – Edición Especial – 28 de agosto de 2020.....6

MLN Connects® – Edición Especial – 2 de septiembre de 2020.....8

MLN Connects® para el 3 de septiembre de 20209

MLN Connects® para el 10 de septiembre de 202010

MLN Connects® – Edición Especial – 11 de septiembre de 202010

MLN Connects® para el 17 de septiembre de 202011

MLN Connects® – Edición Especial – 17 de septiembre de 2020.....12

MLN Connects® – Edición Especial – 18 de septiembre de 2020.....14

Determinaciones de Cobertura Local de las Partes A y B15

LCD/Artículo nuevo

Servicios quiroprácticos – nuevo artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B16

Revisión a LCD/Artículo existente

Infliximab – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B.....16

LCD/Artículo retirado

Prueba de sífilis - LCD/artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B retirados16

Información adicional

Cambios de Codificación de la ICD-10-CM de 2021 (Parte A/B, Parte A y Parte B).....17

Contactos de la Parte A.....18

Determinaciones de Cobertura Local de la Parte B19

Revisión a LCD/Artículo existente

Centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF) - artículo de facturación y codificación de la Parte B revisado20

Información de contacto de Puerto Rico21

Información de contacto de Florida.....22

Información de contacto de 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© 2019 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.

Pautas de presentación de reclamación

INSTRUCCIONES

De la página 1

- Las reclamaciones presentadas con el identificador nacional del proveedor (NPI) y sin uno de los [cualificadores del Ítem 17](#) o con un cualificador no válido **serán devueltas como reclamaciones no procesables** (RUC).

Recordatorio ASCA

Solamente los proveedores que cumplan con los requerimientos de la excepción del Acta de Cumplimiento de Simplificación Administrativa (Administrative Simplification Compliance Act-ASCA) se les permite presentar sus reclamaciones a Medicare en papel, las cuales deberán ser presentadas en un formulario de reclamación CMS-1500 válido.

Los proveedores que cumplan con estas excepciones están autorizados a presentar sus reclamaciones a Medicare en papel.

Más información sobre las excepciones de ASCA se puede encontrar en el capítulo 24 del *Medicare Claims Processing Manual* (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare).

Fuente (en inglés): Manual electrónico (IOM) de CMS Pub. [100-04 Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 24, Sección 20.4; Capítulo 26; Petición de Cambio \(CR\) 8509; sitio web de NUCC.](#)

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

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)



Recursos educativos

Calendario de eventos

Octubre de 2020

Servicios de telesalud y la expansión de beneficios durante el COVID-19 (B)

Cuando: 15 de octubre de 2020
 Hora: 10:00 a.m. - 11:30 a.m. ET
 Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

Visite nuestra lista completa de próximos eventos

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 *First Coast University* 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 nuestra [página web](#) para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.).



MLN Connects® para el 20 de agosto de 2020

MLN Connects® para el jueves, 20 de agosto de 2020

[Vea esta edición como un PDF](#)

Noticias

- CMS Anuncia la Reanudación de Inspecciones de Rutina de Todos los Proveedores y Suplidores, Emite Guía de Ejecución Actualizada a los Estados y Publica un Conjunto de Herramientas para Ayudar a los Asilos de Ancianos
- Reducción de la Carga del Proveedor: Programa Piloto de Interoperabilidad de Documentación Médica Electrónica

Eventos

- Fundamentos de los CMS-CDC sobre la Prevención de COVID-19 para Asilos de Ancianos: Formato Nuevo

MLN Connects® para el 27 de agosto de 2020

MLN Connects® para el 27 de agosto de 2020

[Vea esta edición como un PDF](#)

Noticias

- La Administración Trump Lanza un Programa de Capacitación Nacional para Fortalecer las Prácticas de Control de Infección en Asilos de Ancianos
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de SNF: Revise Sus Datos para el 30 de agosto
- COVID: Kit de Herramientas para Asilos de Ancianos
- Programa de Prevención de la Diabetes: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare

Reclamaciones, Precios y Códigos

- COVID-19: Exención de Costo Compartido para Estos Códigos de HCPCS

Artículos de MLN Matters®

- Actualización del Pricer del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) del Centro de Enfermería Especializada (SNF) de la Parte A de Medicare para el FY 2021 — Revisada
- Archivos de Precios de Medicamentos del Precio de Venta Promedio (ASP) Trimestral de la Parte B de Medicare de Octubre de 2020 y Revisiones a los

Artículos de MLN Matters®

- Nuevas Políticas de COVID-19 para Hospitales del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Internos (IPPS), Hospitales de Cuidados Prolongados (LTCHs) y Centros de Rehabilitación para Pacientes Internos debido a Provisiones de la Ley CARES — Revisado

Publicaciones

- Mejora de la Supervisión de RN de los Servicios de Ayuda de Hospicio

Multimedia

- Provisión (Junio 2020) de Medicare como Pagador Secundario (MSP)

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



Archivos de Precios Trimestrales Anteriores — Revisado

Publicaciones

- Creando un Plan de Cuidado Efectivo para Hospicio

Multimedia

- Sesión de Escucha de Tarifas Fijas Médicas: Grabación de Audio y Transcripción

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 – 28 de agosto de 2020

CMS ofrece apoyo integral para Louisiana y Texas con el Huracán Laura

El 27 de agosto, CMS anunció los esfuerzos en marcha para apoyar a Louisiana y a Texas en respuesta al huracán Laura. El 26 de agosto de 2020, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) Alex Azar declaró emergencias de salud pública (PHE) en estos estados, retroactivas al 22 de agosto de 2020 para el estado de Louisiana y al 23 de agosto de 2020 para el estado de Texas. CMS está trabajando para garantizar que los hospitales y otras instalaciones puedan continuar sus operaciones y brindar acceso al cuidado a pesar de los efectos del huracán Laura.

CMS proporcionó numerosas exenciones a los proveedores de cuidado médico durante la actual pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) para cumplir con las necesidades de los beneficiarios y proveedores. Las *exenciones* (en inglés) que ya estaban en vigor estarán disponibles para que los proveedores de cuidado médico lo utilicen durante el plazo de determinación de la PHE por COVID-19 y durante la PHE del huracán Laura. CMS puede ofrecer exención a ciertos requisitos adicionales de Medicare, Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP), crear oportunidades especiales de inscripción para que las personas tengan acceso al cuidado médico rápidamente y tomen medidas para garantizar que los pacientes de diálisis obtengan servicios críticos que salvan vidas.

“Nuestros pensamientos están con todos los que se encuentran en el paso de este huracán poderoso y peligroso y CMS está haciendo todo lo que está dentro de su autoridad para brindar asistencia y alivio a todos los afectados”, dijo la administradora de CMS, Seema Verma. “Nos asociaremos y coordinaremos con los funcionarios estatales, federales y locales para asegurarnos de que, en medio de toda la incertidumbre que puede traer un desastre natural, nuestros beneficiarios no tengan que preocuparse por el acceso al cuidado médico y a otros servicios cruciales para salvar vidas y mantener aquellos servicios que puedan necesitar.”

