

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Julio 2017



## En esta edición

DMEPOS: Pago por los accesorios utilizados con las sillas de ruedas de rehabilitación complejas del grupo 3 efectivo a partir del 1 de julio .....	5
Actualización trimestral de octubre para corregir ediciones de iniciativas de codificación .....	17
Macugen (inyección de sodio pegaptanib) - LCD retirada de la Parte B.....	19

## MLN Connects® – Noticias del Proveedor - Edición Especial

Jueves 13 de julio de 2017

### En esta edición:

- [Paciente Ambulatorio de Hospital, ASC: CMS Propone Cambios de Política y Tasa de 2018](#)
- [Tarifas Fijas para Médicos: CMS Propone Actualizaciones de Pago y Políticas para 2018](#)

### Paciente Ambulatorio de Hospital, ASC: CMS Propone Cambios de Política y Tasa de 2018

#### El reglamento propuesto y la Solicitud de Información promueven mejoras en la calidad, la accesibilidad y la asequibilidad del cuidado

El 13 de julio, CMS emitió una propuesta de reglamento que actualiza los cambios a las tasas de pago y política en el Sistema de Pago Prospectivo Hospitalario para Pacientes Ambulatorios (OPPS) y el Sistema de Pagos del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC). El reglamento propuesto es uno de varios para el 2018 que reflejan una estrategia más amplia para aliviar las cargas regulatorias para los proveedores; apoyar la relación médico-paciente en el cuidado de la salud; y promover la transparencia, la flexibilidad y la innovación en la prestación del cuidado.

El sistema de pago de OPPS y ASC se actualiza

anualmente para incluir cambios en las políticas de pago, tasas de pago y provisiones de calidad para los pacientes de Medicare que reciben cuidados en los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital o reciben cuidados en los centros quirúrgicos. Entre las disposiciones de este reglamento, CMS está proponiendo cambiar la tasa de pago de ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare comprados por los hospitales a través del programa 340B. El reglamento propuesto también incluye una provisión que aliviaría algunas de las cargas que los hospitales rurales experimentan en la contratación de médicos al imponer una moratoria de dos años sobre el requisito de supervisión directa actualmente en vigor en hospitales rurales y hospitales de acceso crítico. Además, CMS está publicando dentro del reglamento propuesto una Solicitud de Información para recibir comentarios continuos acerca de flexibilidades y eficiencias en el programa de Medicare .

### Para más información vaya a (en inglés):

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

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto del [Comunicado de Prensa](#) (emitido el 13 de julio).

### Tarifas Fijas para Médicos: CMS Propone Actualizaciones de Pago y Políticas para 2018

Ver **MLN**, en la página 8



[medicareespanol.fcso.com](http://medicareespanol.fcso.com)



**Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante**

## Partes A y B

MLN Connects® – Noticias del Proveedor - Edición Especial.....	1
<b>Noticias de facturación</b>	
Revisión de la tasa de interés de pago puntual.....	3
Indicador de QMB en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de cobro por servicios de Medicare.....	3
<b>MMA</b>	
Corrección menor del 'Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare'.....	4
<b>Noticias de proveedores</b>	
Plan Nacional y Sistema de Enumeración del Proveedor Modernizado.....	4
<b>Noticias de tarifas</b>	
DMEPOS: Pago por los accesorios utilizados con las sillas de ruedas de rehabilitación complejas del grupo 3 efectivo a partir del 1 de julio.....	5
<b>Recursos preventivos</b>	
Detección de infección del virus de hepatitis B.....	5
<b>Recursos Educativos</b>	
Calendario de eventos.....	6
MLN Connects® para el 29 de junio de 2017.....	7
MLN Connects® para el 6 de julio de 2017.....	7
MLN Connects® para el 13 de julio de 2017.....	8
MLN Connects® para el 20 de julio de 2017.....	9
<b>Parte A</b>	
<b>PARD</b>	
SSI/datos del beneficiario de Medicare para el FY 2015 para hospitales del IPPS, IRFs, y LTCH.....	10
Revisiones de la S-10 del año fiscal 2014.....	10
<b>Inscripción de proveedores</b>	
Actualizaciones del sistema relacionadas con el requerimiento de inscripción de hospital.....	11
<b>SNF</b>	
Pagos del FY 2018 y subsiguiente a los SNFs que no envían los datos de calidad requeridos.....	11
<b>Determinaciones Locales de Cobertura Parte A.....</b>	12
<b>Revisión a las LCD existentes</b>	
Clorhidrato de bendamustina (Treanda®, Bendeka™) -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	13
Mamografía de Detección y Diagnóstico -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	13
Trastuzumab (Herceptin®) -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	13

