

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Marzo 2012



## Características

Sobre esta publicación .....	3
Información para proveedores de Parte A y B.....	5
Recursos educacionales .....	8
Información para proveedores de la Parte A.....	9
Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....	15
Formulario para ordenar materiales de Parte A.....	20
Contactos de Parte A de Puerto Rico.....	21
Información para proveedores de la Parte B.....	22
Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....	27
Formulario para ordenar materiales de Parte B.....	32
Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	33

## El programa de pruebas de tasas de error (CERT) y servicios quiroprácticos

### Facturando terapias de mantenimiento como tratamiento activo

First Coast Service Options (FCSO) estima un índice de error de un 39 por ciento en pagos inapropiados para servicios quiroprácticos en el informe de CERT de noviembre 2011 para la jurisdicción 9. Estos errores de pago se relacionan a menudo con la facturación de servicios de manipulación quiropráctica que representa cuidado de mantenimiento.

El cumplimiento de los proveedores con las guías de cubiertas de Medicare para servicios quiroprácticos continúa siendo un problema significativo en Florida, Puerto Rico, las Islas Vírgenes Norteamericanas y la nación. De acuerdo con hallazgos nacionales, CMS solicitó a CERT que realizara un estudio especial sobre servicios quiroprácticos en el 2010. El estudio especial de CERT sobre servicios quiroprácticos en la jurisdicción 9 arrojó una tasa de error global de 86.91 por ciento. La gran mayoría de los servicios revisados fueron denegados debido a documentación insuficiente y por no ser médicamente razonables y necesarios.

Además, de los problemas de documentación, la razón primordial para los errores de pago en servicios quiroprácticos es que las terapias de mantenimiento son facturadas como tratamiento activo. Esto continúa siendo un problema, a pesar de que CMS implementó el modificador para tratamiento agudo en las reclamaciones sometidas para permitirle al proveedor diferenciar el tratamiento de mantenimiento del tratamiento activo.

Para ayudar a reducir y prevenir errores por pagos

inapropiados, FCSO está revisando datos para identificar a los beneficiarios que están recibiendo servicios quiroprácticos en intervalos de rutina por periodos de tiempo extendido y desarrollará éditos específicos para estos beneficiarios.

FCSO monitoreará los datos de apelaciones para estos éditos específicos de beneficiarios, permitiendo ajustes de éditos cuando sea indicado.

### Información adicional

FCSO tiene un módulo de adiestramiento en línea (WBT, según sus siglas en inglés) para servicios quiroprácticos disponible en FCSO University. Además, tiene información valiosa y enlaces a recursos sobre servicios quiroprácticos que se encuentran en el [sitio Web para proveedores de FCSO](#) y la [página de especialidad para servicios quiroprácticos](#). También, una Determinación Local de Cobertura (LCD, según sus siglas en inglés) fue desarrollada para asistir a los proveedores en determinar cuándo Medicare considera médicamente razonable y necesario la manipulación quiropráctica de la espina. La LCD, también provee guías sobre los requisitos de documentación. Para acceder la LCD de Florida, favor de hacer [clic aquí](#); y para Puerto Rico e Islas Vírgenes haga [clic aquí](#).

Fuente: Provider Outreach and Education



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

<b>Sobre esta publicación</b> .....	3
Actualización trimestral para proveedores .....	4
Formulario de inscripción a la publicación.....	4
<b>Partes A y B</b>	
<b>Ambulancia</b>	
Requisitos adicionales de inscripción para operadores de ambulancia aérea.....	5
<b>Cobertura y Reembolso</b>	
Terapia conductual intensiva para obesidad .....	5
<b>Intercambio Electrónico de Datos</b>	
CMS ha modificado el idioma incluido en RARC N103 cuando deniegan servicios .....	6
<b>HIPAA 5010</b>	
PWK retrasado .....	6
<b>Facturación</b>	
Pantallas de pregunta del proveedor sobre las fechas de elegibilidad servicios telehealth ...	7
<b>Inscripción del Proveedor</b>	
Formulario actualizado CMS-8550 permite ordenar y referir servicios para beneficiarios .....	7
<b>Recursos Educativos</b>	
Próximos eventos educativos .....	8
<b>Parte A</b>	
<b>Facturación</b>	
Nuevas mejoras del sistema permiten coleccionar el NPI del médico a nivel de línea .....	9
<b>Hospital</b>	
Hallazgos de los auditores de recuperación como resultado de necesidad médica .....	10
Actualización de enero de 2012 de OPPS .....	10
<b>Pagos Prospectivos</b>	
Actualización de OPPS de hospital de abril de 2012 .....	11
Especificaciones de I/OCE versión 13.1 de abril de 2012.....	11
<b>Gráficos</b>	
Datos de procesamiento de reclamación .....	12
<b>Determinaciones Locales de Cobertura</b>	
Tabla de contenido de LCD Parte A.....	15
<b>Ordenar materiales de Parte A</b> .....	20
<b>Contactos Parte A de Puerto Rico</b> .....	21
<b>Parte B</b>	
<b>HIPAA 5010</b>	
Esfuerzos de alcance de Medicare a pagadores suplementarios .....	22
<b>Inscripción del Proveedor</b>	
Instrucciones para procesar las sumisiones del formulario CMS-8550 .....	23
<b>Gráficos</b>	
Datos de procesamiento de reclamación .....	24
<b>Determinaciones Locales de Cobertura</b>	
Tabla de contenido de LCD Parte B .....	27
<b>Ordenar materiales de Parte B</b> .....	32
<b>Contactos Parte B de Puerto Rico</b> .....	33

## Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 3  
Marzo de 2012

### Publications staff

Elvyn Nieves  
Kathleen Cruz  
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© 2011 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-9 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2012 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. FCSO 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 and www.whitehouse.gov.*

## Sobre Esta Publicación

*Medicare A y B Al Día* es una publicación desarrollada por First Coast Service Options Inc. (FCSO) para proveedores en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

El equipo de publicaciones de Asistencia y Educación al Proveedor distribuye *Medicare A y B Al Día* mensualmente.

Las notificaciones importantes que requieren comunicación entre publicaciones serán publicadas en el sitio Web de educación al proveedor de Medicare de FCSO en <http://medicareespanol.fcso.com>. En algunos casos, algunos asuntos especiales adicionales que no fueron programados pueden ser publicados.

### ¿Quién recibe Medicare A y B Al Día?

Cualquiera puede ver, imprimir, o descargar *Medicare A y B Al Día* de nuestro sitio Web. Los proveedores que no puedan obtener *Medicare A y B Al Día* por Internet tienen que inscribirse con nosotros para recibir una copia impresa de cortesía.

La distribución de *Medicare A y B Al Día* en copia impresa está limitada a una copia por institución de salud, proveedores independientes, o grupos de asociaciones profesionales (PA) que han facturado al menos una reclamación de Parte A o B a Medicare para su procesamiento durante los últimos 12 meses antes de la publicación de esta edición. Los proveedores que cumplan con estos criterios son elegibles para recibir una copia de cortesía de esa edición, si una barrera técnica existe que los previene de obtenerla de la Internet y ellos nos han devuelto el formulario completo de inscripción. Los formularios de inscripción deben ser enviados anualmente o cuando se experimente un cambio de circunstancias que impacta el acceso electrónico.

Para copias adicionales, los proveedores pueden comprar una suscripción por separada anual en copia impresa (vea el formulario de orden al reverso de esta edición). Todas las ediciones publicadas en inglés desde 1997 pueden ser descargadas de la Internet libre de cargos.

Usamos la misma dirección de correo para toda la correspondencia, y no podemos designar que *Medicare A y B Al Día* sea enviada a una persona/

departamento específico dentro de la oficina de un proveedor. Para asegurar el recibimiento continuo de toda la correspondencia de Medicare, los proveedores deben mantener sus direcciones actuales con el departamento de Inscripción del Proveedor de Medicare. Recuerde que los cambios de dirección deben ser hechos usando el formulario CMS-855 apropiado.

### ¿Qué se encuentra en esta publicación?

*Medicare A y B Al Día* está dividida en secciones que informan sobre pautas generales y de cobertura, información específica para centros de salud, y categorías de especialidades:

La primera parte de esta publicación consiste en secciones de información administrativa y general, pautas de procesamiento, asuntos de facturación, y pautas de cobertura de Medicare aplicable a todos los proveedores de Medicare de Parte A y B.

Pautas de cobertura y asuntos de facturación enfocado en proveedores de Parte A y centros de salud incluido en secciones individuales.

Pautas de cobertura y asuntos de facturación enfocada en proveedores de Parte B y centros de salud incluida en secciones individuales.

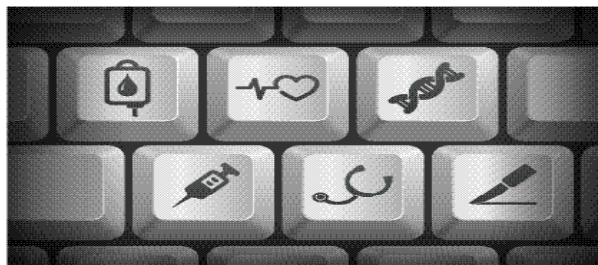
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

La sección de recursos educacionales incluye eventos y materiales educativos, tales como webcasts, seminarios, y formularios reproducibles.

Direcciones y números de teléfono importantes están al final de cada edición.

### Medicare A y B representa aviso formal de pólizas de cobertura

Los artículos incluidos en cada *Medicare A y B Al Día* representan aviso formal que pólizas de cobertura específica han o tomaran efecto en la fecha indicada. Se espera que los proveedores lean, entiendan, y se rijan por las pólizas descritas en este documento para asegurar el cumplimiento con la cobertura de Medicare y pautas de pago.