A continuación se muestran las acciones administrativas clave que CMS tomará en respuesta a las PHE declaradas en Louisiana y Texas:

Exenciones y flexibilidades para hospitales y otras instalaciones de cuidado médico: CMS ya ha eximido muchos requisitos de Medicare, Medicaid y CHIP para las instalaciones. La División de Inspección y Cumplimiento de CMS Dallas, bajo el Grupo de Operaciones de Inspección, otorgará otras peticiones específicas de proveedores para tipos específicos de hospitales y otras instalaciones en Louisiana y Texas.

Estas exenciones, una vez emitidas, ayudarán a brindar acceso continuo al cuidado para los beneficiarios. Para obtener más información sobre las exenciones que CMS ha otorgado, visite (en inglés) www.cms.gov/emergency.

Oportunidades de inscripción especiales para víctimas del huracán: CMS pondrá a disposición períodos de inscripción especiales para ciertos beneficiarios de Medicare y ciertas personas que buscan planes de salud ofrecidos a través del Intercambio Federal de Seguros de Salud. Esto brinda a las personas afectadas por el huracán la oportunidad de cambiar sus planes de salud y de medicamentos recetados de Medicare y obtener acceso a la cobertura de salud en Exchange si son elegibles para el período de inscripción especial. Para mayor información por favor visite (en inglés):

- <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Regulations-and-Guidance/Downloads/8-9-natural-disaster-SEP.pdf>
- <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/Emergency/EPRO/Past-Emergencies/Hurricanes-and-tropical-storms>

Kit de herramientas de preparación para desastres para agencias estatales de Medicaid: CMS desarrolló un inventario de las flexibilidades y autoridades de Medicaid y CHIP disponibles para los estados en caso de un desastre. Para obtener más información y acceder al kit de herramientas, visite (en inglés): <https://www.medicaid.gov/resources-for-states/disaster-response-toolkit/index.html>.

Cuidado de diálisis: CMS está ayudando a los pacientes a obtener acceso a servicios críticos que salvan vidas. El programa Kidney Community Emergency Response (KCER) ha sido activado y está trabajando con la Red de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), la Red 13 - Louisiana y la Red 14 - Texas, para evaluar el estado de las instalaciones de diálisis en las áreas potencialmente afectadas relacionadas a generadores, suministros alternativos de agua, educación y materiales para pacientes y más.

KCER también está ayudando a los pacientes que fueron desalojados antes de la tormenta para recibir servicios de diálisis en el lugar al que fueron desalojados. Se ha instruido a los pacientes para que tengan a mano un equipo de suministros de emergencia que incluya información personal, médica y de seguro importante; la información de contacto de su centro, el número de la línea directa de la Red ESRD y la información de contacto de aquellos con quienes pueden quedarse o para contactos fuera del estado en una bolsa impermeable. También se les ha indicado que tengan suministros a mano para seguir una dieta de emergencia de tres días.

La línea directa de ESRD Network 8 - Mississippi es 1-800-638-8299, Network 13 - La línea directa de Louisiana es 800-472-7139, ESRD Network 14 - La línea directa de Texas es 877-886-4435 y la línea directa de KCER es 866-901-3773. Información adicional está disponible en la página web (en inglés) KCER: <https://www.kcercoalition.com/>.

Durante las temporadas de huracanes de 2017 y 2018,

MLN

De la página 6

CMS aprobó instalaciones de diálisis renal de propósito especial en varios estados para proporcionar diálisis a corto plazo en lugares designados para atender a pacientes con ESRD en circunstancias de emergencia, en las que había recursos de diálisis o acceso al cuidado limitados debido a las circunstancias de emergencia.

Reemplazo de equipos y suministros médicos: Según las exenciones por COVID-19, CMS suspendió ciertos requisitos necesarios para los beneficiarios de Medicare que han perdido o han sufrido daños en su equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros como resultado de la PHE. Esto ayudará a garantizar que los beneficiarios puedan seguir accediendo al equipo médico y los suministros necesarios de los que dependen cada día. Los beneficiarios de Medicare pueden comunicarse al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener ayuda.

Garantizar el acceso al cuidado en Medicare Advantage y la Parte D: durante una emergencia de salud pública, las organizaciones de Medicare Advantage y los patrocinadores del plan de la Parte D deben tomar medidas para mantener el acceso a los beneficios cubiertos para beneficiarios en las áreas afectadas. Estos pasos incluyen permitir que los beneficios del plan de la Parte A/B y la Parte C complementaria se brinden en instalaciones específicas no contratadas y con exención, en su totalidad, de los requisitos para las remisiones del portero cuando corresponda.

Requisitos de preparación para emergencias: Se espera que los proveedores y suplidores tengan programas de preparación para emergencias basados en un enfoque de todos los peligros. Para ayudar a comprender los requisitos de preparación para emergencias, la oficina central de CMS y las oficinas regionales organizaron dos seminarios web en 2018 sobre los requisitos de preparación para emergencias y las expectativas de los proveedores. Una fue una capacitación para todos los proveedores el 19 de junio de 2018 con más de 3,000 proveedores participantes y la otra fue una capacitación para todos los encuestadores el 8 de agosto de 2018. Ambas presentaciones cubrieron el reglamento final de preparación para emergencias que incluyó suministro de energía de emergencia; 1135 proceso de exención; mejores prácticas y lecciones aprendidas de desastres pasados; y recursos útiles y más. Ambos webinars están disponibles (en inglés) en <https://qsep.cms.gov/welcome.aspx>.

CMS también compiló una lista de Preguntas Frecuentes (FAQ) y recursos útiles de preparación para emergencias nacionales para ayudar a las Agencias de Encuestas (SA) estatales, sus socios estatales, tribales, regionales y locales de manejo de emergencias y proveedores de atención médica para desarrollar planes de emergencia eficaces y sólidos y kits de herramientas para asegurar



el cumplimiento de las reglas de preparación para emergencias. Las herramientas se pueden encontrar (en inglés) en:

- <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertEmergPrep/Emergency-Prep-Rule>
- <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertEmergPrep/Templates-Checklists>

Las oficinas regionales de CMS han brindado información específica sobre preparación para emergencias a los proveedores y suplidores de Medicare a través de reuniones, diálogos y presentaciones. Las oficinas regionales también brindan asistencia técnica regular en preparación para emergencias a las agencias estatales y al personal, quienes, desde noviembre de 2017, han estado encuestando regularmente a los proveedores y suplidores para verificar el cumplimiento de las reglamentaciones de preparación para emergencias.

Puede encontrar información adicional sobre los requisitos de preparación para emergencias (en inglés) aquí: https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/som107ap_z_emergprep.pdf

CMS continuará trabajando con todas las áreas geográficas afectadas por el huracán Laura. Alentamos a los beneficiarios y proveedores de servicios de salud que se han visto afectados a buscar ayuda visitando la página web (en inglés) de emergencia de CMS (www.cms.gov/emergency).