## LCD retiradas

Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....	14
Bevacizumab intravítreo (Avastin®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....	14
Ranibizumab (Lucentis®) -- LCD retirada de la Parte A y Parte B.....	14
<b>Borrador de LCD</b>	
Angioplastia no coronaria y no cerebrovascular con o sin colocación de stent -- borrador de LCD retirado de la Parte A y Parte B.....	15
<b>Contactos Parte A.....</b>	16
<b>Parte B</b>	
<b>NCCI</b>	
Actualización trimestral de octubre para corregir ediciones de iniciativas de codificación).....	17
<b>Determinaciones Locales de Cobertura Parte B.....</b>	18
<b>LCD retiradas</b>	
Macugen (inyección de sodio pegaptanib) – LCD retirada de la Parte B.....	19
<b>Re-aclaración a LCD existente</b>	
Hyaluronan o derivado, Gel-Syn (código HCPCS J7328) – re-aclaración de facturación.....	19
<b>Revisión a las LCD existentes</b>	
Clorhidrato de bendamustina (Treanda®, Bendeka™) -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	20
Mamografía de Detección y Diagnóstico -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	20
Trastuzumab (Herceptin®) -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	20
<b>LCD retiradas</b>	
Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....	21
Bevacizumab intravítreo (Avastin®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....	21
Ranibizumab (Lucentis®) -- LCD retirada de la Parte A y Parte B.....	21
<b>Borrador de LCD</b>	
Angioplastia no coronaria y no cerebrovascular con o sin colocación de stent -- borrador de LCD retirado de la Parte A y Parte B.....	22
<b>Contactos Parte B de Puerto Rico.....</b>	23
<b>Información de contacto Florida.....</b>	24
<b>Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....</b>	25

## Medicare A y B Al Día

### Publications staff

Maria Murdoch  
Marielba Cancel  
Terri Drury  
Mark Willett  
Robert Petty

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

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

Medicare Publications  
1-904-361-0723

*CPT® codes, descriptors, and other data only are copyright© 2016 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 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 under the Uniform Copyright Convention. 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.*

## Noticias de facturación

### Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2017 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2017.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El Departamento del Tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página web del Departamento del Tesoro en <https://www.fiscal.treasury.gov/fsservices/gov/pmt/promptPayment/rates.htm> (en inglés) para obtener la tasa correcta.

El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa de 2.375 por ciento está en efecto hasta el 31 de diciembre de 2017.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar

**Nota:** El contratista de Medicare informa el monto de los intereses de cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando se aplican los pagos de intereses.

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

### Indicador de QMB en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de cobro por servicios de Medicare

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9911 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9911  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de junio de 2017  
Fecha de efectividad: Reclamaciones procesadas a partir del 2 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3802CP  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

*La petición de cambio 9911 publica información acerca del indicador de beneficiario de Medicare calificado (QMB-qualified Medicare beneficiary) que modifica los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare para ayudar a los proveedores a identificar más fácilmente el estado de QMB de cada paciente. El artículo fue revisado el 29 de junio para reflejar una revisión de la CR 9911 emitida el 28 de junio. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR 9911 son revisados. También se realizaron clarificaciones en el segundo párrafo de la sección "Background". Toda la demás información sigue siendo la misma.*

#### Resumen

La petición de cambio 9911 publica información acerca del indicador de beneficiario de Medicare calificado (QMB-qualified Medicare beneficiary) que modifica los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare para ayudar a los proveedores a identificar más fácilmente el estado de QMB de cada paciente.

El archivo de trabajo común obtendrá indicadores de QMB que identifican el estado de QMB a los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare. Esta mejora del sistema provocará notificaciones a los proveedores (a través de la remesa de pago del proveedor) y a los beneficiarios (a través de la notificación resumida de Medicare) para reflejar que el beneficiario está inscrito en el programa de QMB y no tiene responsabilidad de costo compartido de Medicare.

#### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9911.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9911, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3802CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3802, CR 9911

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



**MMA**

## Corrección menor del 'Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare'

Número de *MLN Matters*®: MM10143  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10143  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de junio de 2017  
 Fecha de efectividad: 25 de julio de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3800CP  
 Fecha de implementación: 25 de julio de 2017

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10143.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10143, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3800CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3800, CR 10143

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

**Resumen**

La petición de cambio 10143 corrige errores tipográficos menores en el Capítulo 15, Sección 20.1.4 del *Medicare Claims Processing Manual* (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare).

No se prevé ningún cambio en la política, procesamiento o en el sistema. El cambio especifica el año que está asociado con la Ley de Modernización de Medicare de 2003.

**Información adicional**

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es

### Noticias de proveedores

## Plan Nacional y Sistema de Enumeración del Proveedor Modernizado

Número de *MLN Matters*®: SE 17016  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de junio de 2017  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A



<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17016.pdf>

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17016

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

**Resumen**

El Plan Nacional y Sistema de Enumeración del Proveedor (NPPES 3.0) ha sido modernizado, ahora cuenta con acceso unificado para los proveedores de tipo 1 y tipo 2.

**Beneficios del NPPES 3.0**

- Aumenta la seguridad
- Proporciona nueva funcionalidad de subrogación
- Interfaz de usuario más receptivo, y
- Simplifica el proceso de solicitud de identificador de proveedor nacional

**Información adicional**

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es

## Noticias de tarifas

# DMEPOS: Pago por los accesorios utilizados con las sillas de ruedas de rehabilitación complejas del grupo 3 efectivo a partir del 1 de julio

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están adoptando una nueva interpretación del estatuto que afecta cómo los ajustes al programa de tarifas fijas basados en la información de los programas de licitación competitiva se aplican a los accesorios de silla de ruedas utilizados con sillas de ruedas de rehabilitación complejas del grupo 3.