## Actualización trimestral para proveedores

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) publican la actualización trimestral de proveedores (QPU) al principio de cada semestre, con la finalidad de informar al público acerca de:

- Reglamentaciones y cambios de importancia en procedimientos que estén en proceso de desarrollo durante este trimestre
- Regulaciones y cambios de importancia que se hayan completado o cancelado
- Manuales de instrucciones nuevos/modificados.

Los reglamentos de CMS establecen o modifican la manera en que CMS administra el programa de Medicare. Estos reglamentos afectan tanto a proveedores como a suplidores que prestan servicios a los beneficiarios de Medicare.

Los proveedores pueden acceder a QPU en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.gov/QuarterlyProviderUpdates/>.

Los proveedores pueden suscribirse a la lista del correo electrónico de CMS-QPU para asegurarse de recibir a tiempo las notificaciones de todas las adiciones que se hagan a QPU. ❖

## Formulario de suscripción anual de la publicación Medicare A y B Al Día en copia impresa

Para recibir ediciones impresas gratis de la publicación de la Parte B, o correo electrónico, usted debe registrarse completando este formulario. Para recibir ediciones impresas de la publicación, **su formulario debe ser enviado por fax al 1-904-361-0723 antes del 7 de junio de 2012**. Los proveedores que no renueven la suscripción a más tardar el 7 de junio, no recibirán más versiones en copia impresa después de la edición de septiembre de 2012. El ciclo anual de la publicación empieza el 1 de octubre y termina el 30 de septiembre del año próximo.

Si a usted se le pasa la oportunidad de registrarse antes de la fecha de cierre, puede recibir copias impresas a través de una suscripción. El coste anual por una suscripción en copia impresa es \$33.

Por favor note que usted no está obligado a completar este formulario para tener acceso a la información editada en las publicaciones de la Parte B. Ediciones pasadas son disponibles gratis hasta 1997 en el sitio Web para proveedores de FCSO <http://medicareespanol.fcsso.com/Landing/142813.asp>.

**Nombre del proveedor/centro de salud:**

**Identificador nacional del proveedor (NPI) de Medicare:**

**Dirección postal:**

**Ciudad, estado, código postal:**

**Persona de contacto/título:**

**Número telefónico:**

**Número de fax:**

**Correo electrónico:**

**Justificación para necesitar ediciones en copia de papel:**

¿Tiene su oficina acceso a Internet?

SÍ  NO

¿Podría aceptar publicaciones a través de su correo electrónico?

SÍ  NO

**¿Tiene otras barreras técnicas o razones para necesitar las publicaciones en copia impresa?:**

**Tipo de inscripción:**

NUEVA  RENOVACIÓN

**Preferencia de Idioma:**

INGLÉS  ESPAÑOL

**Nota:** Los proveedores que califiquen recibirán una copia de cada publicación mensualmente.

**Envíe por fax su formulario completado a:**

Medicare Publications  
1-904-361-0723

**Por favor comparta con nosotros sus preguntas y/o preocupaciones relacionadas con esta iniciativa aquí abajo.**

Envíe sus preguntas a través del sitio Web para la educación al proveedor de Medicare al <http://medicareespanol.fcsso.com/comentarios/index.asp>. También puede enviar por fax sus preguntas o comentarios al 1-904-361-0723. Nuestro centro de servicio al cliente no podrá responder preguntas acerca de este formulario.

**Nuestro centro de contacto del proveedor no podrá responder preguntas sobre este formulario.**

## Ambulancia

### Requisitos adicionales de inscripción para operadores de ala fija y helicóptero de ambulancia aérea

Número de *MLN Matters*: MM7363 – Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 7363  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de febrero de 2012, 2011  
Fecha de efectividad: 3 de febrero de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R408PI  
Fecha de implementación: 9 de marzo de 2012

#### Resumen

Una regla final publicada en noviembre de 2010, establece que en un plazo de 30 días de cualquier revocación o suspensión de una licencia o certificación federal o estatal, incluyendo la certificación de la Federal Aviation Administration (FAA), el suplidor de ambulancia aérea debe reportar la revocación o suspensión de su licencia o certificación al contratista de Medicare correspondiente.



El proceso de evaluación del contratista de Medicare incluirá una evaluación de toda la documentación presentada con la aplicación de inscripción al proveedor CMS-855 B, y según apropiado, verificación con el sitio web del Federal Aviation Administration. Los contratistas denegarán o revocarán la inscripción de un suplidor de servicios de ambulancia aérea si no se mantiene la certificación FAA.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7363.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7363, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R408PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 000, CR 7363

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

## Cobertura y Reembolso

### Terapia conductual intensiva para la obesidad

Número de *MLN Matters*: MM7641 – Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: 7641  
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de marzo de 2012  
Fecha de efectividad: 29 de noviembre de 2011  
Número de transmisión de CR relacionado: R2421CP, R142NCD  
Fecha de implementación: 6 de marzo de 2012 para las ediciones no compartidas de sistema, 2 de julio de 2012 para las ediciones compartidas del sistema, CWF pantalla del proveedor, HICR, y los cambios MCSDT

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7641 informa a contratistas de Medicare sobre implementar cobertura de terapia conductual intensiva (IBT) para obesidad. Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 29 de noviembre de 2011, los beneficiarios de Medicare con obesidad, definido como índice de masa corporal (BMI) igual o mayor que 30 kg/m<sup>2</sup>, que sean competentes y estén alertas al momento en que la consejería sea provista y cuya consejería sea provista por un médico de cuidado primario calificado u otro profesional de la salud de cuidado primario en un ambiente de cuidado primario, son elegibles para:

- Una visita cara a cara cada semana por el primer mes;

(Continúa en la página siguiente)

## Terapia (continuación)

- Una visita cara a cara cada dos semanas para los meses 2-6; y
- Una visita cara a cara cada mes para los meses 7-12, si el beneficiario alcanza la pérdida de peso requerida de 3kg (6.6 lbs) durante los primeros 6 meses.

El coaseguro de Medicare y el deducible de la Parte B son eliminados para este servicio.

Efectivo el 29 de noviembre de 2011, Medicare reconocerá el código HCPCS G0447 (consejería conductual cara a cara para obesidad, 15 minutos). G0447 debe ser facturado junto con uno de los

códigos ICD-9 para un BMI mayor de 30.0 (V85.30-V85.39, V85.41-V85.45).

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7641.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7641, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2421CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2421, CR 7641

**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.

## Intercambio Electrónico de Datos

### CMS ha modificado el idioma incluido en RARC N103 cuando deniegan servicios para beneficiarios encarcelados federalmente

Número de *MLN Matters*: MM7678

Número de petición de cambio relacionado: 7678

Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de marzo de 2012

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado:

R1054OTN

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

## Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7678, la cual le informa a los contratistas de Medicare que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) está modificando el código de comentario de la remesa de pago (RARC) N103. El idioma revisado de la versión modificada de RARC N103 clarifica la denegación de reclamaciones de

servicios prestados para beneficiarios encarcelados por el gobierno federal.

CR 7678 está limitado a proveedores facturando por servicios para beneficiarios mientras están en custodia federal, estatal o local.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7678.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7678, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1054OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1054, CR 7678

**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.

## HIPAA 5010

### PWK retrasado

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están retrasando la implementación del segmento PWK (paperwork) de X12N versión 5010. PWK debía ser implementado el 1 de abril de 2012, vía las peticiones de cambio 7041, 7306, y 7330. El retraso está siendo iniciado para tratar las preocupaciones acerca del sistema y los impactos traídos por los contratistas administrativos de Medicare (MAC). Los MAC continuarán trabajando a través de la prueba de aceptación de usuario de PWK mientras se tratan las preocupaciones e impactos. CMS comunicará la fecha de implementación revisada una vez sea determinada.

El retraso PWK no afecta ningún proceso actual en función para el envío de documentación adicional con sus reclamaciones.

Fuente: TDL 12303

## Facturación

### Pantallas de pregunta del proveedor sobre las fechas de elegibilidad de los servicios de telehealth

Número de *MLN Matters*: SE1209  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Este artículo de edición especial provee información adicional relacionada a los servicios de telehealth previamente descritos en la petición de cambio (CR) 7049. El CR 7049 añadió 14 códigos a la lista de servicios de telehealth de sitio distante de Medicare. Algunos de aquellos servicios tienen limitaciones de frecuencia. Cuando los proveedores envían preguntas a Medicare, los sistemas de Medicare responden con las pantallas de pregunta del proveedor. Estas pantallas de pregunta proveerán la fecha en la cual el beneficiario está próximo a ser elegible para estos servicios de frecuencia limitada.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1209.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1209

**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.

## Inscripción del Proveedor

### Formulario actualizado CMS-8550 le permite a los profesionales elegibles ordenar y referir servicios para beneficiarios de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1208  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Profesionales elegibles quienes ordenen o refieran artículos/servicios para beneficiarios de Medicare y quienes no tienen un registro de inscripción en el Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) deben inscribirse ahora para continuar ordenando/refiriendo esos artículos o servicios. Sin embargo, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) le permite a esos profesionales inscribirse en el programa de Medicare con el único propósito de ordenar y referir servicios específicos para beneficiarios de Medicare.