Para más información acerca de la PHE por HHS PHE, favor visitar (en inglés): <https://www.hhs.gov/about/news/2020/08/26/hhs-secretary-azar-declares-public-health-emergencies-in-louisiana-and-texas-due-to-hurricane-laura.html>.

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

MLN Connects – Edición Especial – 2 de septiembre de 2020

CMS Promueve el Acceso de los Adultos Mayores a Terapias y Tecnología de Vanguardia en Reglamento Hospitalario de Medicare

Los cambios de política finalizados amplían la vía de pago complementario de nuevas tecnologías para ciertos antimicrobianos.

El 2 de septiembre, CMS emitió el reglamento final del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Internos y de Hospital de Cuidados Prolongados Agudos (LTCH) de Medicare para el Año Fiscal 2021, que incluye disposiciones importantes diseñadas para garantizar el acceso a diagnósticos y terapias que pueden salvar vidas para los beneficiarios de Medicare hospitalizados. Los cambios afectarán aproximadamente a 3,200 hospitales de cuidados agudos y aproximadamente a 360 LTCHs. CMS estima que el gasto total de Medicare en servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes hospitalizados aumentará en aproximadamente \$3.5 mil millones en el año fiscal 2021, o 2.7 por ciento.

“El Presidente Trump está comprometido a garantizar que los adultos mayores con Medicare tengan acceso a los últimos diagnósticos y terapias que salvan vidas”, dijo Seema Verma, administradora de CMS. “Este reglamento es otro paso crítico en nuestro esfuerzo por modernizar el programa y eliminar las barreras burocráticas entre nuestros adultos mayores y los últimos tratamientos innovadores”.

El reglamento de CMS crea un nuevo Grupo Relacionado con el Diagnóstico de Gravedad de Medicare (MS-DRG) que proporciona un pago predecible para ayudar a compensar adecuadamente a los hospitales por administrar terapias de células T con Receptores de Antígeno Quimérico (CAR). Las terapias actuales contra el cáncer de células CAR-T aprobadas por la FDA utilizan células inmunitarias modificadas genéticamente de un paciente para tratar tipos específicos de cáncer.

También en el reglamento final, CMS aprobó un número récord de 24 Pagos Complementarios de Nuevas Tecnologías (NTAPs), que es un pago adicional a los hospitales para los casos que involucran tecnologías elegibles nuevas y de costo relativamente alto. El año pasado, para eliminar barreras a la innovación, CMS estableció vías alternativas optimizadas para que los Dispositivos Innovadores de la FDA y los Productos para Enfermedades Infecciosas Cualificados (QIDPs) por la FDA cualifiquen para los NTAPs. Entre la aprobación de CMS de estos 24 NTAPs adicionales se encuentran dos tecnologías para nuevos dispositivos médicos que son

parte del Programa de Dispositivos Innovadores de la FDA y seis tecnologías que recibieron la designación de QIDP de la FDA. Esto proporcionará un pago adicional de Medicare por estas tecnologías mientras surgen pruebas del mundo real, lo que les brinda a los beneficiarios de Medicare acceso oportuno a las últimas innovaciones.

CMS también está expandiendo la vía alternativa de pago complementario para productos antimicrobianos aprobados bajo la Vía de Población Limitada para Medicamentos Antibacterianos y Antimicóticos (vía LPAD) de la FDA, que fomenta el desarrollo de productos farmacéuticos seguros y eficaces que abordan las necesidades insatisfechas de los pacientes con infecciones graves por bacterias y hongos. Específicamente, un medicamento antibacteriano o antimicótico aprobado bajo la vía LPAD se utiliza para tratar una infección grave o potencialmente mortal en una población limitada de pacientes con necesidades no cubiertas.

CMS también está tomando medidas para garantizar que el programa de Pago por Servicio de Medicare (FFS) adopte estrategias de precios basadas en las fuerzas del mercado del mundo real. Medicare generalmente paga a los hospitales una tarifa que se pondera por el costo relativo de proporcionar ciertos servicios según el diagnóstico del paciente. Actualmente, estas ponderaciones se basan en gran parte en los cargos que los hospitales reportan al gobierno federal, que a menudo tienen poca relevancia para las tarifas reales que pagan las compañías de seguros. Los hospitales ya están obligados a reportar estas tarifas negociadas como parte de los esfuerzos de la Administración Trump para promover la transparencia de precios, y CMS ahora está finalizando un requisito para que los hospitales reporten a CMS la tarifa media negociada con las Organizaciones Medicare Advantage para que los servicios hospitalarios se utilicen en lugar de los datos basados en cargos. CMS comenzará a recopilar estos datos en 2021 y los utilizará en la metodología para calcular los pagos hospitalarios a partir de 2024. Estas disposiciones introducirán las influencias de la competencia del mercado en los pagos hospitalarios y ayudarán a avanzar en el objetivo de CMS de utilizar estrategias de precios basadas en el mercado en el programa Medicare FFS.

Para más información (en inglés):

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

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 3 de septiembre de 2020

MLN Connects® para el 3 de septiembre de 2020

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- CMS Actúa para Estimular la Innovación para los Adultos Mayores de Estados Unidos
- Kit de Herramientas de Hospital para Opioides
- CMS Ofrece Apoyo Integral para California debido a los Incendios Forestales
- PEPPERS para Hospitales de Cuidados Agudos a Corto Plazo
- Visitas a la Oficina por Enfermeras Practicantes: Reporte de Facturación Comparativo

Eventos

- Llamada acerca de Cuidado de Demencia — 22 de septiembre

Artículos de MLN Matters®

- Actualización Anual de 2021 para los Pagos de Bonificación en Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA)
- Actualización Anual de 2021 de la Tarifa de Suministro del Factor de Coagulación
- Actualización a la Categoría de Estado de Reclamación y a los Códigos de Estado de Reclamación
- Implementar Reglamento Operacional – Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) de la Fase III de la Remesa de Pago Electrónica (ERA): Uso Uniforme 360 de los Códigos de Denegación de Ajuste de Reclamación (CARC) del Comité de Normas de Funcionamiento para el Intercambio de Información (CORE), Código de Observación de Remesa de Pago (RARC), y Reglamento de Código de Grupo de Ajuste de Reclamación (CAGC) — Actualización del CORE del Consejo de Cuidado de la Salud de Calidad Asequible (CAQH)
- Actualizaciones al Sistema de Pago Prospectivo de Centros Psiquiátricos para Pacientes Internos (PPS de IPF) para el Año Fiscal (FY) 2021



- Demostración de Inmunoglobulina Intravenosa (IVIg): La Demostración finaliza el 31 de diciembre de 2020
- Especificaciones del Editor de Códigos Ambulatorios Integrados (I/OCE) Versión 21.3 de octubre de 2020
- Actualización Trimestral de Octubre de 2020 de las Tarifas Fijas de Equipo Médico Duradero, Prostéticos, Ortóticos y Provisiones Médicas (DMEPOS)
- Actualización Trimestral para las Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico y Servicios de Laboratorio Sujetos a Pago de Cargo Razonable — Revisado
- Actualización a los Códigos de Diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (ICD-10) para Trastornos Relacionados a Vapeo y a los Códigos de Procedimiento y Diagnóstico para el Nuevo Coronavirus 2019 (COVID-19) — Revisado