A partir del 1 de julio, los montos de las tarifas fijas para accesorios para sillas de ruedas y cojines de respaldo y asiento utilizados con las sillas de ruedas de rehabilitación de grupo 3 no se ajustarán utilizando la información del programa de licitación competitiva de equipo médico duradero, prósticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS).

Los montos de tarifas fijas se basarán en los montos de tarifas fijas no ajustados actualizados por la actualización de los artículos cubiertos de la lista de tarifas fijas anuales. Los proveedores deben seguir utilizando el modificador KU cuando factura accesorios de silla de ruedas y cojines de respaldo y asiento suministrados en relación con sillas de ruedas de rehabilitación complejas de grupo 3 con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2017.

Para más información, vea la publicación y [las preguntas frecuentes](#) (en inglés) en la página web del [Centro de DME](#) (en inglés).

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

## Recursos preventivos

# Detección de infección del virus de hepatitis B

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9859 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9859  
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de junio de 2017  
Fecha de efectividad: 28 de septiembre de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3804CP y R198NCD  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

*La petición de cambio 9859 provee que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid han determinado que, efectivo el 28 de septiembre de 2016, Medicare puede cubrir la detección de infección del virus de hepatitis B (HBV) bajo ciertas condiciones. Este artículo fue revisado el 9 de junio para reflejar una petición de cambio (CR) actualizada que cambió la fecha de implementación del 1 de enero de 2018 al 2 de enero de 2018. Toda la demás información permanece sin cambios. Este artículo fue revisado de nuevo el 30 de junio para reflejar una CR 9859 actualizada.*

## Resumen

Efectivo para servicios prestados en o después del 28 de septiembre de 2016, Medicare puede cubrir la detección de infección del virus de hepatitis B (HBV), cuando se cumplan los requisitos, para beneficiarios que cumplan con cualquiera de las siguientes condiciones:

- Asintomático, adolescentes y adultas no embarazadas en alto riesgo de infección de HBV
- Primera visita prenatal está cubierta para mujeres embarazadas y luego re detección cuando den a

luz para aquellas con factores de riesgo nuevos o de continuidad

**Nota:** El Coseguro de Medicare y el deducible de la Parte B no se aplican para este servicio preventivo adicional.

## Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9859.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9859, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3804CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R198NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 y 100-03, Transmittal 3804 y 198, CR 9859

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

**Recursos educativos**

**Calendario de eventos**

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

**Agosto de 2017**

Servicios de E/M: Documentando visitas a la oficina (B)

Cuando: 9 de agosto de 2017  
 Hora: 10:00-11:30 AM ET  
 Tipo: *Webcast*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0377870.asp>

Zapatos para diabéticos - Un webinar de colaboración de MAC A/B y MAC de DME

Cuando: 16 de agosto de 2017  
 Hora: 12:30 PM-2:00 PM ET  
 Tipo: *Webcast*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0381846.asp>

Cumbre de Medicare acerca de Salud en el Hogar y Hospicio

Cuando: 23 y 24 de agosto de 2017  
 Hora: 10:00 AM-4:00 PM ET día 1, 9:00 AM-4:00 PM día 2  
 Tipo: *Cara a cara*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Puerto Rico

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0381643.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](http://www.fcsouniversity.com). Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo "My Courses" a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** Es necesario abrir una cuenta completando por internet el **Formulario de solicitud de cuenta del usuario** (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar "9999" en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

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

**Nota:**

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_  
 Título del registrante: \_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de email: \_\_\_\_\_  
 Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

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



## MLN Connects® para el 29 de junio de 2017

[MLN Connects® para el 29 de junio de 2017](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

### Noticias y anuncios

- Nuevo Número de Medicare: Prepare sus Sistemas para Abril de 2018
- DMEPOS: Pago por los Accesorios Complejos para Sillas de Ruedas de Rehabilitación Compleja del Grupo 3 Efectivo el 1 de Julio
- Actualización Trimestral del Proveedor

### Cumplimiento del proveedor

- Evaluación y Manejo: Codificación Correcta

### Próximos eventos

- Sesión de Escucha de Reglamentación Propuesta del Programa de Pago de Calidad Año 2 -- 5 de julio
- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca de Autorización Previa de DMEPOS -- 6 de julio
- QIP de ESRD: Revisión de los Datos de Rendimiento

del PY 2018 de su Centro -- 10 de julio

- Convocatoria a Creando y Verificando Su Identificador de Proveedor Nacional -- 12 de julio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Hoja Informativa de Servicios de Integración de la Salud del Comportamiento -- Nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Servicios de Evaluación y Manejo -- Nuevo
- Convocatoria a Cuidado de la Demencia: Grabación de Audio y Transcripción -- Nuevo
- Hoja Informativa acerca de Privacidad Médica de la Información de Salud Protegida -- Revisado
- Bases de Medicare: Herramienta Educativa de Acrónimos Comúnmente Utilizada -- Revisado