La sumisión y aprobación del formulario completado CMS-8550 o su equivalente basado en la Internet PECOS registrará/inscribirá el médico u otro profesional elegible en el programa de Medicare con el único propósito de ordenar y referir servicios específicos para beneficiarios de Medicare.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1208.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1208

**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.

## Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

### Abril, mayo

Encuéntrelo más rápido: sitio Web de FCSO para proveedores de Medicare (A)

Cuando: 30 de abril

Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

**Idioma en que se ofrece el evento:** español

**Dirigido a:** Puerto Rico

Manteniéndole informado: seminario de actualización de Medicare 2012 (A/B)

Cuando: 1 de mayo

Hora: 9:00 a.m.-1:00 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés

**Dirigido a:** Islas Vírgenes de EE.UU

Inscripción para PS&R y para el reporte de informe de costo (A)

Cuando: 2 de mayo

Hora: 9:00 a.m.-10:30 a.m. ET

Tipo: Cara a cara

**Idioma en que se ofrece el evento:** español

**Dirigido a:** Puerto Rico

Manteniéndole informado: seminario de actualización de Medicare 2012 (A/B)

Cuando: 2 de mayo

Hora: 9:00 a.m.-1:00 p.m. ET

Tipo: Cara a cara

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés

**Dirigido a:** 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:

- Pre inscripción 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 <http://medicareespanol.fcsou.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 FCSO 1-904-791-8103 para enterarse de nuestras oportunidades más recientes de cursos para proveedores.



## Facturación

### Nuevas mejoras del sistema permiten coleccionar el NPI del médico/profesional de la salud al nivel de línea

Número de *MLN Matters*: MM7578

Número de petición de cambio relacionado: 7578

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de febrero de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1046OTN

Fecha de implementación: FISS: 2 de julio de 2012 y el 1 de octubre de 2012, CWF: 1 de octubre de 2012

#### Resumen

Medicare necesita identificar médicos/profesionales de la salud primarios de servicios no solo para uso en transacciones de reclamaciones estándares pero también para revisión, detección de fraude y propósitos de planificación. Para lograr esto, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) deben ser capaz de identificar el médico/profesional de la salud prestando el servicio para cada servicio de hospitalización/ambulatorio facturado a Medicare y guardar esa información en las bases de datos que sirven como la fuente para el análisis de data.

Con la implementación de la versión 5010 de 837I, CMS puede comenzar coleccionando esta información al nivel de línea permitiendo la habilidad de reportar cada artículo de línea al archivo de trabajo común.

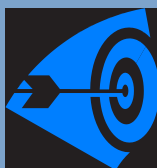
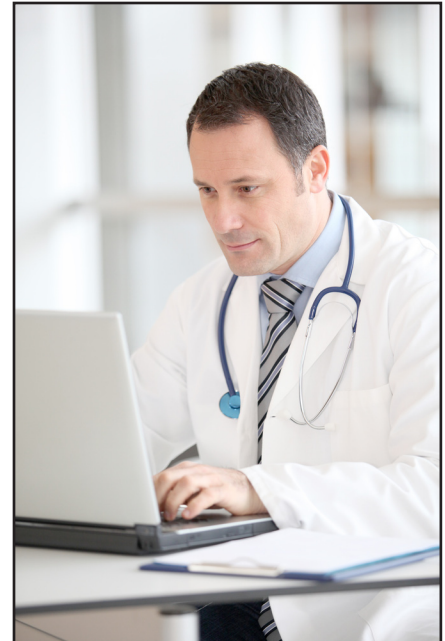
#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7578.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7578, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R1046OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1046, CR 7578

*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.*



#### Nunca se pierda una fecha límite de apelaciones nuevamente

Cuando se trata de enviar solicitudes de reclamaciones de apelación, puntualidad lo es todo. No se preocupe – usted no necesita su calendario de escritorio para contar los días a la fecha límite de envío. Prueba nuestras calculadoras de “tiempo límite” en nuestra página de decisiones de reclamación de apelaciones. Cada calculadora calculará automáticamente cuándo usted debe enviar su solicitud basado en la fecha de la determinación inicial de reclamación o el nivel de apelación que precede.

## Hospital

### Hallazgos de los auditores de recuperación como resultado de revisiones de necesidad médica para trastorno renal y del tracto urinario

Número de *MLN Matters*: SE1210  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

#### Resumen

Auditores de recuperación completan revisiones de necesidad médica de trastorno renal y del tracto urinario. Los auditores encontraron que la necesidad médica para la admisión de hospitalización no fue respaldada. La reclamación fue identificada como un sobrepago. Este artículo discute documentación y facturación del estatus de hospitalización.

- El tipo de factura (TOB) en la reclamación debe coincidir la orden médica:
- Médico ordena hospitalización (IP), debe facturar IP (11x o 12x)
- Médico ordena observación (OBS) sin orden de IP, debe facturar OP
- Médico ordena ninguna, debe facturar paciente externo (OP)
- Enfoque en la orden de OBS

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1210.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1210

*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.*

### Actualización de enero de 2012 del sistema de pago prospectivo de hospital para pacientes externos

Número de *MLN Matters*: MM7672 – Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: 7672  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de enero de 2012  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2386CP y R152BP  
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7672, la cual describe cambios a, e instrucciones de facturación para, varias pólizas de pago implementadas en la actualización del OPPS de enero de 2012. El CR 7672 implementa algunos cambios y clarificaciones en los requisitos manuales para la provisión de servicios terapéuticos en hospital para pacientes externos, concluido en la regla final del Centro de cirugía ambulatoria (ASC)/OPPS del año

calendario (CY) 2012.

El OPPS Pricer y el Integrated Outpatient Code Editor (I/OCE) de enero de 2012 reflejará el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), Ambulatory Payment Classification (APC), modificador HCPCS y adiciones, cambios y supresiones del código de rentas identificados en el CR.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7672.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7672, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R152BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 152, CR 7672

*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.*

## Pagos Prospectivos

### Actualización del sistema de pago prospectivo ambulatorio de hospital de abril de 2012

Número de *MLN Matters*: MM7748  
Número de petición de cambio relacionado: 7748  
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de marzo de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R2418CP  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 7748 describe los cambios e instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago prospectivo (OPPS) de abril de 2012. El editor de código ambulatorio integrado de abril de 2012 (I/OCE) y OPPS Pricer reflejarán el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), clasificación de pago ambulatorio (APC), indicadores de estatus (SI), modificador de HCPCS, y adiciones de código de ingreso, cambios, y supresiones identificadas en este CR.

Cambios claves en la actualización de abril son como sigue:

- Cambios a dispositivos de modificaciones
- Servicio nuevo (angiografía fluorescente vascular)
- Facturación por medicinas, productos biológicos, y radiofármacos
- Actualizar a la Sección 308 del Temporary Payroll Tax Cut Continuation Act de 2011 (TPTCCA)
- Determinaciones de cobertura

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7748.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7748, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2418CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2418, CR 7748

*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.

### Especificaciones al editor de códigos ambulatorios integrados versión 13.1 de abril de 2012

Número de *MLN Matters*: MM7751  
Número de petición de cambio relacionado: 7751  
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de marzo de 2012  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012  
Número de transmisión de CR relacionado: R2423CP  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

#### Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7751, la cual describe los cambios al editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) y al sistema de pagos prospectivos del cuidado ambulatorio (OPPS) a ser implementados en las actualizaciones de abril de 2012.

La lista completa de las especificaciones de I/OCE se encuentra en <http://www.cms.gov/OutpatientCodeEdit/>.

También hay numerosas adiciones, eliminaciones, y cambios a ciertos códigos de clasificación de pago ambulatorio (APC), indicadores de estatus (SI), y los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7751.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7751, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2423CP.pdf>.

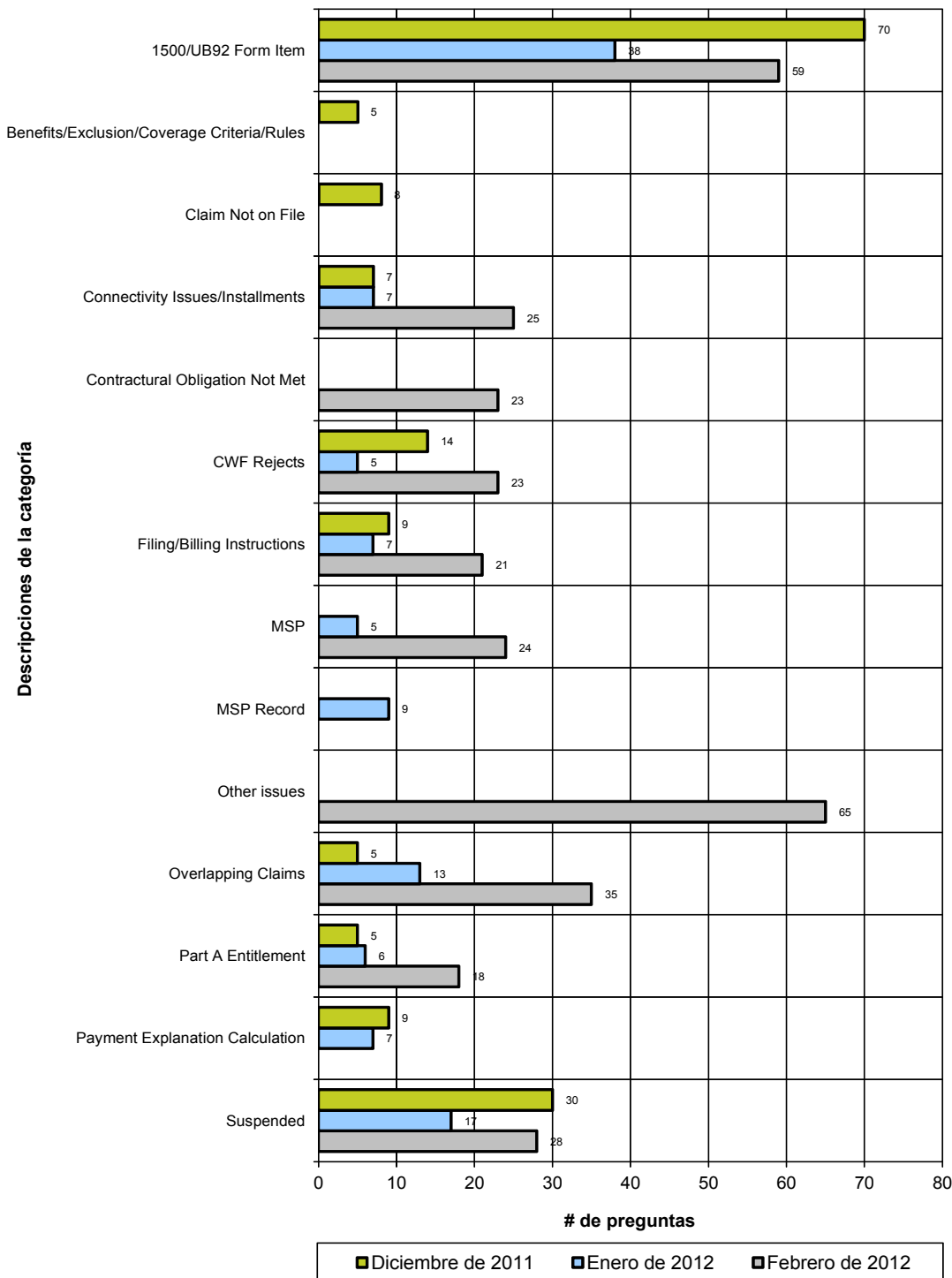
Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2423, CR 7751