Publicaciones

- Servicios Preventivos de Medicare — Revisado
- Afiche de Servicios Preventivos de Medicare — Revisado

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

Medicare Learning Network®

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



MLN Connects® para el 10 de septiembre de 2020

MLN Connects® para el 10 de septiembre de 2020

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- La Comparación de Cuidado de CMS Empodera a los Pacientes Cuando Toman Decisiones Importantes del Cuidado de la Salud
- Pagos Abiertos: Añadiendo 5 Tipos de Proveedor en el 2021
- Re-Excisión del Seno: Reporte de Facturación Comparativa en septiembre

Eventos

- Llamada de CMS-CDC acerca de los Fundamentos de COVID-19 para el Manejo de la Prevención en Asilos de Ancianos — 10 de septiembre
- Llamada acerca del Cuidado de la Demencia — 22 de septiembre

Artículos de MLN Matters®

- Actualización de octubre de 2020 del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) de Hospital
- Actualización de las Tasas de Pago de Hospicio, Topes de Hospicio, Índice Salarial de Hospicio y Pricer de Hospicio para el FY 2021
- Actualización Anual de Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados (IRF): Cambios al Pricer del

Sistema de Pago Prospectivo (PPS) para el FY 2021

- Actualización al Manual Electrónico a la Pub. 100-04, Capítulo 16, Sección 60.1.2 y Pub. 100-04, Capítulo 26, Sección 10.4, Artículo 19
- Actualización al Modelo de Preguntas de Admisión que los Proveedores le Preguntan a los Beneficiarios de Medicare
- Determinación de Cobertura Nacional (NCD 30.3.3): Acupuntura para Dolor Crónico de Espalda Baja (cLBP) — Revisado

Publicaciones

- Comprendiendo Sus Reportes de Remesas de Pago
- Reportes Públicos de COVID-19: Programas de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar, Hospicio, IRF, LTCH y SNF

Multimedia

- Sesión de Escucha de Manejo del Dolor: Grabación de Audio y Transcripción
- Capacitación Basada en la web acerca de la Introducción al Programa de Reporte de Calidad de LTCH
- Capacitación Basada en la web acerca de la Introducción al Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar

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 – 11 de septiembre de 2020

Modelo de Transformación Rural y Acceso a la Salud Comunitaria

El Centro de Innovación de CMS anunció el Modelo de Transformación Rural y Acceso a la Salud Comunitaria (CHART).

Los aproximadamente 57 millones de estadounidenses que viven en comunidades rurales, incluidos millones de beneficiarios de Medicare y Medicaid, enfrentan desafíos únicos cuando buscan servicios de atención médica, como opciones de transporte limitadas, escasez de servicios de atención médica y una incapacidad de beneficiarse plenamente de la tecnología e innovaciones de entrega de cuidado médico.

Las reglamentaciones actuales y las estructuras de pago basadas en el volumen perpetúan estos desafíos, con modelos financieros insostenibles que han llevado al cierre de más de 130 hospitales rurales desde 2010. La constelación de acceso reducido a la atención y pacientes que no buscan o retrasan la atención lleva a los estadounidenses rurales a enfrentar peores resultados

de salud y tener tasas más altas de enfermedades prevenibles que aquellos que viven en áreas urbanas.

CMS sigue enfocado en la transformación de la prestación de atención médica rural y en permitir la colaboración de la comunidad local para rediseñar sus sistemas de atención y alinear a los proveedores y pagadores en función de sus necesidades únicas. Como parte de esa transformación rural, incluida la transformación de un sistema basado en tarifas por servicio y el volumen a uno basado en el valor, CMS está probando el modelo CHART.

A través del Modelo, CMS está proporcionando directamente un fondo común de \$ 75 millones en fondos iniciales, con 15 comunidades rurales solicitando hasta \$5 millones para desarrollar planes de transformación local. Con esta financiación inicial, CMS también proporciona flexibilidad regulatoria y operativa para modelos de prestación de servicios actualizados, así como también cambia la forma en que se paga a los hospitales participantes en estas comunidades, de un sistema basado en el volumen a pagos mensuales estables. Además de apoyar a estas 15 comunidades

Ver **MLN**, en la página 11

MLN

De la página 10

rurales, CMS también está buscando 20 Organizaciones de Atención Responsable (ACO) rurales para participar en el modelo, pagando ahorros compartidos por adelantado para que las ACO tengan fondos de infraestructura para tener éxito en el camino hacia el logro de mejores resultados.

En conjunto, estas son acciones sustanciales y tangibles para apoyar la atención médica en nuestras comunidades rurales.

Específicamente el Modelo CHART podrá:

- Aumentar la estabilidad financiera para los proveedores de atención médica rural a través de múltiples enfoques de financiamiento nuevos, incluido el uso de inversiones iniciales y pagos capitados predecibles que pagan por la calidad y los resultados de los pacientes sobre el volumen
- Proporcionar las flexibilidades operativas y reglamentarias necesarias para permitir que los proveedores de atención médica y CMS prueben el modelo en sus comunidades locales y se transformen ellos mismos con éxito
- Apoyar los esfuerzos de transformación de las comunidades rurales locales participando directamente en CMS, ofreciendo experiencia técnica en tiempo real y otro aprendizaje cuando sea necesario para fomentar el éxito

Si esto tiene éxito, se debe mejorar el acceso de los beneficiarios a los servicios de atención médica, la sostenibilidad financiera de los proveedores rurales debe

aumentar en los próximos años y las comunidades pueden alinearse con los pagadores y otras partes interesadas para abordar tanto su ecosistema de prestación de servicios de atención médica como las estructuras de apoyo social necesarias, tales como alimentos y vivienda, para mejorar la salud.

En última instancia, el modelo CHART tiene como objetivo mejorar la calidad y la salud, al mismo tiempo que reduce a largo plazo los gastos de Medicare y Medicaid, en las comunidades rurales.

CMS está proporcionando financiamiento, flexibilidad regulatoria y operativa, y asistencia técnica para que las comunidades rurales transformen sus sistemas de atención a través de una vía de transformación comunitaria. Además, CMS permite a los proveedores participar en modelos de pago basados en el valor en los que se les paga por la calidad y los resultados, en lugar del volumen, a través de una vía de transformación de ACO.

CMS anticipa que el Aviso de oportunidad de financiamiento para la vía de transformación de la comunidad estará disponible en septiembre en la página web del modelo. La Solicitud de Solicitud para la Vía de Transformación de ACO estará disponible a principios de 2021 en la página web del [Modelo CHART](#) (en inglés).

Vea el texto completo de este extracto (en inglés) en la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 11 de agosto).