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

## MLN Connects® para el 6 de julio de 2017

[MLN Connects® para el 6 de julio de 2017](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

### Noticias y anuncios

- ESRD: Cambios Propuestos a la Política y Tasa de Pago de 2018
- QIP de ESRD: Prepárese para el Periodo de Revisión del PY 2018
- QPP: Nuevos Recursos para Ayudar a los Médicos a Participar en el MIPS
- QPP: Nueva Página Web para Médicos en Áreas Pequeñas, Rurales, o Desatendidas
- Programa de Pagos Abiertos Publica Datos Financieros de 2016

### Cumplimiento del proveedor

- Servicios Quiroprácticos: Alta Tasa de Pago Incorrecto dentro de Medicare FFS Parte B

### Próximos eventos

- QIP de ESRD: Convocatoria a Revisión de los Datos de Rendimiento del PY 2018 de su Centro -- 10 de julio
- Convocatoria a Creando y Verificando Su Identificador de Proveedor Nacional -- 12 de julio

- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca de Autorización Previa de DMEPOS -- 6 de julio
- Webinar acerca de Evaluar Su Habilidad de Apoyar el Auto-Manejo del Paciente -- 19 de julio
- QIP de ESRD: Sesión de Escucha de la Reglamentación Propuesta para el Año de Pago 2021 -- 26 de julio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca del Plan Nacional Modernizado y el Sistema de Enumeración del Proveedor -- Nuevo
- Video acerca de Control de Infecciones: Higiene de las Manos -- Nuevo
- Folleto de PECOS para Organizaciones de Proveedores y Suplidores -- Recordatorio
- Hoja Informativa acerca de los Servicios de Visión de Medicare -- Recordatorio
- Inmunizadores en Masa y Folleto de Listas de Facturación -- Recordatorio

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 13 de julio de 2017

MLN Connects® para el 13 de julio de 2017

Veá esta edición como un PDF 

### Noticias y anuncios

- Tarjetas Nuevas de Medicare con Números Nuevos: 3 Cambios Que Usted Necesite Hacer
- Guía de Implementación de QRDA III Disponible
- Programa de Pago de Calidad: Ver Grabaciones Recientes de Webinar
- Notificaciones de Alta Hospitalaria
- Revisiones de IPPS de Hospitales: S-10 del FY 2014
- Reconociendo el Día Nacional de Pruebas de VIH

### Cumplimiento del proveedor

- Video de OIG: Reportando Fraude a la Oficina del Inspector General

### Reclamaciones, precios y códigos

- Errata de ICD-10-CM Disponible

### Próximos eventos

- Convocatoria a Guía Interpretativa Revisada para Residencias de Ancianos y Nuevo Proceso de Encuesta – 25 de julio
- QIP de ESRD: Sesión de Escucha de la Reglamentación Propuesta para el Año de Pago 2021 – 26 de julio
- Webinar acerca de Capacitación de Actualización

del Reporte del Programa de Calidad de IRF – 15 de agosto

- Webinar acerca de Reporte Comparativo de Facturación en Drogas de Abuso – 23 de agosto

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Webcast de CLIA: Grabación de Audio y Transcripción – Nuevo
- Convocatoria de Apelaciones: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Folleto de Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados de Cuidado Agudo — Recordatorio
- Folleto de Sistema de Pago Prospectivo para Centros de Enfermería Especializada — Recordatorio
- Hoja Informativa de Tarifas Fijas de los Centros de Cirugía Ambulatoria — Recordatorio
- Hoja Informativa de Tarifas Fijas de Ambulancia – Recordatorio
- Hoja Informativa de Programa de Bonificación Médica en Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud – Recordatorio
- Herramienta Educativa de Conjunto de Productos y Recursos para Facturadores y Codificadores – Recordatorio

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

## MLN De la página 1

### El reglamento propuesto y la Solicitud de Información brindan flexibilidad, apoyan fuertes relaciones paciente-médico

El 13 de julio, CMS emitió una propuesta de reglamento que actualizaría el pago y las políticas de Medicare para médicos y otros clínicos que tratan a pacientes de Medicare en el CY 2018. El reglamento propuesto es uno de varios para el CY 2018 que reflejan una estrategia más amplia para aliviar las cargas regulatorias para los proveedores; apoyar la relación médico-paciente en el cuidado de la salud; y promover la transparencia, la flexibilidad y la innovación en la prestación del cuidado.

Las Tarifas Fijas para Médicos se actualizan anualmente para incluir cambios en las políticas de pago, tasas de pago y provisiones de calidad para los servicios proporcionados a los beneficiarios de Medicare. Este reglamento propuesto ofrecería un mayor potencial para la modernización del sistema de pagos y busca comentarios del público acerca de la reducción de las cargas administrativas para proporcionar cuidados al paciente, incluyendo visitas, administración de cuidados y servicios de telemedicina. El reglamento adopta medidas

para alinear mejor los incentivos y proporcionar a los médicos clínicos una transición más suave al nuevo Sistema de Pago por Incentivos basado en el Mérito bajo el Programa de Pago de Calidad. El reglamento estimula una competencia más equitativa entre los hospitales y las prácticas de los médicos mediante la promoción de una mayor alineación de pagos y mejorará el pago de los servicios de salud del comportamiento basados en la oficina que suelen ser los servicios de terapia y asesoramiento utilizados para tratar la adicción a los opiáceos y otros trastornos por uso de sustancias. Además, el reglamento propuesto hace propuestas adicionales para implementar el modelo ampliado del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare de Innovación de los Centros de Medicare y Medicaid a partir de 2018.