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

## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en diciembre de 2011 – febrero de 2012

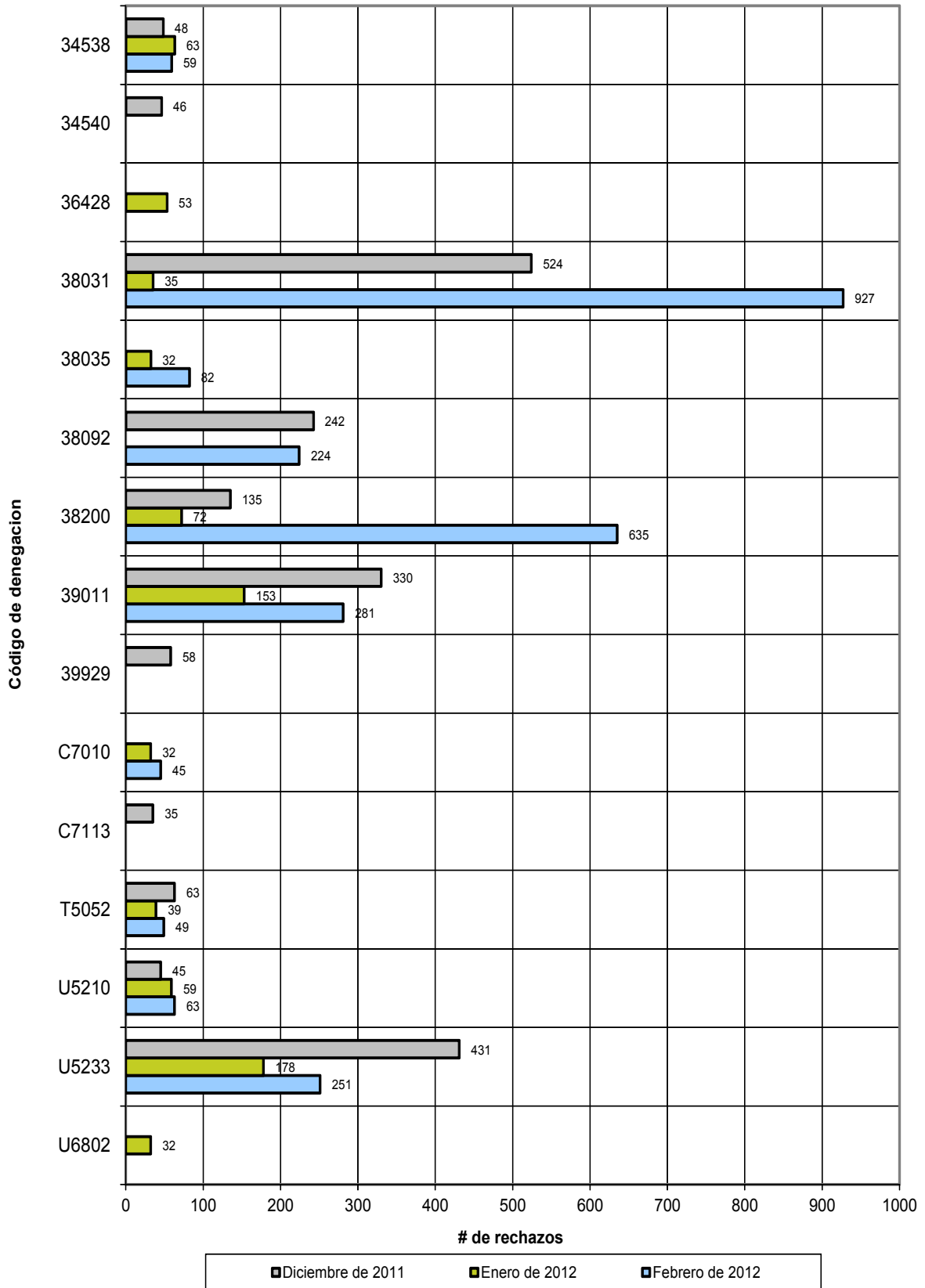
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de diciembre de 2011 - febrero de 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet [http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones/](http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/)

**Preguntas de Parte A más frecuentes en Puerto Rico en diciembre de 2011-febrero de 2012**



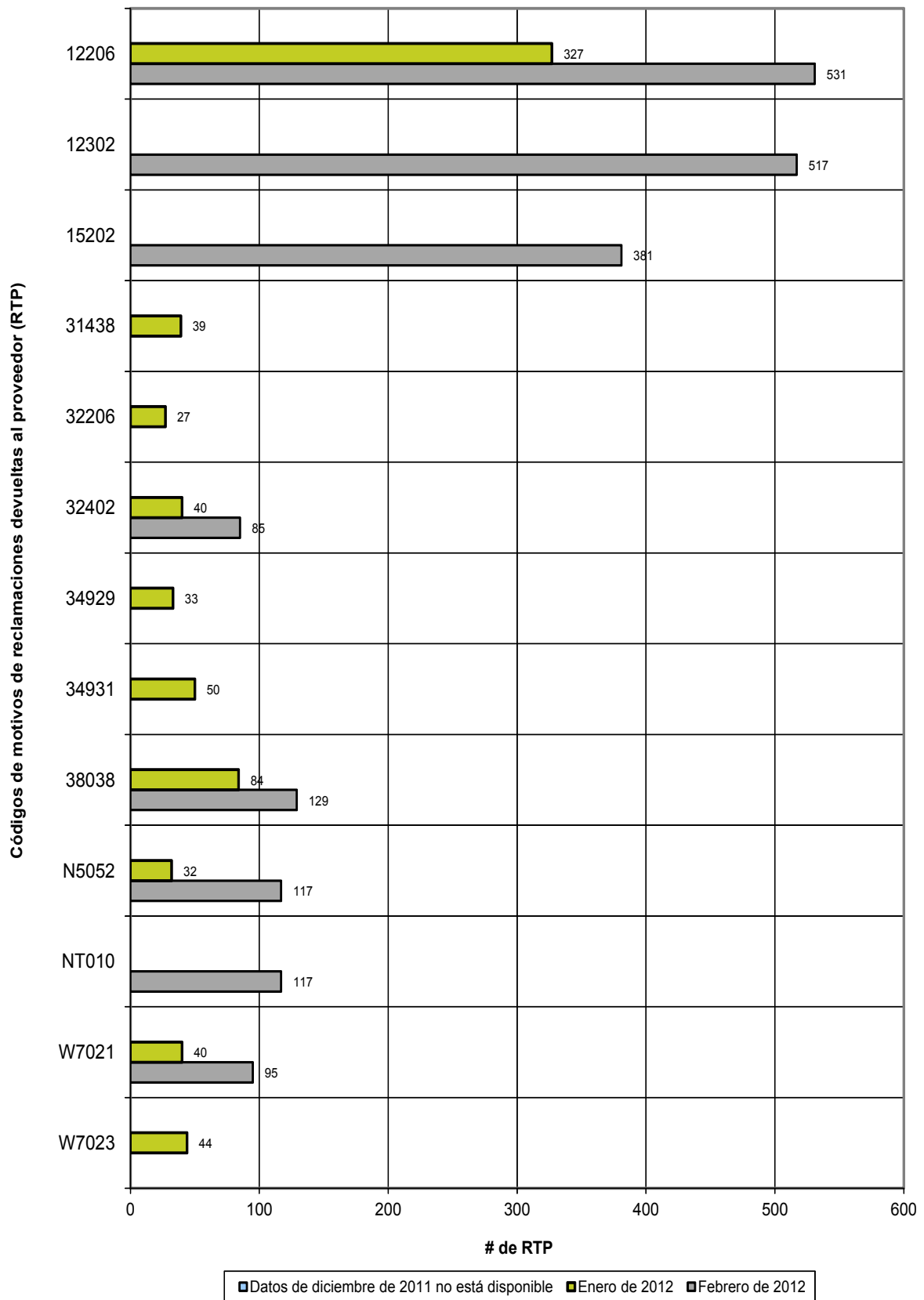
Gráficos (continuación)

Rechazos más frecuentes de Puerto Rico Parte A en diciembre de 2011-febrero de 2012



Gráficos (continuación)

**Principales códigos de motivos de reclamaciones de Puerto Rico Parte A devueltas al proveedor (RTP) en diciembre de 2011-febrero de 2012**



## 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

<http://www.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 FCSO 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://www.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 con 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

### Revisiones a las LCD Existentes

ANCSVCS: Noncovered Services .....	16
A85651: Sedimentation rate, eythrocyte .....	16
AA0425: Non-emergency ground ambulance services .....	16
A84484: Troponin .....	17
AJ2796: Romiplostim (Nplate®) .....	17
A0279T: Circulating tumor cell testing .....	18

### LCD Retirada

Múltiples determinaciones locales de cobertura retiradas .....	18
--	----

### Información Médica Adicional

Eylea® (afibercept) .....	19
---------------------------	----

### Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **no tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.