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 septiembre de 2020

[MLN Connects® para el 17 de septiembre de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias

- Medida de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud de SNF: Presente Comentarios para el 14 de octubre
- Participe en el Piloto de Interoperabilidad de Documentación Médica
- Plantilla de Anexo Sobre Lecciones Aprendidas y Aumento de Enfermedades Infecciosas del COVID-19
- Mes del Envejecimiento Saludable®: Hable acerca de los Servicios Preventivos con Sus Pacientes
- Mes de la Concientización Contra el Cáncer de Próstata

Eventos

- Llamada acerca de Cuidado de Demencia — 22 de septiembre

Artículos de MLN Matters®

- Actualización de octubre de 2020 al Sistema de Pago de Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)
- Nuevas Exenciones para los Hospitales del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Internos (IPPS), Hospitales de Cuidados Prolongados (LTCHs) y Centros de Rehabilitación para Pacientes Internos (IRFs) debido a las Disposiciones de la Ley CARES — Revisado
- Actualización a las Tasas de Pago de Hospicio, Límites de Hospicio, Índice Salarial de Hospicio, y al Pricer de Hospicio para el FY 2021 — 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 – 17 de septiembre de 2020

- [Los Hallazgos de la Comisión de COVID-19 en Asilos de Ancianos Independiente Validan una Respuesta Federal Sin Precedentes](#)
- [CMS Ofrece Soporte Integral para Oregón debido a Incendios Forestales](#)
- [Protéjase a Usted y a Sus Pacientes de la Gripe esta Temporada](#)

Los Hallazgos de la Comisión de COVID-19 en Asilos de Ancianos Independiente Validan una Respuesta Federal Sin Precedentes

El 16 de septiembre, CMS recibió el reporte final de la Comisión de Coronavirus para la Seguridad y la Calidad en Asilos de Ancianos (Comisión), que fue facilitado por MITRE. CMS también publicó una descripción general de las sólidas acciones de salud pública que la agencia ha tomado hasta la fecha para combatir la propagación de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) en los asilos de ancianos. Los hallazgos de la Comisión se alinean con las acciones que la Administración Trump y CMS han tomado para contener la propagación del virus y proteger a los residentes de los asilos de ancianos de la amenaza constante de la pandemia de COVID-19. Este anuncio cumple con los compromisos de la Administración de mantener seguros a los residentes de asilos de ancianos y de transparencia para el pueblo estadounidense frente a esta pandemia sin precedentes.

“El esfuerzo de la Administración Trump para proteger a los residentes excepcionalmente vulnerables de los asilos de ancianos del COVID-19 no tiene precedentes”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “Al encargar a un contratista que convocara a esta Comisión independiente compuesta por una amplia gama de expertos y partes interesadas, el presidente Trump trató de perfeccionar nuestro enfoque aún más a medida que continuamos luchando contra el virus en los próximos meses. Sus hallazgos representan tanto un plan de acción invaluable para el futuro como una reivindicación rotunda de nuestro enfoque general hasta la fecha. Estamos agradecidos por la importante contribución de la Comisión”.

Como punto culminante del extenso reporte de la Comisión, el 17 de septiembre, la administradora Verma se unirá al Vicepresidente Mike Pence y al Director de los CDC, Dr. Robert R. Redfield, a algunos miembros de la Comisión y a otros expertos en salud pública y cuidado de ancianos en la Casa Blanca. El vicepresidente, Dr. Redfield, y la administradora Verma dirigirán al grupo en una discusión sobre los hallazgos de la Comisión y los problemas generales que enfrenta el sistema de cuidado de ancianos de la nación.

Los asilos de ancianos y otras instalaciones de vivienda compartida o congregada se han visto gravemente afectadas por el COVID-19, ya que estas instalaciones suelen albergar a personas mayores que sufren

de múltiples afecciones médicas, lo que las hace particularmente susceptibles a las complicaciones del virus. Para ayudar a CMS a informar las acciones inmediatas y futuras, así como a identificar oportunidades de mejora, se creó la Comisión para realizar una revisión independiente y evaluaciones integrales de la confrontación de COVID-19. El reporte de la Comisión contiene las mejores prácticas que enfatizan y refuerzan las estrategias e iniciativas de CMS para garantizar que los residentes de asilos de ancianos estén protegidos contra COVID-19.

Como se describe en el resumen publicado el 16 de septiembre, la Administración Trump ya ha tomado medidas importantes para implementar muchos de los hallazgos de la Comisión. La Administración ha trabajado para apoyar financieramente a los asilos de ancianos durante este tiempo desafiante, distribuyendo más de \$21 mil millones a los asilos de ancianos de Estados Unidos, más de \$1,5 millones cada uno en promedio. Para garantizar que los asilos de ancianos tuvieran acceso a los suministros, la Administración Trump envió un suministro de equipo de protección personal para 14 días a más de 15,000 asilos de ancianos en todo el país en mayo.

La Administración también ha exigido que las instalaciones reporten datos sobre casos, muertes y niveles de suministro de COVID-19, y el 99.3 por ciento de las instalaciones lo informan actualmente. CMS tomó medidas para mantener al COVID-19 fuera de los asilos de ancianos al exigirles que realicen pruebas al personal, un requisito que se combinó con la distribución de la Administración de 13,850 dispositivos de prueba en el punto de atención a los asilos de ancianos de Estados Unidos. La Administración también ha desplegado Equipos de Grupo de Trabajo de Ataque federales en seis rondas, en 18 estados hasta ahora, en 61 instalaciones particularmente afectadas por COVID-19 para compartir las mejores prácticas y obtener una comprensión más profunda de cómo se propaga el virus. CMS también requirió que los estados realizaran inspecciones de control de infecciones enfocadas en sus asilos de ancianos; entre junio y julio, los estados completaron estas inspecciones en el 99.8 por ciento de los asilos de ancianos certificados por Medicare y Medicaid.

Además, desde marzo, CMS ha realizado llamadas semanales con asilos de ancianos, ha emitido más de 22 documentos de orientación y ha establecido un programa de Capacitación Nacional de COVID-19 en Asilos de Ancianos centrado en el control de infecciones y las mejores prácticas. CMS también está utilizando datos de COVID-19 para orientar el apoyo a los asilos de ancianos de mayor riesgo. En mayo, CMS lanzó un nuevo kit de herramientas desarrollado para ayudar a los asilos de ancianos, gobernadores, estados, departamentos de salud y otras agencias que brindan supervisión y asistencia a los

Ver **MLN**, en la página 13

MLN

De la página 12

asilos de ancianos. El kit de herramientas es un catálogo de recursos dedicados a abordar los desafíos específicos que enfrentan los asilos de ancianos mientras luchan contra el COVID-19. CMS actualiza el kit de herramientas cada dos semanas.

Para más información (en inglés):

- [Reporte de la Comisión de Coronavirus para la Seguridad y la Calidad en Asilos de Ancianos](#)
- [Respuesta de la Administración Trump a los Hallazgos de la Comisión](#)
- [Orientación y Actualizaciones de COVID-19 para Asilos de Ancianos durante la COVID-19](#)

Vea el texto completo de este extracto (en inglés) del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (emitido el 16 de septiembre), incluyendo una lista de las acciones de salud pública de CMS para los asilos de ancianos sobre COVID-19 a la fecha.