### Para más información vaya a (en inglés):

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

Veá el texto completo (en inglés) de este extracto del [Comunicado de Prensa](#) (emitido el 13 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 20 de julio de 2017

MLN Connects® para el 20 de julio de 2017

Vea esta edición como un PDF 

### Noticias y anuncios

- Reglamentación Final de las CoP de la Agencia de Servicios de Salud en el Hogar: Fecha de Efectividad Extendida hasta el 13 de enero de 2018
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Cartas de Incumplimiento
- Programa de Reporte de Calidad de IRF: Cartas de Incumplimiento
- Programa de Reporte de Calidad de LTCH: Cartas de Incumplimiento
- Programa de Reporte de Calidad de SNF: Cartas de Incumplimiento
- Datos del Programa de Reporte de Calidad de IRF, LTCH, y SNF vencen el 15 de agosto
- Nuevo PEPPER Disponible para Agencias de Salud en el Hogar y Programas de Hospitalización Parcial
- Hospitales: Guía de Implementación de QRDA de Categoría I de 2018
- Desmantelamiento de Fraude del Cuidado de la Salud: Cargos en Contra de Individuos Responsables de \$1.3 Miles de Millones en Fraude

### Cumplimiento del proveedor

- Facturación por Trasplantes de Células Madre

### Reclamaciones, precios y códigos

- Médicos: Cruce de Reclamaciones de Medicare Parte B Atado al Código de Error H31312

### Próximos eventos

- Llamada acerca de Guía Interpretativa Revisada para Residencias de Ancianos y Nuevo Proceso de

Encuesta — 25 de julio

- QIP de ESRD: Sesión de Escucha de la Reglamentación Propuesta para el Año de Pago 2021 – 26 de julio
- Sesión de Escucha – Nuevas Propuestas para RHCs y FQHCs acerca de Servicios de Manejo de Cuidado y Asignaciones de ACO — 1 de agosto
- Sesión de Escucha acerca de Expansión del Modelo del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare — 16 de agosto
- Llamada acerca de la Ley IMPACT: Visión General de la Revisión del Régimen de Medicamentos para el Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar — 17 de agosto
- Webinar de Capacitación de Repaso del Programa de Reporte de Calidad de LTCH — 22 de agosto

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Sesión de Escucha del Programa de Pago de Calidad: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Boletín del Cumplimiento Trimestral del Proveedor de Medicare [Volumen 7, Edición 4] Herramienta Educativa — Nuevo
- Video acerca de Conceptos Básicos de Medicare: Visión General de Reclamaciones de las Partes A y B — Recordatorio
- Hoja Informativa de Servicios de Manejo de Cuidado Crónico — Recordatorio

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

### Iniciativa de Eliminación del Número de Seguro Social (SSNRI)

El Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA) de 2015, requiere que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) eliminen los números de Seguro Social (SSNs) de todas las tarjetas de Medicare para abril de 2019. Un nuevo Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) reemplazará el Número de Reclamación de Seguro de Salud (HICN) basado en el SSN en las nuevas tarjetas de Medicare para transacciones de Medicare como facturación, estado de elegibilidad y estado de reclamación.

La distribución de nuevas tarjetas de Medicare comenzará en abril de 2018. Los siguientes recursos (en inglés) están disponibles para prepararle para este cambio en: [https://medicareespanol.fcso.com/pautas\\_envio\\_reclamacion/0380241.asp](https://medicareespanol.fcso.com/pautas_envio_reclamacion/0380241.asp)



**PARD**

## SSI/datos del beneficiario de Medicare para el FY 2015 para hospitales del IPPS, IRFs, y LTCH

Número de *MLN Matters*®: MM10026  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10026  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de junio de 2017  
 Fecha de efectividad: 31 de julio de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1863OTN  
 Fecha de implementación: 31 de julio de 2017

### Resumen

La petición de cambio 10026 proporciona información acerca de los ingresos de seguridad suplementaria (SSI) actualizados y los datos del beneficiario de Medicare para el año fiscal (FY) 2015, utilizados para determinar el ajuste desproporcionado de las acciones para los hospitales del sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS), y el ajuste al paciente de bajos recursos para centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) así como los pagos aplicables a las descargas de hospitales de cuidado prolongado (LTCH). Los datos se utilizan para propósitos de establecimiento para hospitales del IPPS e IRFs con períodos de reporte de costos que comienzan durante el año fiscal 2015, a menos que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid indiquen lo contrario.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10026.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10026, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1863OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1863, CR 10026

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

## Revisiones de la S-10 del año fiscal 2014

### Los reportes de costos modificados deben recibirse antes del 30 de septiembre de 2017

Algunos hospitales del sistema de pago prospectivo para pacientes internos (IPPS) han solicitado a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindarles una oportunidad adicional para revisar la hoja de trabajo S-10 presentada con sus reportes de costos del año fiscal (FY) 2014 (iniciando en o después del 1 de octubre de 2013 y antes del 1 de octubre de 2014).