Los ítems presentados con **el modificador GZ**, serán rechazados automáticamente y la revisión médica será suspendida.

- **El modificador GA** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- Debe añadirse **el modificador GA o GZ** al servicio facturado de todas aquellas reclamaciones que no son consideradas una necesidad médica en una determinación local de cobertura (LCD).

## Revisiones a las LCD Existentes

### ANCSVCS: Noncovered Services – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28991 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29023 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para los servicios que no están cubiertos fue revisada recientemente el 31 de enero de 2012. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada de acuerdo con la transmisión 2402, petición de cambio (CR) 7610, de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) el 26 de enero de 2012. Basado en este CR, la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Laboratory Procedures” de la LCD revisado para añadir el siguiente lenguaje (No es médicamente razonable y necesario excepto cuando es facturado con diagnósticos V74.5 o V73.89) para los códigos CPT 87270 y 87320.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de julio de 2012**, para los servicios prestados **a partir del 8 de noviembre 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

---

### A85651: Sedimentation rate, erythrocyte – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L28983 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29016 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para “sedimentation rate, erythrocyte” fue revisada por última vez el 1 de octubre de 2009. Desde ese tiempo, la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD fue actualizada para incluir los códigos diagnósticos 285.29 (Anemia of other chronic disease) y 285.9 (Anemia, unspecified). En adición, fue añadido contenido para indicar que los códigos diagnósticos E933.1, E933.8, E935.6, y E947.2 son diagnósticos secundarios y no deben ser facturados como diagnósticos primarios.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 7 de marzo de 2012**, para los servicios provistos **a partir del 12 de enero de 2004**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

---

### AA0425: Non-emergency ground ambulance services – revisión al anexo “coding guidelines” de la LCD

**Identificador de LCD: L29916 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29920 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

El anexo “Coding Guidelines” de la determinación local de cobertura (LCD) para “non-emergency ground ambulance services” fue efectiva para los servicios provistos a partir del 30 de junio de 2009, para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo el anexo “Coding Guidelines” ha sido revisado basado en la transmisión 2383, petición de cambio (CR) 7557 de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) (FISS Claims Processing Updates for Ambulance Services), fecha del 12 de enero de 2012, para añadir el siguiente contenido:

- Non-emergency trips (i.e., HCPCS codes A0426 and A0428 [when A0428 is billed without modifier QL]) require a National Provider Identifier (NPI) in the Attending Physician field.

(Continúa en la página siguiente)



## AA0425 (continuación)

### Fecha efectiva

Esta revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de abril de 2012** para los servicios provistos **a partir del 1 de abril de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

---

## A84484: Troponin – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29000 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29032 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para “troponin” fue efectiva para los servicios provistos a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y para los servicios provistos a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, basado en una solicitud de reconsideración, la LCD ha sido revisada para añadir el código diagnóstico ICD-9-CM 780.8 (Generalized hyperhidrosis) a la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 22 de febrero de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

---

## AJ2796: Romiplostim (Nplate®) – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L30876 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para romiplostim (Nplate®) fue efectiva para los servicios prestados a partir del 7 de junio de 2010, para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, basado en una solicitud de reconsideración, las revisiones han sido realizadas a la LCD relacionadas a los cambios de etiqueta que han sido realizados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA) para Nplate®. Las revisiones incluyen lo siguiente:

- La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para reflejar trombocitopenia inmune crónica en vez de púrpura trombocitopénica (ITP) inmune crónica (idiopática).
- Las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD han sido revisadas para remover todas las declaraciones relacionadas al Programa NEXUS Nplate®.

### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 16 de febrero de 2012**, para los servicios prestados **a partir del 6 de diciembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

---

## A0279T: Circulating tumor cell testing – revisión a la LCD

### Identificador de LCD: L32096 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para prueba celular de tumor circulante fue revisada recientemente el 1 enero de 2012. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada para actualizar lenguaje para clarificar cobertura bajo las secciones de la LCD titulada “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements”. La LCD requiere una declaración firmada por el paciente y el médico para confirmar un cambio en el régimen de quimioterapia (plan de tratamiento). Por lo tanto, la sección “Utilization Guidelines” de la LCD fue actualizada con un ejemplo de una declaración aceptable para incluir en el registro médico.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 20 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

## LCD Retirada

## Múltiples determinaciones locales de cobertura siendo retiradas

Identificador de LCD: L28760, L29007, L28812, L28990, L28848, L28949 (Florida)

Identificador de LCD: L28761, L29039, L28819, L29022, L28881, L28970 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en el análisis de los datos de FCSO y una revisión de las determinaciones locales de cobertura (LCD), las siguientes LCD están siendo retiradas.

- AALEFACEPT: Alefacept
- AJ0636: Vitamin D Analogs in Chronic Renal Disease
- AJ0850: Cytomegalovirus Immune Globulin (Human), Intravenous (CMV-IGIV)
- AJ1080: Testosterone Cypionate and Testosterone Enanthate
- AJ9300: Gemtuzumab Ozogamicin (Mylotarg™)
- AJ9600: Porfimer (Photofrin®)

#### Fecha efectiva

El retiro de estas LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 22 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

## Información Médica Adicional

### Eylea® (aflibercept): Parte A

Eylea® (aflibercept) es indicada para el tratamiento de pacientes con Neovascular (Wet) degeneración macular relacionada a la edad. Eylea® fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) 18 de noviembre de 2011.

Eylea® está empaquetado en un frasco estéril de un solo uso de 3 mL conteniendo una capacidad de 0.278 mL de 40 mg/mL. Como es aprobado por la FDA, la dosis recomendada para EyleaA® es 2 mg (0.05 mL) administrado por inyección intravítrea cada cuatro semanas (mensualmente) por los primeros tres meses, seguido por 2 mg (0.05 mL) vía inyección intravítrea una vez cada ocho semanas (dos meses). El pago por Eylea® es por el contenido entero del frasco de un solo uso, el cual está etiquetado como proveyendo una dosis de 2 mg de aflibercept. Cada frasco debe ser usado solamente para el tratamiento de un solo ojo. Si el ojo contralateral requiere tratamiento, un nuevo frasco debe ser usado y el campo estéril, jeringa, guantes, paño, espéculo del párpado, filtro, y las agujas de inyección deben ser cambiadas antes de que Eylea® sea administrada al otro ojo. Después de la inyección, cualquier producto no utilizado debe ser descartado.

En la ausencia de una determinación nacional de cobertura (NCD) o determinación local de cobertura (LCD), Medicare puede considerar cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado por la indicación de la FDA cuando es administrado subordinado a los servicios de un médico o en el ambiente de hospital. El registro médico debe sustentar claramente el diagnóstico de Neovascular (Wet) degeneración macular relacionada a la edad, utilizando el código ICD-9-CM apropiado de 362.52 y la guía de la FDA para uso como también la administración.

## Formulario de Parte A

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número de la cuenta de FCSCO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Artículo	Número de Cuenta	Precio por Artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte A – Las publicaciones de Medicare Parte A de MAC J9 está disponible en <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp</a> , o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre de 2011 a septiembre de 2012.	40500150	Impreso \$33.00		
Idioma de preferencia para la suscripción: English [ ]    Español [ ]				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -(% adicional por su área)	\$
			<b>Total</b>	\$

Envíe este formulario con su pago a:

**First Coast Service Options Inc.  
Medicare Publications  
P.O. Box 406443  
Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Proveedor/nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

*(Todos los cheques hechos para “ordenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)*

## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45003  
Jacksonville, FL 32232-5003

#### Re-determinaciones

#### Re-determinaciones sobre pagos en exceso

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45028  
Jacksonville, FL 32232-5028

#### Recuperación de deudas (excepto de MSP)

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45096  
Jacksonville, FL 32232-5096

#### Exámenes médicos posteriores al pago

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 44159  
Jacksonville, FL 32231-4159

#### Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA\*)

First Coast Service Options Inc.  
Attn: FOIA PARD 16T  
P.O. Box 45268  
Jacksonville, FL 32232-5268

#### Fraude y abuso de Medicare

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45087  
Jacksonville, FL 32232-5087

### **DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)**

#### Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

#### Take Home Supplies

#### Oral Anti-Cancer Drugs

CIGNA Government Services  
P. O. Box 20010  
Nashville, Tennessee 37202

### **REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY**

#### Home Health Agency Claims Hospice Claims

Palmetto Government Benefit Administrators  
Medicare Part A  
P.O. Box 100238  
Columbia, SC 29202-3238

### **RAILROAD MEDICARE**

#### Railroad Retiree Medical Claims

Palmetto Government Benefit Administrators  
P. O. Box 10066  
Augusta, GA 30999-0001

### Inscripción de proveedores

First Coast Service Options Inc.  
Provider Enrollment  
Post Office Box 44021  
Jacksonville, FL 32231-4021

### Intercambio electrónico de datos (EDI\*)

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 44071  
Jacksonville, FL 32231-4071

### Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 44179  
Jacksonville, FL 32231-4179

### Saldo de crédito

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45011  
Jacksonville, FL 32232-5011

### Departamento de Auditoría y Reembolso

Reporte de costo, auditoría, apelación de reporte de costo, porcentaje tentativo, rama de PS &R  
First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45268  
Jacksonville, FL 32231-0048

### Correo nocturno y otros servicios postales especiales

First Coast Service Options Inc.  
532 Riverside Avenue  
Jacksonville, FL 32202-4914

## Número Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

Lunes a viernes  
8:00 a.m. a 4:00 p.m.  
1-877-908-8433

#### Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE  
1-800-633-4227

#### Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

### ELECTRONIC DATA INTERCHANGE 1-888-875-9779

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

### DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

### BENEFICIARIES

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

**HIPAA 5010**

**Esfuerzos de alcance de Medicare a pagadores suplementarios dirigiendo sus pagos a direcciones incorrectas**

Número de *MLN Matters*: SE1212  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

**Resumen**

El *Medicare Learning Network*® (*MLN*®) ha publicado el artículo de edición especial SE1212 Important Information Concerning Medicare Outreach Efforts to Supplemental Payers Directing Their Payments to Incorrect Addresses, el cual está disponible en formato descargable. Este artículo está diseñado para proveer educación sobre problemas relacionados a pagadores suplementarios dirigiendo pagos a direcciones incorrectas, e incluye diferentes escenarios para ilustrar estos problemas y una guía que los proveedores pueden utilizar para evitarlos.