CMS Ofrece Soporte Integral para Oregón debido a Incendios Forestales

El 17 de septiembre, CMS anunció los esfuerzos en marcha para apoyar a Oregón en respuesta a los incendios forestales en todo el estado. El 16 de septiembre, el secretario del HHS, Alex Azar, declaró una Emergencia de Salud Pública (PHE) en Oregón, retroactiva al 8 de septiembre. CMS está trabajando para garantizar que los hospitales y otras instalaciones puedan continuar sus operaciones y brindar acceso a la atención a pesar de los efectos de los incendios forestales. CMS proporcionó numerosas exenciones a los proveedores de atención médica durante la actual pandemia de la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) para satisfacer las necesidades de los beneficiarios y proveedores. Estas [exenciones](#) (en inglés) seguirán estando disponibles para que los proveedores de atención médica las utilicen mientras dure la PHE de COVID-19 y para las PHEs de incendios forestales. CMS realizará exenciones a ciertos requisitos de Medicare, Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños; creando oportunidades especiales de inscripción para que las personas accedan rápidamente a la atención médica; y tomar medidas para asegurar que los pacientes en diálisis obtengan servicios críticos que salvan vidas. Para más información, visite <https://www.cms.gov/emergency> (en inglés). Vea el texto completo de este extracto del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (en inglés) (emitido el 17 de septiembre).

Protéjase a Usted y a Sus Pacientes de la Gripe esta Temporada

Haga su parte para prevenir la propagación de la gripe



estacional. Los CDC publicaron las [recomendaciones de la vacuna contra la gripe](#) (en inglés) para la temporada de 2020-2021. Debido a la pandemia por COVID-19, reducir la propagación de enfermedades respiratorias, como la gripe, este otoño e invierno es más importante que nunca.

Frecuencia y Cobertura:

- Medicare Parte B cubre una vacuna contra la gripe por temporada de gripe y vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario
- Las vacunas contra la gripe son gratuitas para sus pacientes de Medicare si acepta la asignación

Usted puede poner vacunas contra la neumonía y la gripe durante la misma visita al consultorio; vea (en inglés) las [recomendaciones de los CDC](#).

Los [CDC](#) (en inglés) el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización y el Comité Asesor sobre Prácticas de Control de Infecciones en el Cuidado de la Salud recomiendan que todos los trabajadores del cuidado de la salud de EE.UU. se vacunen anualmente contra la gripe.

Para más información (en inglés):

- [Página web de CMS sobre la Vacuna contra la Gripe](#)
- [Sitio web de los CDC de la Gripe](#)
- [Página web de Información de los CDC para Profesionales de la Salud](#)
- [Página web acerca del Kit de Herramientas para Combatir la Gripe de los CDC](#)
- [Vaccines.gov](#)

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

MLN Connects – Edición Especial – 18 de septiembre de 2020

- [CMS Anuncia Nueva Guía para Visitas Seguras en Asilos de Ancianos Durante la Emergencia de Salud Pública COVID-19](#)
- [CMS Anuncia un Nuevo Modelo Transformador de Atención para los Beneficiarios de Medicare con Enfermedad Renal Crónica](#)
- [CMS Anuncia un Modelo de Pago Innovador para Mejorar la Atención, Reducir los Costos para los Pacientes con Cáncer](#)

CMS Anuncia Nueva Guía para Visitas Seguras en Asilos de Ancianos Durante la Emergencia de Salud Pública COVID-19

El 17 de septiembre, CMS emitió una guía revisada que brinda recomendaciones detalladas sobre las formas en que los asilos de ancianos pueden facilitar las visitas de manera segura durante la pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19). Después de varios meses de restricciones de visitantes diseñadas para frenar la propagación de COVID-19, CMS reconoce que la separación física de la familia y otros seres queridos ha tenido un costo significativo para los residentes de asilos de ancianos. A la luz de esto, y en combinación con los datos cada vez más disponibles para guiar el desarrollo de políticas, CMS está emitiendo una guía revisada para ayudar a los asilos de ancianos a facilitar las visitas tanto en entornos interiores como exteriores y en situaciones de atención compasiva. La guía también describe ciertos principios básicos y mejores prácticas para reducir el riesgo de transmisión de COVID-19 y cumplir durante las visitas.

Vea el texto completo de este extracto (en inglés) del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (emitido el 17 de septiembre).

CMS Anuncia un Nuevo Modelo Transformador de Atención para los Beneficiarios de Medicare con Enfermedad Renal Crónica

El modelo se enfoca en reducir costos y mejorar la calidad de atención para los pacientes.

El 18 de septiembre, CMS anunció que había finalizado el Modelo de Opciones de Tratamiento (ETC) de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), para mejorar o mantener la calidad de la atención y reducir los gastos de Medicare para pacientes con enfermedad renal crónica. El Modelo ETC cumple con la Orden Ejecutiva de Salud Renal Avanzada del presidente Trump y fomenta un mayor uso de la diálisis domiciliaria y los trasplantes de riñón para ayudar a mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de Medicare con ESRD. El Modelo ETC afectará aproximadamente al 30 por ciento de los proveedores de atención renal y se implementará el 1 de enero de 2021 con un ahorro estimado de \$23 millones durante cinco años y medio.

“Durante el año pasado, la Administración Trump ha tomado más medidas para promover la salud renal en los

estadounidenses de las que hemos visto en décadas”, dijo el secretario del HHS, Alex Azar. “Este nuevo modelo de pago ayuda a abordar un conjunto de incentivos que no han permitido que demasiados estadounidenses se beneficien de disfrutar de una vida mejor que podría venir con opciones de diálisis más convenientes o la posibilidad de un trasplante”.

Para más información (en inglés):

- [Comunicado de Prensa Completo](#)
- [Hoja Informativa](#)

CMS Anuncia un Modelo de Pago Innovador para Mejorar la Atención, Reducir los Costos para los Pacientes con Cáncer

El Modelo de Oncología con Radiación modernizará los pagos de Medicare por los servicios de radioterapia.

El 18 de septiembre, CMS finalizó un nuevo modelo de Centro de Innovación que se espera mejore la calidad de la atención para los pacientes con cáncer que reciben radioterapia y reduzca los gastos de Medicare a través de pagos combinados que permitan a los proveedores concentrarse en brindar tratamientos de alta calidad. El nuevo Modelo de Oncología con Radiación (RO) permite este enfoque en la atención basada en el valor mediante la creación de pagos más simples y predecibles que incentivan tratamientos rentables y clínicamente efectivos para mejorar la calidad y los resultados. El Modelo RO, parte de un reglamento final sobre modelos de atención especializada emitido por CMS, comenzará el 1 de enero de 2021 y se estima que le ahorrará a Medicare \$230 millones durante 5 años.