Los reportes de costos modificados del año fiscal 2014, debido a las presentaciones revisadas o iniciales de la hoja de trabajo S-10 recibida por los contratistas administrativos de Medicare (MAC) en o antes del 30 de septiembre de 2017, se cargarán en el sistema de información de reporte de costos del proveedor de atención médica (HCRIS) en diciembre de 2017.

Los proveedores deben seguir los requerimientos actuales para la presentación electrónica de los reportes de costos

que se encuentran en 42 CFR §413.24(f)(4), lo cual incluye presentar:

- Hoja impresa de un resumen del acuerdo
- Declaración de ciertos totales de hoja de trabajo que se encuentran dentro del archivo electrónico
- Declaración firmada por su administrador o director financiero que certifique la exactitud del archivo electrónico o el reporte de costos preparado manualmente

Las solicitudes para enmendar o presentar la hoja de trabajo S-10 del FY 2014 recibidas después del 30 de septiembre de 2017, seguirán siendo aceptadas bajo los plazos y procedimientos normales. Las revisiones a la hoja de trabajo S-10 de otros años fiscales, las revisiones a otras hojas de trabajo de los reportes de costos del año fiscal 2014 o las revisiones de la hoja de trabajo S-10 por los hospitales que no pertenecen al IPPS no están sujetas a esta instrucción.

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

## Inscripción de proveedores

# Actualizaciones del sistema relacionadas con el requerimiento de inscripción de hospital

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9907  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9907  
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de febrero de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R1783OTN  
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

### Resumen

Los proveedores de hospital deben incluir todas las ubicaciones de práctica en el formulario de inscripción CMS-855A. La petición de cambio (CR) 9907 anuncia que se debe identificar correctamente a los departamentos fuera del campus de pacientes ambulatorios de un servicio de un proveedor que estén bajo la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2015 (§603).

Si se presenta una reclamación hospitalaria con una ubicación de centro del servicio que no fue incluida en el formulario de inscripción CMS-855A, la reclamación se devolverá al proveedor (RTP) hasta que se actualicen el formulario de inscripción CMS-855A y el sistema de procesamiento de reclamaciones.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9907.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9907, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en

<http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1783OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1783, CR 9907

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

## SNF

# Pagos del FY 2018 y subsiguiente a los SNFs que no envían los datos de calidad requeridos

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9944  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9944  
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de julio de 2017  
Fecha de efectividad: 14 de agosto de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R67QRI  
Fecha de implementación: 14 de agosto de 2017

### Resumen

La petición de cambio 9944 recuerda a los centros de enfermería especializada (SNF) las reducciones de pago en el año fiscal (FY) 2018 y cada año subsiguiente, para los SNF que no envían los datos de calidad requeridos a Medicare. A partir del FY 2018 y cada año subsiguiente, si un SNF no presenta los datos de calidad requeridos, sus tasas de pago para el año se reducen en dos puntos porcentuales para ese año fiscal.

Su contratista administrativo de Medicare le notificará por carta si su SNF no cumplía con los requisitos de QRP y, por lo tanto, está sujeto a la reducción de pago.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9944.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9944, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R67QRI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 67, CR 9944

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

## Determinaciones Locales de Cobertura

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 locales de cobertura (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 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 – 19T  
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](https://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp), le ayuda a encontrar la información de cobertura que usted necesita de manera rápida y fácil. Simplemente ingrese un código de procedimiento, palabra clave, o el número identificador de la LCD, haga clic en el botón correspondiente, y la aplicación mostrará automáticamente enlaces a cualquier LCD aplicable a los parámetros que usted especificó. Lo mejor de todo, dependiendo de la velocidad de su conexión, el proceso de búsqueda de LCD puede ser completado en menos de 10 segundos.

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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



## Revisión a las LCD existentes

### Clorhidrato de bendamustina (Treanda<sup>®</sup>, Bendeka<sup>™</sup>) -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número: L33268 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para clorhidrato de bendamustina (Treanda<sup>®</sup>, Bendeka<sup>™</sup>) fue revisada para añadir la indicación “linfoma no hodgkiniano (NHL) - Leucemia/Linfoma de células T para Adultos” a las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la sección de la LCD bajo “Indicaciones fuera de etiqueta”. Además, los códigos C91.50 y C91.52 de ICD-10-CM fueron añadidos a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) J9033 y J9034. Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 6 de julio de 2017**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

### Mamografía de Detección y Diagnóstico -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número: L36342 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la petición de cambio (CR) 9982 (ICD-10 Revisiones de Codificación a la Determinación Nacional de Cobertura [NCDs]), la determinación de cobertura local (LCD) fue revisada para añadir el código de diagnóstico ICD-10-CM: Z86.000 para los códigos G0204, G0206, y G0279 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones

procesadas **en o después del 3 de julio de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2017**. 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