En las últimas semanas, muchas oficinas de

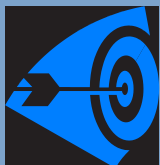
facturación de médicos/profesionales de la salud han notificado a su contratista de servicio administrativo de Medicare A/B o aseguradora de la Parte B y los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) que varios pagadores suplementarios han direccionado pago, resultante de reclamaciones de transferencia de Medicare, a direcciones incorrectas de pago. El problema parece haber escalado ya que los pagadores suplementarios han hecho la transición del recibo de reclamaciones de transferencia a la versión de formato de reclamación profesional 5010A1 837.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN Matters Articles/downloads/SE1212.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1212

*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.*



**Nunca se pierda una fecha límite de apelaciones nuevamente**

Cuando se trata de enviar solicitudes de reclamaciones de apelación, puntualidad lo es todo. No se preocupe – usted no necesita su calendario de escritorio para contar los días a la fecha límite de envío. Prueba nuestras calculadoras de “tiempo límite” en nuestra página de decisiones de reclamación de apelaciones. Cada calculadora calculará automáticamente cuándo usted debe enviar su solicitud basado en la fecha de la determinación inicial de reclamación o el nivel de apelación que precede.

## Inscripción del Proveedor

### Instrucciones para procesar las sumisiones del formulario CMS-855O

Número de *MLN Matters*: MM7723

Número de petición de cambio relacionado: 7723

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de marzo de 2012

Fecha de efectividad: 4 de junio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R410PI

Fecha de implementación: 4 de junio de 2012

#### Resumen

La mayoría de los médicos y profesionales de la salud se inscriben en Medicare para poder recibir reembolso para servicios cubiertos para beneficiarios de Medicare. Sin embargo, algunos profesionales de la salud que no tienen un registro de inscripción en el Provider Enrollment, Chain, and Ownership System (PECOS) todavía deben pedir o referir artículos/servicios para beneficiarios de Medicare. Estos individuos pueden inscribirse en el programa de Medicare con el único propósito de ordenar y referir servicios específicos para beneficiarios de Medicare sometiendo el formulario CMS-855O a través de papel o a través de PECOS basado en la Internet.

Es importante notar que médicos elegibles y profesionales de la salud que completen el formulario CMS-855O y sean aprobados para ordenar y referir no deben enviar reclamaciones a un contratista de Medicare para servicios que ellos prestan a beneficiarios de Medicare.

La petición de cambio relacionada (CR) 7723 provee instrucciones a contratistas de Medicare sobre el procesamiento de las sumisiones del formulario CMS-855O.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7723.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7723, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R410PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 410, CR 7723

**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.

## ¿Confundido sobre 5010?

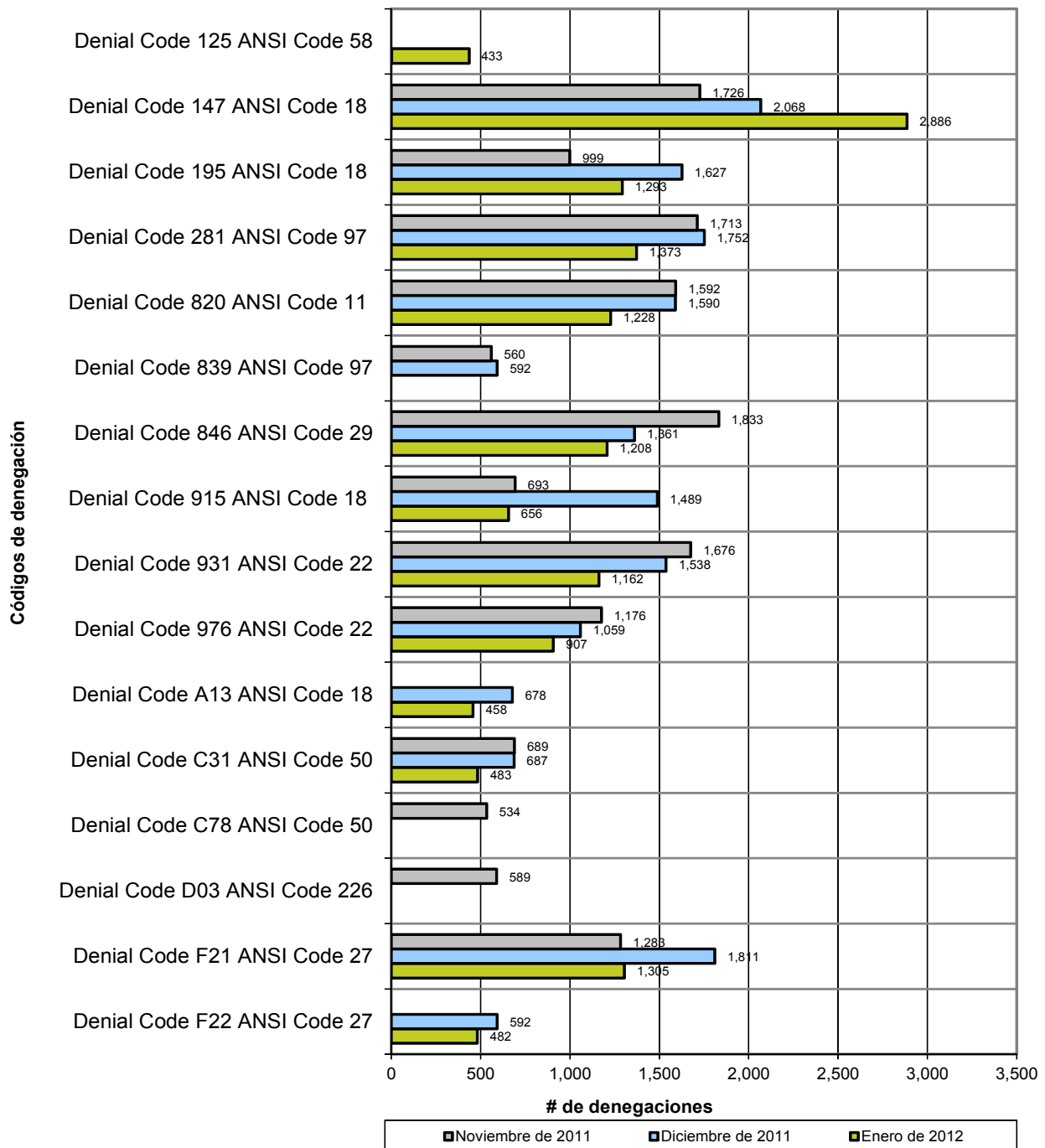
Podemos ayudar a remover el misterio...

Vea nuestra [búsqueda de código de denegación 5010](#)

## Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en diciembre de 2011 – febrero de 2012

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Puerto Rico durante los meses de diciembre de 2011 – febrero de 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a nuestro sitio de Internet [http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas\\_y\\_denegaciones](http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones)

