

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC J9

Abril 2012



En esta edición

Terapia para enfermedad cardiovascular	5
Facturación de farmacia	6
Precio de medicamentos Parte B Medicare ASP	8
Categoría de estatus de reclamación	9
Actualización a base de datos de tarifa fija	10
Guía para presentar reclamaciones correctamente ..	13
Listado de jurisdicción DMEPOS 2012.....	33
Expandiendo el MPPR	47
Nuevas pruebas con dispensa	49

Información para proveedores de FFS sobre el Middle Class Tax Relief y Job Creation Act de 2012

Número de *MLN Matters*: SE1215
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 22 de febrero de 2012, el Presidente Obama convirtió en ley el Middle Class Tax Relief y el Job Creation Act de 2012 (Job Creation Act). Esta ley, la cual extendió varias disposiciones del Temporary Payroll Tax Cut Elimination Act de 2011 (Continuation Act), contiene varias provisiones que impactan a los proveedores de Medicare mediante tarifa fija (FFS), incluyendo:

Actualización de pago médico

- Extensión del piso médico de los trabajos de ajuste geográfico de Medicare
- Extensión del Medicare Modernization Act Sección 508 reclasificaciones
- Extensión de los pagos ambulatorios inofensivos retenidos

- Extensión de proceso de excepciones para servicios de terapia de Medicare
- Extensión de moratoria de patólogos calificados y facturación de laboratorios independientes por el componente de servicios técnicos de patología médica prestados a pacientes de hospital
- Extensión de pagos complementarios de ambulancia

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1215.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1215

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Sobre esta publicación	3	Modificación revisada para código de administración G0010 para hepatitis B	16
Actualización trimestral para proveedores	4	Gráficos	
Partes A y B		Datos de procesamiento de reclamación	17
Cobertura y Reembolso		Determinaciones Locales de Cobertura	
Consejería para reducir abuso de alcohol	5	Tabla de contenido LCD Parte A	20
Terapia para enfermedad cardiovascular	5	Ordenar materiales de Parte A	31
Detección de depresión en adultos	6	Contactos Parte A de Puerto Rico	32
Facturación		Parte B	
Facturación de farmacia	6	Lista actualizada de códigos HCPCS DMEPOS 2012	33
Facturación cuestionable por suplidores de prótesis	7	Listado de jurisdicción DMEPOS 2012	33
Archivos trimestrales de julio 2012 de precio de medicamentos Parte B Medicare ASP	8	Expansión de modificaciones de reclamaciones de Medicare Parte B	45
Rediseñado el Medicare summary	9	Actualización trimestral de julio de iniciativa de codificación	46
Intercambio Electrónico de datos		PQRS	
Actualización de categoría de estatus de reclamación	9	Actualización del Medicare Quality Reporting Incentive Programs Manual	46
Tarifa fija		Tarifa fija	
Actualización de abril a la base de datos de tarifas fijas	10	Expandiendo el MPPR	47
Actualización de emergencia de marzo 2012 a la base de datos del Medicare physician fee schedule	10	Información General	
Información General		Actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio de abril 2012	47
Actualización de CARC, RARC, MREP Y PC Print	11	Códigos sujetos a y excluidos de las modificaciones de CLIA	48
Actualización general al Capítulo 15 del 'Program Integrity Manual'	12	Nuevas pruebas con dispensa	49
Información sobre la prevención de fraude ...	12	Procedimiento adicional añadido a la lista de pruebas con dispensa	49
Guía para presentar reclamaciones correctamente	13	Instrucciones de codificación	50
Recursos Educativos		Gráficos	
Próximos eventos educativos	14	Datos de procesamiento de reclamación	51
Parte A		Determinaciones Locales de Cobertura	
Facturación por servicios de complicaciones post-trasplante de donantes	15	Tabla de contenido de LCD Parte B	54
		Ordenar materiales de Parte B	66
		Contactos Parte B de Puerto Rico	67

Medicare A y B Al Día

Vol. 4, No. 4
Abril 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.