### Trastuzumab (Herceptin<sup>®</sup>) — revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número: L34026 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en una solicitud de reconsideración de determinación de cobertura local (LCD), la LCD para trastuzumab (Herceptin<sup>®</sup>) fue revisada en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para agregar los códigos C16.1 -C16.9. También se revisó la LCD en la sección “Directrices de Utilización” de la LCD bajo “Dosificación y Administración” para eliminar el suministro de 440 mg por vial y reemplazarlo con las etiquetas actuales de formas de dosificación y fortalezas de la Food and Drug Administration (FDA); vial de dosis única de 150 mg y vial de dosis múltiple de 420 mg. Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 14 de julio de 2017**. 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

## LCD retiradas

## Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L33280 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en una revisión de análisis de datos de una determinación de cobertura local (LCD) de collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®), se determinó que esta LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCDs es efectivo para servicios prestados **en o después del 6 de julio de 2017**. 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

## Bevacizumab intravítreo (Avastin®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L33504 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para bevacizumab intravítreo (Avastin®) está siendo retirada basado en el desarrollo de la nueva LCD (L36962) de inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas.

### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**.

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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

## Ranibizumab (Lucentis®) -- LCD retirada de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L33407 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) está siendo retirada basado en el desarrollo de la nueva LCD (L36962) de inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas.

### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**.

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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

**Borrador de LCD**

## Angioplastia no coronaria y no cerebrovascular con o sin colocación de stent -- borrador de LCD retirado de la Parte

### LCD ID número: DL 36971 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Se está retirando el borrador de determinación de cobertura local (LCD) para angioplastia no coronaria y no cerebrovascular con o sin colocación de stent. El borrador de LCD fue publicado para el período de comentarios de 45 días de la semana del 19 de septiembre de 2016, que

fue visible para el público el 29 de septiembre de 2016.

El contratista quisiera dar las gracias a quienes presentaron comentarios; sin embargo, debido a múltiples cambios en el descriptor de codificación y nuevos códigos implementados con la actualización anual de 2017 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), el contratista ha retirado el actual borrador de LCD.



## Números telefónicos

### First Coast Service Options

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

#### Servicio al cliente

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

**888-664-4112** (FL/USVI)

**877-908-8433** (Puerto Rico)

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

**888-216-8261** (TTY-Puerto Rico)

#### Intercambio electrónico de datos

**888-670-0940** (FL/USVI)

**888-875-9779** (Puerto Rico)

#### Sistema de respuesta automática

**877-602-8816**

#### Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

#### Pagos en exceso

904-791-6281

#### Asistencia técnica de SPOT

[FCSOSPOTHelp@fcsso.com](mailto:FCSOSPOTHelp@fcsso.com)

855-416-4199

#### Sitios web

[medicare.fcsso.com](http://medicare.fcsso.com)

[medicareespanol.fcsso.com](http://medicareespanol.fcsso.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@fcsso.com](mailto:AskFloridaA@fcsso.com)

#### Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

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 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

#### Redeterminaciones

##### Florida:

Medicare Part A. Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

##### Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

#### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc. QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

#### Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

### Aseguradoras regionales de equipo

médico duradero (DMERC) DME,

dispositivos ortóticos y prótesis,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

### Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

### Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

## Contacte a CMS

### Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) ([www.cms.gov](http://www.cms.gov))

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, división de administración financiera y operaciones de tarifa fija [ROATLFM@CMS.HHS.GOV](mailto: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)



NCCI

## Actualización trimestral de octubre para corregir ediciones de iniciativas de codificación

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10183  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10183  
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de julio de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3807CP  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) desarrollaron la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) para promover metodologías correctas de codificación y para controlar la codificación inadecuada que conduce al pago inapropiado en las reclamaciones de Medicare de la Parte B. Cada trimestre, CMS actualiza las tablas de pares de códigos. CMS publicó recientemente las tablas de pares de códigos de octubre de 2017 para que los proveedores revisaran antes de presentar reclamaciones.

Las ediciones de pares de códigos de procedimiento a procedimiento (PTP) de NCCI son ediciones de prepago automatizadas que impiden el pago impropio cuando se presentan ciertos códigos juntos.

First Coast Service Options Inc. ha desarrollado [este tutorial para ayudarle a reducir el número de reclamaciones denegadas](#) debido a pares de códigos de NCCI incorrectos.

Las políticas de codificación desarrolladas se basan en las convenciones de codificación definidas en el manual de *Current Procedural Terminology* de la Asociación Médica Americana, políticas y ediciones nacionales y locales, directrices de codificación desarrolladas por las sociedades nacionales, análisis de la práctica médica y quirúrgica estándar y revisión de la práctica actual de codificación.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10183.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10183, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3807CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3807, CR 10183

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



## Determinaciones Locales de Cobertura

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 locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <https://medicareespanol.fcsso.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 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.fcsso.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 – 19T  
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.fcsso.com/coberturas\\_medicas/lcd\\_search.asp](https://medicareespanol.fcsso.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**.