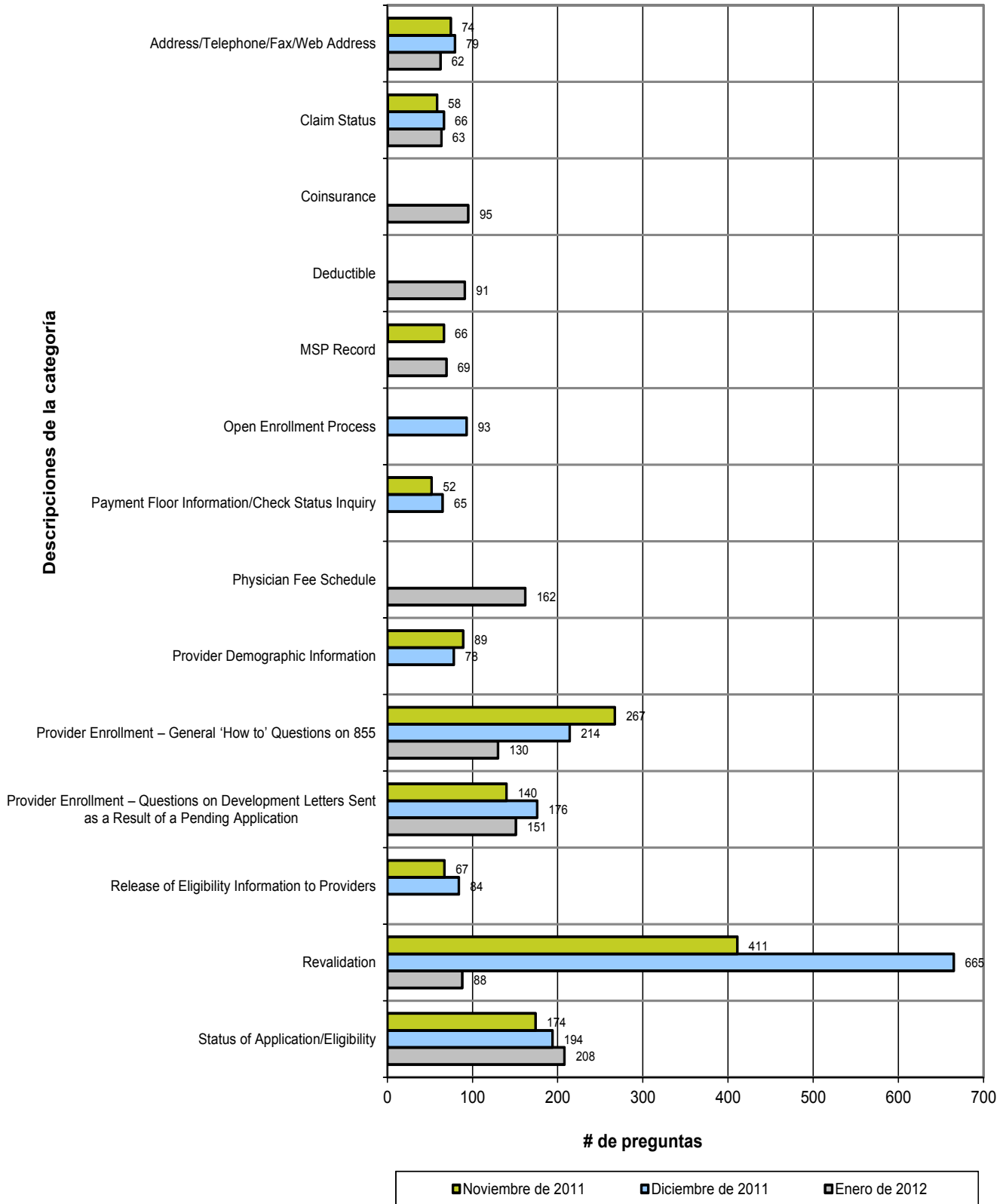
**Denegaciones de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2011-enero de 2012**





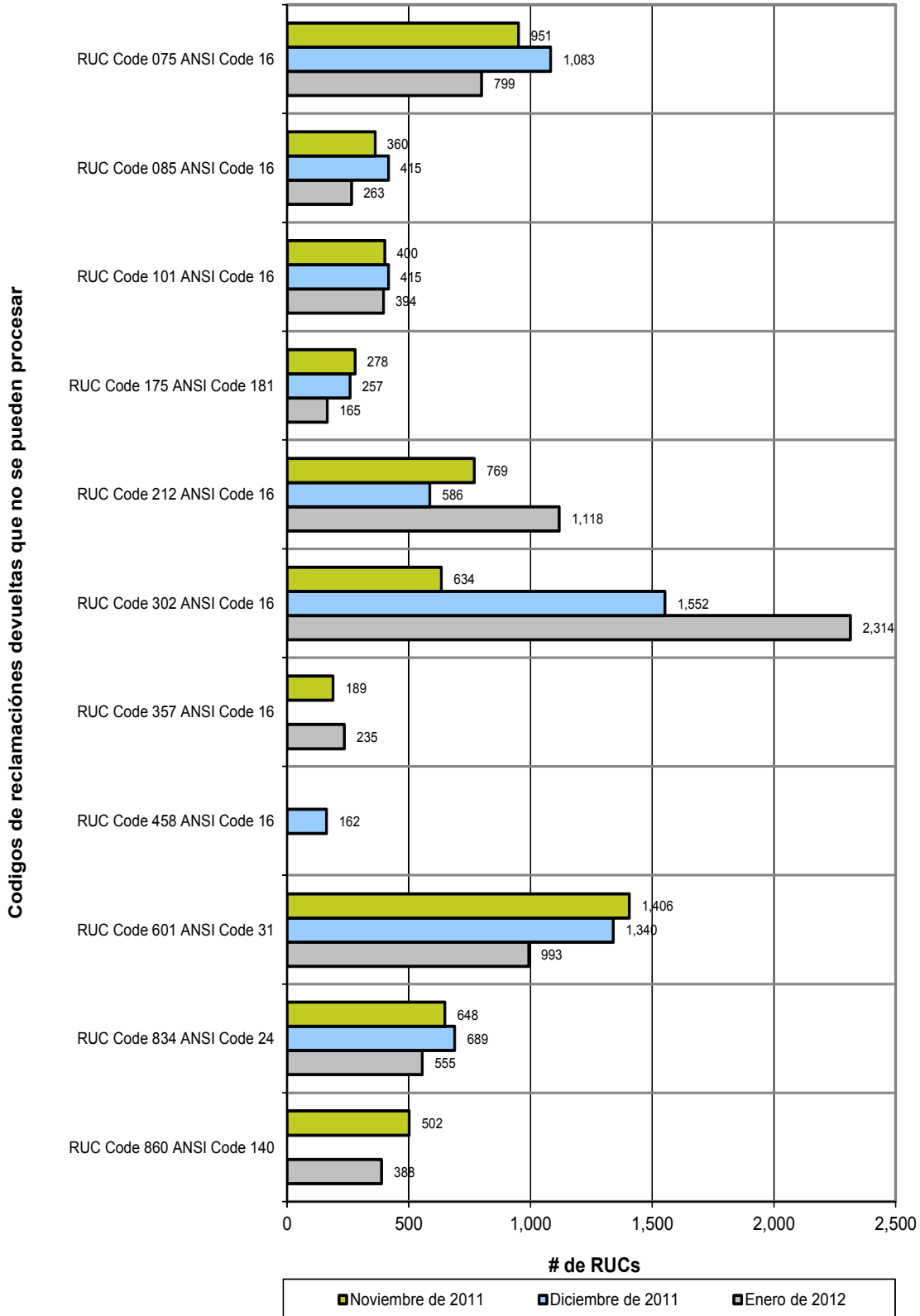
Gráficos (continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2011-enero de 2012



Gráficos (continuación)

**RUC de Parte B más frecuentes en Puerto Rico en noviembre de 2011- enero de 2012**



## 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 <http://www.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 FCSO 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://www.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 con 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

### Revisiones a las LCD Existentes

NCSVCS: Noncovered Services .....	28
J2796: Romiplostim (Nplate®) .....	28
IDTF: Independent diagnostic testing facility .....	29
0279T: Circulating tumor cell testing .....	29
93268: Patient demand single or multiple event recorder .....	29

### LCD Retirada

Múltiples determinaciones locales de cobertura retiradas .....	30
--	----

### Información Médica Adicional

Eylea® (aflibercept) .....	31
Chequeo vs. servicios de imange de diagnóstico del seno .....	31

### Notificación anticipada al beneficiario

- **El modificador GZ** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **no tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.

Los ítems presentados con **el modificador GZ**, serán rechazados automáticamente y la revisión médica será suspendida.

- **El modificador GA** debe utilizarse cuando los proveedores, médicos, practicantes o suplidores desean indicar que ellos esperan un rechazo por parte de Medicare a un ítem o servicio que no es considerado razonable y necesario y ellos **tienen** una notificación anticipada (ABN) firmada por el beneficiario.
- Debe añadirse el **modificador GA o GZ** al servicio facturado de todas aquellas reclamaciones que no son consideradas una necesidad médica en una determinación local de cobertura (LCD).

## Revisiones a las LCD Existentes

### NCSVCS: Noncovered Services – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L29288 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29398 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para los servicios que no están cubiertos fue revisada recientemente el 31 de enero de 2012. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada de acuerdo con la transmisión 2402, petición de cambio (CR) 7610, de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) el 26 de enero de 2012. Basado en este CR, la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions-Laboratory Procedures” de la LCD revisado para añadir el siguiente lenguaje (No es médicamente razonable y necesario excepto cuando es facturado con diagnósticos V74.5 o V73.89) para los códigos CPT 87270 y 87320.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 27 de febrero de 2012**, para los servicios prestados **a partir del 8 de noviembre 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

### J2796: Romiplostim (Nplate®) – revisión a la LCD

**Identificador de LCD: L30878 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación local de cobertura (LCD) para romiplostim (Nplate®) fue efectiva para los servicios prestados a partir del 7 de junio de 2010, para Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, basado en una solicitud de reconsideración, las revisiones han sido realizadas a la LCD relacionadas a los cambios de etiqueta que han sido realizados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA) para Nplate®. Las revisiones incluyen lo siguiente:

- La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido revisada para reflejar trombocitopenia inmune crónica en vez de púrpura trombocitopénica (ITP) inmune crónica (idiopática).
- Las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD han sido revisadas para remover todas las declaraciones relacionadas al Programa NEXUS Nplate®.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 23 de febrero de 2012**, para los servicios prestados **a partir del 6 de diciembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

## IDTF: Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD

Identificador de LCD: L29195 (Florida)

Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El anexo “Coding Guidelines” de la determinación local de cobertura (LCD) para centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF) fue revisada recientemente el 1 de enero de 2012. Desde ese tiempo, el “Credentialing Matrix” en el anexo “Coding Guidelines” ha sido revisado. Las revisiones incluyen lo siguiente:

- El fragmento “Supervising Physician and Interpreting Physician Qualification Requirements” ha sido revisado para el código HCPCS G0389 para leer: Board Certified (ABMS) Cardiologist or Radiologist.
- El fragmento “Technician Qualification Requirements” ha sido revisado para el código HCPCS G0389 para leer: Credentialed by ARDMS: RVT or RDMS - Abdomen, ARRT: VS or R.T. - S, or CCI: RVS.