“El presidente Trump sabe que, para los pacientes con cáncer, lo que importa es su calidad de vida y vencer al cáncer. Pero hoy en día, el pago de Medicare por la radioterapia se basa en la cantidad de tratamientos que recibe un paciente y dónde lo recibe, lo que puede llevar a pasar más tiempo viajando para recibir tratamiento con poco valor clínico”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “Es por eso que la administración Trump ha desarrollado un nuevo modelo innovador que permite a los pacientes y proveedores concentrarse en mejores resultados para los pacientes”.

Para más información (en inglés):

- [Comunicado de Prensa Completo](#)
- [Hoja Informativa](#)
- [Página web del Modelo de Oncología con Radiación](#)

Estos modelos son una parte de un [reglamento final](#) (en inglés) de CMS acerca del Programa de Medicare; Modelos de Atención Especializada para Mejorar la Calidad de la Atención y Reducir los Gastos (CMS-5527-F).

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

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 [nuestra página web](#) de educación 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 a [nuestra página web](#) educacional, 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 Asuntos Médicos:

Medical Affairs
2020 Technology Parkway
Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419



¿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 nuestra página web de [Búsqueda de LCDs](#), le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD/Artículo nuevo

Servicios quiroprácticos – nuevo artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B

Número de ID Artículo: A58412 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Este nuevo artículo de facturación y codificación para los servicios quiroprácticos se está desarrollando para brindar orientación sobre la cobertura de los servicios quiroprácticos como se describe en el Manual Electrónico de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (IOM) Publicación 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15, Secciones 30.5, 240, 240.1, 240.1.1, 240.1.2, 240.1.3, 240.1.4, y 240.1.5 y Publicación 100-04, *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 12, Sección 220 y Capítulo 30. La determinación de cobertura local (LCD)

actual (L36617) y el artículo de facturación y codificación relacionado (A57681) serán retirados cuando este nuevo artículo de facturación y codificación entre en vigencia.

Fecha de vigencia

El nuevo artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2020**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Revisión a LCD/Artículo existente

Infliximab – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B

Número de ID Artículo: A57653 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 11944 (Editor de Códigos Ambulatorios Integrados de Octubre de 2020 [I/OCE]) y la CR 11960 (Actualización al Sistema de Pago Prospectivo de Hospital para Pacientes Ambulatorios [OPPS]), el indicador de estado para el código Q5121 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) fue cambiado de “E2” a “K” para los servicios prestados del **6 de julio de 2020-30 de septiembre de 2020** y de “E2” a “G” para los servicios prestados en o después del **1 de octubre de 2020**. Por lo tanto, la sección “Código CPT®/HCPCS/Párrafo del Grupo 1:” del artículo de facturación y codificación fue revisado para ya no indicar que el código Q5121 del HCPCS solamente aplicaba para la Parte B.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación relacionada a los cambios de indicador de estado es vigente para los servicios prestados **en o después del 6 de julio de 2020**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

LCD/Artículo retirado

Prueba de sífilis - LCD/artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B retirados

Número de ID de LCD y Artículo: L33754/A57546 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los EE.UU.)

En base a una revisión de la determinación de cobertura local (LCD) y del artículo de facturación y codificación para prueba de sífilis, se determinó que ya no son requeridos y por lo tanto están siendo retirados.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD y del artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 17 de septiembre de 2020**. Las LCDs están

disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Información adicional

Cambios de Codificación de la ICD-10-CM de 2021 (Parte A/B, Parte A y Parte B)

La actualización de 2021 a la estructura de codificación de diagnósticos de la ICD-10-CM (peticiones de cambio [CRs] 11845 y 11895) es vigente para los servicios prestados en o después del **1 de octubre de 2020**. El equipo de asuntos médicos de First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha evaluado todas las determinaciones de cobertura local (LCDs) vigentes y artículos de facturación y codificación relacionados para los criterios de diagnóstico que se verán afectados por la actualización de 2021 de la ICD-10-CM.

Como recordatorio, los códigos de diagnóstico incluidos en los artículos de facturación y codificación son sustitutos a las indicaciones abordadas dentro de la LCD y se les solicita a los proveedores facturar con el más alto nivel de especificidad para los códigos de diagnóstico aplicables cuando reporten servicios. Se han añadido, revisado y eliminado códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM.

La siguiente es una lista los artículos de facturación y codificación afectados.

Nota: Los artículos de facturación y codificación estarán visibles al público en la Base de Datos de Cobertura de Medicare el **1 de octubre de 2020**.

Artículos de codificación y facturación combinados de la Parte A/B

A57531 Pruebas de Alergia
A57603 Bisfosfonatos (Intravenoso [IV]) y Anticuerpos Monoclonales en el Tratamiento de la Osteoporosis y sus Otras Indicaciones
A56952 Prueba de Esfuerzo Ambulatoria de Cardiología de No Emergencia
A57077 Monitoreo Controlado de Sustancias y Pruebas de Abuso de Drogas
A57682 Medición de Cistatina C
A57063 Esofagogastroduodenoscopia Diagnóstica y Terapéutica
A55937 Colonoscopia Diagnóstica
A57636 Escaneo Dúplex
A57066 Electrocardiografía
A57628 Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis
A57716 Citometría de Flujo
A56953 Estimulación del Nervio Hipogloso para el Tratamiento de Apnea Obstructiva del Sueño
A57653 Infiximab
A57778 Inmunoglobulina Intravenosa
A57120 Calcio Ionizado
A57121 Magnesio
A57123 Estudios de Conducción del Nervio y Electromiografía
A57126 Estudios Fisiológicos No Invasivos de

las Arterias de las Extremidades Superiores o Inferiores
A57122 Parathormone (Hormona Paratiroidea)
A57520 Servicios de Evaluación Diagnóstica Psiquiátrica y Psicoterapia
A57780 Pruebas Psicológicas y Neuropsicológicas
A57127 Servicios de Diagnóstico Pulmonar
A57804 Escaneo de Imágenes Computarizadas de Diagnóstico Oftálmico (SCODI)
A57657 Tasa de Sedimentación, Eritrocito
A57650 Fósforo Sérico
A57667 Pruebas Especiales de EEG
A57275 Radiocirugía Estereotáctica (SRS) y Radioterapia del Cuerpo Estereotáctico (SBRT)
A57145 Manejo Quirúrgico de la Obesidad Mórbida
A57156 Servicios de Terapia y Rehabilitación
A57637 Examen de Campo Visual
A56841 Vitamina D; 25 hidroxil, incluye fracción(es), si se realiza

Artículos de codificación y facturación de la Parte A solamente

A57058 Inhalación Diagnóstica de Aerosol o Vapor

Artículos de codificación y facturación de la Parte B solamente

A57699 Topografía Corneal Computarizada
A57802 Panel de Función Hepática (Hígado)
A57783 Incisión y Drenaje de Absceso de la Piel, Estructuras Subcutáneas y Accesorias
A57787 Bloques de Articulación de la Faceta Paravertebral
A57788 Bloques de Nervios Periféricos
A57188 Cuidado Rutinario del Pie
A57540 Prueba Somatosensorial