## LCD retiradas

### Macugen (inyección de sodio pegaptanib) – LCD retirada de la Parte B

#### Identificador de LCD: L33919 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para macugen (inyección de sodio pegaptanib) está siendo retirada basado en el desarrollo de la nueva LCD (L36962) de inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas.

#### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados en o después del 24 de julio de 2017.

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>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

## Re-aclaración a LCD existente

### Hyaluronan o derivado, Gel-Syn (código HCPCS J7328) – re-aclaración de facturación

Un artículo que aclaraba la facturación de Gel-Syn fue publicado previamente en el Boletín de marzo de 2017 de *Medicare A y B Al Día*, página 25.

Este artículo es para corregir la información que se publicó anteriormente. La dosis para Gel-Syn (código Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] J7328) se reembolsa por 0.1 mg. Dado que la dosis semanal para Gel-Syn es de 16,8 mg, las reclamaciones para el

código HCPCS J7328 se deben facturar con una cantidad facturada (Q/B) que refleja “01680”, que es equivalente a 168 unidades.

La facturación correcta del código HCPCS J7328 evitará un retraso en el procesamiento de las reclamaciones de los proveedores.

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



## Revisión a las LCD existentes

### Clorhidrato de bendamustina (Treanda<sup>®</sup>, Bendeka<sup>™</sup>) -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número: L33268 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para clorhidrato de bendamustina (Treanda<sup>®</sup>, Bendeka<sup>™</sup>) fue revisada para añadir la indicación “linfoma no hodgkiniano (NHL) - Leucemia/Linfoma de células T para Adultos” a las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la sección de la LCD bajo “Indicaciones fuera de etiqueta”. Además, los códigos C91.50 y C91.52 de ICD-10-CM fueron añadidos a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) J9033 y J9034. Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 6 de julio de 2017**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

### Mamografía de Detección y Diagnóstico -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número: L36342 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la petición de cambio (CR) 9982 (ICD-10 Revisiones de Codificación a la Determinación Nacional de Cobertura [NCDs]), la determinación de cobertura local (LCD) fue revisada para añadir el código de diagnóstico ICD-10-CM: Z86.000 para los códigos G0204, G0206, y G0279 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones

procesadas **en o después del 3 de julio de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2017**. 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

### Trastuzumab (Herceptin<sup>®</sup>) — revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número: L34026 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en una solicitud de reconsideración de determinación de cobertura local (LCD), la LCD para trastuzumab (Herceptin<sup>®</sup>) fue revisada en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para agregar los códigos C16.1 -C16.9. También se revisó la LCD en la sección “Directrices de Utilización” de la LCD bajo “Dosificación y Administración” para eliminar el suministro de 440 mg por vial y reemplazarlo con las etiquetas actuales de formas de dosificación y fortalezas de la Food and Drug Administration (FDA); vial de dosis única de 150 mg y vial de dosis múltiple de 420 mg. Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 14 de julio de 2017**. 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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



LCD retiradas

## Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L33280 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en una revisión de análisis de datos de una determinación de cobertura local (LCD) de collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®), se determinó que esta LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

**Fecha de vigencia**

El retiro de esta LCDs es efectivo para servicios prestados **en o después del 6 de julio de 2017**. 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

## Bevacizumab intravítreo (Avastin®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L33504 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para bevacizumab intravítreo (Avastin®) está siendo retirada basado en el desarrollo de la nueva LCD (L36962) de inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas.

**Fecha de vigencia**

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**.

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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

## Ranibizumab (Lucentis®) -- LCD retirada de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L33407 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) está siendo retirada basado en el desarrollo de la nueva LCD (L36962) de inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas.

**Fecha de vigencia**

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**.

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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

**Borrador de LCD**

## Angioplastia no coronaria y no cerebrovascular con o sin colocación de stent -- borrador de LCD retirado de la Parte

**LCD ID número: DL 36971 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Se está retirando el borrador de determinación de cobertura local (LCD) para angioplastia no coronaria y no cerebrovascular con o sin colocación de stent. El borrador de LCD fue publicado para el período de comentarios de 45 días de la semana del 19 de septiembre de 2016, que

fue visible para el público el 29 de septiembre de 2016.

El contratista quisiera dar las gracias a quienes presentaron comentarios; sin embargo, debido a múltiples cambios en el descriptor de codificación y nuevos códigos implementados con la actualización anual de 2017 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), el contratista ha retirado el actual borrador de LCD.



**Descubra los Beneficios de SPOT en los datos de elegibilidad**

Elegibilidad • Deducibles/Límites  
Preventivo • MSP • Plan de Cobertura  
Hospicio • Salud en el Hogar  
Paciente hospitalizado

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

email: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto: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

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: [askFloridaB@fcsso.com](mailto:askFloridaB@fcsso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: [medical.policy@fcsso.com](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su

contratista administrativo de CMS de Medicare

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto: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

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: [FloridaB@fcsso.com](mailto:FloridaB@fcsso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: [medical.policy@fcsso.com](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

### Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto: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

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: [askFloridaB@fcso.com](mailto:askFloridaB@fcso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: [medical.policy@fcso.com](mailto: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 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.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

<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**