### Fecha efectiva

Esta revisión al anexo “Coding Guidelines” de la LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 23 de febrero de 2012. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

---

## 0279T: Circulating tumor cell testing – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L32098 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para prueba celular de tumor circulante fue revisada recientemente el 1 enero de 2012. Desde ese tiempo, la LCD ha sido revisada para actualizar lenguaje para clarificar cobertura bajo las secciones de la LCD titulada “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements”. La LCD requiere una declaración firmada por el paciente y el médico para confirmar un cambio en el régimen de quimioterapia (plan de tratamiento). Por lo tanto, la sección “Utilization Guidelines” de la LCD fue actualizada con un ejemplo de una declaración aceptable para incluir en el registro médico.

### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 20 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

---

## 93268: Patient demand single or multiple event recorder – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29253 (Florida)

Identificador de LCD: L29379 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para “patient demand single or multiple event recorder” fue revisada recientemente el 1 de enero de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada bajo las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Documentation Requirements” de la LCD para clarificar lenguaje de cobertura para el uso de registro de eventos. Bajo la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, códigos ICD-9-CM/rangos de código con descriptores fueron añadidos:

- 427.81-427.89: Other specified cardiac dysrhythmias
- 427.9: Cardiac dysrhythmia, unspecified
- 786.09: Other dyspnea and respiratory abnormalities
- 786.50-786.59: Chest pain

(Continúa en la página siguiente)

**93268 (continuación)**

En adición a lo de arriba, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Los proveedores cuyas reclamaciones fueron denegadas basadas en los diagnósticos que ahora están siendo añadidos a la LCD no necesitan tomar ninguna acción. First Coast Service Options Inc. (FCSO) realizará ajustes en todas las reclamaciones afectadas. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto le pueda haber causado.

**Fecha efectiva**

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 1 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

**LCD Retirada****Múltiples determinaciones locales de cobertura siendo retiradas**

**Identificador de LCD: L29238, L29054, L29127, L29287, L29183, L29260 (Florida)**

**Identificador de LCD: L29371, L29072, L29145, L29397, L29433, L29468 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en el análisis de los datos de FCSO y una revisión de las determinaciones locales de cobertura (LCD), las siguientes LCD están siendo retiradas.

- 76514: Ocular Corneal Pachymetry
- ALEFACEPT: Alefacept
- J0850: Cytomegalovirus Immune Globulin (Human), Intravenous (CMV-IGIV)
- J1080: Testosterone Cypionate and Testosterone Enanthate
- J9300: Gemtuzumab Ozogamicin (Mylotarg™)
- J9600: Porfimer (Photofrin®)

**Fecha efectiva**

El retiro de estas LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 22 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través del Medicare Coverage Database de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de “Jump to Section...” arriba de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción 9 (J9), por favor [haga clic aquí](#).

## Información Médica Adicional

### Eylea® (aflibercept): Parte B

Eylea® (aflibercept) es indicada para el tratamiento de pacientes con Neovascular (Wet) degeneración macular relacionada a la edad. Eylea® fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) **18 de noviembre de 2011**.

Eylea® está empaquetado en un frasco estéril de un solo uso de 3 mL conteniendo una capacidad de 0.278 mL de 40 mg/mL. Como es aprobado por la FDA, la dosis recomendada para EyleaA® es 2 mg (0.05 mL) administrado por inyección intravítrea cada cuatro semanas (mensualmente) por los primeros tres meses, seguido por 2 mg (0.05 mL) vía inyección intravítrea una vez cada ocho semanas (dos meses). El pago por Eylea® es por el contenido entero del frasco de un solo uso, el cual está etiquetado como proveyendo una dosis de 2 mg de aflibercept. Cada frasco debe ser usado solamente para el tratamiento de un solo ojo. Si el ojo contralateral requiere tratamiento, un nuevo frasco debe ser usado y el campo estéril, jeringa, guantes, paño, espéculo del parpado, filtro, y las agujas de inyección deben ser cambiadas antes de que Eylea® sea administrada al otro ojo. Después de la inyección, cualquier producto no utilizado debe ser descartado.

En la ausencia de una determinación nacional de cobertura (NCD) o determinación local de cobertura (LCD), Medicare puede considerar cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado por la indicación de la FDA cuando es administrado subordinado a los servicios de un médico o en el ambiente de hospital. El registro médico debe sustentar claramente el diagnóstico de Neovascular (Wet) degeneración macular relacionada a la edad, utilizando el código ICD-9-CM apropiado de 362.52 y la guía de la FDA para uso como también la administración.

---

### Chequeo vs. Servicios de imagen de diagnóstico del seno

Análisis de data en First Coast Service Options Inc. (FCSO) previamente identificó un aumento en la utilización del código CPT 77056 (mamografía; bilateral). FCSO publicó un artículo educacional en noviembre de 2010 detallando las indicaciones cubiertas nacionalmente para chequeo y servicios de imagen de diagnóstico del seno de acuerdo con las determinación nacional de cobertura (NCD) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para mamografías localizadas en la publicación de CMS 100-03, Capítulo 1, Parte 4, Sección 220.4.

La data indica que los proveedores también están efectuando ultrasonido del seno (código *CPT 76645*) en la misma fecha de servicio del diagnóstico de mamografía. La data también muestra que los proveedores están efectuando mamografías diagnósticas digitales (HCPCS código G0204) en la misma fecha de servicio del código *CPT 76645*.

Estos patrones de utilización permanecen evidentes en información de reclamaciones actuales de Puerto Rico Parte B. Debido al alto riesgo de pago de reclamación impropio, FCSO implementará ediciones de prepago para prevenir pago de servicios por servicios codificados inexactos y/o no cubiertos.

La determinación de cobertura local (LCD) para chequeo y diagnóstico del seno (L29329) está disponible a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable de "Jump to Section..." arriba de la página de la LCD. Para las LCD con una fecha efectiva futura, seleccione el enlace de "Display Future Effective Documents" en la parte de arriba de la lista de la página de las LCD.

### Formulario de Parte B

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario pagable al número apropiado de la cuenta de FCSO. No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo. **Nota:** El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; se requieren pagos por separado para la compra de cuentas diferentes.

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC J9 está disponible en <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp</a> , <a href="http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp">http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp</a> o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones">http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones</a> (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2011 a septiembre 2012.	40300260	Impreso \$33.00		
<b>Catálogo de honorarios de 2012</b> – El catálogo de honorarios de médicos y profesionales de la salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2012, está disponible, sin costo, en línea, en <a href="http://medicare.fcso.com/Data_files/">http://medicare.fcso.com/Data_files/</a> (English) o <a href="http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos">http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos</a> (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de honorarios contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Parte B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia:      English [ <input type="checkbox"/> ]      Español [ <input type="checkbox"/> ]				
<b>Escriba de manera legible</b>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			<b>Total</b>	\$

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y **envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario** pagable al número de la cuenta de FCSO (use el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Nota: El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; pagos por separado son requeridos para la compra de cuentas diferentes.

Envíe este formulario con su pago a: **First Coast Service Options Inc.  
Medicare Publications  
P.O. Box 406443 Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Proveedor/nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

*(Todos los cheques hechos para “órdenes de compra” no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas).*



## Direcciones Postales

### Reclamaciones

#### Documentación adicional

#### Correspondencia general

#### Correspondencia de congresistas

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45036  
Jacksonville, FL 32232-5036

### Re-determinaciones

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45056  
Jacksonville, FL 32232-5056

### Re-determinaciones sobre pagos en exceso)

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45015  
Jacksonville, FL 32232-5015

### Exámenes médicos posteriores al pago

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 44159  
Jacksonville, FL 32231-4159

### Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA\*)

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45092  
Jacksonville, FL 32232-5092

### Fraude y abuso de Medicare

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45087  
Jacksonville, FL 32232-5087

## Otras Direcciones

### Importantes

#### **DURABLE MEDICAL EQUIPMENT REGIONAL CARRIER (DMERC)**

#### Durable Medical Equipment Claims Orthotic and Prosthetic Device Claims

#### Take Home Supplies

#### Oral Anti-Cancer Drugs

CIGNA Government Services  
P. O. Box 20010  
Nashville, Tennessee 37202

#### **REGIONAL HOME HEALTH & HOSPICE INTERMEDIARY**

#### Home Health Agency Claims Hospice Claims

Palmetto Government Benefit Administrators  
Medicare Part A  
P.O. Box 100238  
Columbia, SC 29202-3238

#### **RAILROAD MEDICARE**

#### Railroad Retiree Medical Claims

Palmetto Government Benefit Administrators  
P. O. Box 10066  
Augusta, GA 30999-0001

### Inscripción de proveedores

#### Cambios de dirección postal

First Coast Service Options Inc.  
Provider Enrollment  
Post Office Box 44021  
Jacksonville, FL 32231-4021

### Intercambio electrónico de datos (EDI\*)

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 44071  
Jacksonville, FL 32231-4071

### Lista de vacunados contra la influenza

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45031  
Jacksonville, FL 32232-5031

### Determinaciones locales de cobertura

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

### Cobro de deudas

Pagos en exceso, preguntas de Medicare como pagador secundario, administración de dinero en efectivo  
First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45040  
Jacksonville, FL 32232-5040

### Correo nocturno y otros servicios postales especiales

First Coast Service Options Inc.  
532 Riverside Avenue  
Jacksonville, FL 32202-4914

## Números Telefónicos

### PROVEEDORES

#### Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

#### Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

#### Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

### BENEFICIARIO

#### Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

#### Personas con dificultades del habla y oído (TDD)

1-800-754-7820

### ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

**1-888-875-9779**

### REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

#### Número de Fax

1-904-361-0407

## Sitios web de Medicare

### PROVEEDORES

#### FCSO – MAC J9

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

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

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.cms.gov](http://www.cms.gov)

### BENEFICIARIES

#### Centers for Medicare & Medicaid Services

[www.medicare.gov](http://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**