Fecha de vigencia

Estas revisiones al artículo de facturación y codificación son vigentes para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2020**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

Páginas web:

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

First Coast Service Options
Medicare Part A Claims
P.O.Box 2006,
Mechanicsburg PA 17055-0733

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.
Medicare Part A Claims
P.O.Box 2001,
Mechanicsburg PA 17055-0733

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

First Coast Service Options Inc.
Attention: JN EDI
PO Box 3703
Mechanicsburg, PA 17055-1861

Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.
JN Part A and B Complaint Processing Unit
P.O. Box 3419
Mechanicsburg, PA 17055-1859

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).
Solicitudes FOIA de JN
P.O. Box 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825

Consultas generales

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

Correo electrónico:

AskFloridaA@fcso.com

AskPuertoRicoA@fcso.com

AskPuertoRicoB@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

First Coast Service Options
Medical Affairs
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Medicare como pagador secundario (MSP)

First Coast Service Options
Medicare Part A Claims PR
P.O. Box 2001
Mechanicsburg, PA 17055-0733

Auditorías de hospital

First Coast Service Options Inc.
JN Provider Audit & Reimbursement
2020 Technology Parkway, Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050

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
2020 Technology Parkway, Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.
2020 Technology Parkway, Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 3701
Mechanicsburg, PA 17055-1860

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications
P. O. Box 3409
Mechanicsburg, PA 17055-1849

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/
Appeals
P. O. Box 3411
Mechanicsburg, PA 17055-1851

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.
2020 Technology Parkway, Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA
Medicare Part A
34650 US HWY 19N
Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

Centros de 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 [nuestra página web](#) de educación 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 a [nuestra página web](#), 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 Asuntos Médicos:

Medical Affairs
2020 Technology Parkway
Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419



¿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 nuestra página web de [Búsqueda de LCDs](#), 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 LCD/Artículo existente

Centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF) - artículo de facturación y codificación de la Parte B revisado

Número de ID Artículo: A57807 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una consulta, el artículo de facturación y codificación para centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF) fue revisado para añadir los siguientes códigos del Current Procedural Terminology (CPT®) 10005, 10006, 10007, 10008, 10009, 10010, 10011, 10012, y 10021 a la “Matriz de Acreditación”.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 24 de septiembre de 2020**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en

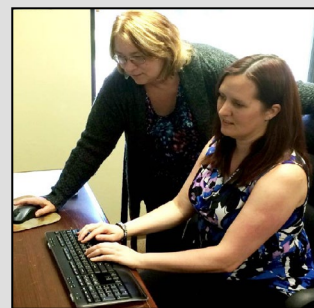
<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

“ 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*

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:

<mailto:eleraning@fcsso.com>

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

[Créditos para eventos educativos elegibles](#)

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

FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

First Coast Service Options

P.O. Box 2004

Mechanicsburg, PA 17055-0709

Redeterminaciones

First Coast Service Options

P.O. Box 3412

Mechanicsburg, PA 17055-1851

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 3412

Mechanicsburg, PA 17055-1851

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 3425

Mechanicsburg, PA 17055-1825

askFloridaB@fcsso.com

[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Asuntos médicos

Medical Affairs

2020 Technology Parkway Suite 100

Mechanicsburg, PA 17050-9419

medicalaffairs@guidewellsources.com

MSP

First Coast Service Options

P.O. Box 2004

Mechanicsburg, PA 17055-0700

Intercambio electrónico de datos (EDI)

First Coast Service Options Inc.

Attention: JN EDI

PO Box 3703

Mechanicsburg, PA 17055-1861

Sobrepagos

First Coast Service Options

P.O. Box 3121

Mechanicsburg, PA 17055-1831

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

2020 Technology Parkway Suite 100

Mechanicsburg, PA 17050-9419

Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.

JN Part A and B Complaint Processing Unit P.O. Box 3419

Mechanicsburg, PA 17055-1859

Solicitudes Freedom of Information Act

First Coast Service Options Inc.

JN FOIA requests

P.O. Box 3425

Mechanicsburg, PA 17055-1825

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

2020 Technology Parkway

Suite 100

Mechanicsburg, PA 17050-9419

Sitios web

Proveedor

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

Encuentre sus [otros contratistas](#) (es decir; DME, HHA, etc) [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

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
FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

First Coast Service Options
P.O. Box 2009
Mechanicsburg, PA 17055-0709

Redeterminaciones

First Coast Service Options
P.O. Box 3411
Mechanicsburg, PA 17055-1850

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options
P.O. Box 3412
Mechanicsburg, PA 17055-1851

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.
QIC Parte B South
P.O. Box 45300
Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options
P.O. Box 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825
FloridaB@fcso.com
[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment
P.O. Box 3409
Mechanicsburg, PA 17055-1849

Asuntos médicos

Medical Affairs
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419
medicalaffairs@guidewellsources.com

MSP

First Coast Service Options
P.O. Box 2009
Mechanicsburg, PA 17055-0709

Intercambio electrónico de datos (EDI)

First Coast Service Options Inc.
PO Box 3703
Mechanicsburg, PA 17055-1861

Sobrepagos

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 3092
Mechanicsburg, PA 17055-1810

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints
P.O. Box 3419
Mechanicsburg, PA 17055-1859

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida
P.O. Box 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Sitios web

Proveedor

[First Coast Service Options Inc.](#) (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare
Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)
[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)
[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

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 del SPOT

855-416-4199
FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

First Coast Service Options
P.O. Box 2004
Mechanicsburg, PA 17055-0709

Redeterminaciones

First Coast Service Options
P.O. Box 3412
Mechanicsburg, PA 17055-1851

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 3412
Mechanicsburg, PA 17055-1851

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 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825
askFloridaB@fcsso.com
[Formulario](#)

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment
P.O. Box 3409
Mechanicsburg, PA 17055-1849

Asuntos médicos

Medical Affairs
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419
medicalaffairs@guidewellsources.com

MSP

First Coast Service Options
P.O. Box 2004
Mechanicsburg, PA 17055-0700

Intercambio electrónico de datos(EDI)

First Coast Service Options Inc.
Attention: JN EDI
PO Box 3703
Mechanicsburg, PA 17055-1861

Sobrepagos

First Coast Service Options
P.O. Box 3121
Mechanicsburg, PA 17055-1831

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach
2020 Technology Parkway Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.
JN Part A and B Complaint Processing Unit P.O. Box 3419
Mechanicsburg, PA 17055-1859

Solicitudes Freedom of Information Act

First Coast Service Options Inc.
JN FOIA requests
P.O. Box 3425
Mechanicsburg, PA 17055-1825

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.
2020 Technology Parkway
Suite 100
Mechanicsburg, PA 17050-9419

Sitios web

Proveedor

[First Coast Service Options Inc.](#) (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare
Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)
[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)
[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)



Medicare A y B Al Día

**First Coast Service Options, Inc
P.O. Box 3411
Mechanicsburg, PA 17055-1850**

Attention Billing Manager