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.

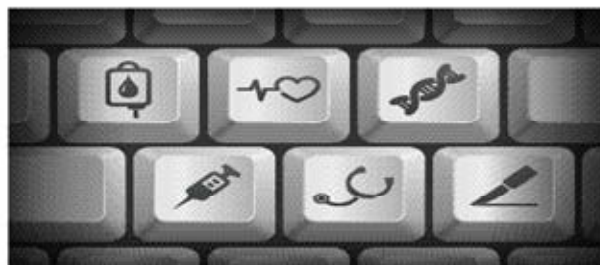
Las secciones de determinaciones locales de cobertura (LCD) contienen notificación de las LCD finalizadas y adiciones, revisiones, y correcciones a las LCD previamente publicadas.

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. ❖

Pruebe nuestra hoja de cálculo interactiva de E/M

First Coast Service Options (FCSO) Inc. se enorgullece de su exclusiva hoja de cálculo interactiva de E/M, disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/EM/169608.asp>. Este recurso fue desarrollado para ayudar a los proveedores a identificar el código apropiado a facturar para los servicios de evaluación y manejo (E/M) realizados durante una visita específica del paciente. Este recurso interactivo es ideal para usarlo como una hoja de cotejo por los médicos o como una herramienta de evaluación de calidad por los auditores, especialistas de facturación, y codificadores. Luego de que usted haya tratado la hoja de cálculo interactiva de E/M, envíenos sus comentarios sobre este recurso por medio de nuestro formulario de comentarios del sitio web, disponible en <http://medicareespanol.fcso.com/Comentarios/161119.asp>.

Cobertura y Reembolso

Evaluación e intervención de consejería conductual en cuidado primario para reducir el abuso del alcohol

Número de *MLN Matters*: MM7633

Número de petición de cambio relacionado: 7633

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2011

Fecha de efectividad: 14 de octubre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R138NCD y R2433CP

Fecha de implementación: 27 de diciembre de 2011, para las modificaciones del sistema del contratista local; 2 de abril de 2012-para modificaciones del sistema compartido de Medicare, 2 de julio de 2012 para pantallas de consulta del proveedor & cambios de HICR

Resumen

Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 14 de octubre de 2011, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid deben cubrir evaluación de alcohol anual, y para esos que resulten positivo, hasta cuatro intervenciones breves de consejería conductual cara a cara por año para los beneficiarios de Medicare, incluyendo mujeres embarazadas que:

- Abusan del alcohol, pero para las cuales los niveles o patrones de consumo de alcohol no cumplen con los criterios de dependencia de alcohol
- Están competentes y alerta al tiempo en que la consejería es provista, y
- Consejería es provista por médicos calificados de cuidado primario u otros profesionales del cuidado primario en un ambiente de cuidado primario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7633.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7633, 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/R138NCD.pdf> and <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2433CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 138, CR 7633
CMS Pub. 100-04, Transmittal 2433, CR 7633

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.

Terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular

Número de *MLN Matters*: MM7636 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7636

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2012

Fecha de efectividad: 8 de noviembre de 2011

Número de transmisión de CR relacionado: R137NCD y R2432CP

Fecha de implementación: 27 de diciembre para modificaciones del sistema del contratista de Medicare local; 2 de abril de 2012, para modificaciones del sistema compartido de Medicare; y 2 de julio de 2012, pantallas del proveedor de CWF y cambios de HICR

Resumen

Efectivo el 8 de noviembre de 2011, Medicare cubrirá terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular si el servicio es provisto por un profesional cuidado primario en un ambiente de cuidado primario tal como el consultorio de medicina familiar del beneficiario, médico de medicina interna, o enfermera en la oficina del doctor. Esta terapia consiste de los siguientes tres componentes:

- Fomentar el uso de aspirina para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular cuando los beneficios superan los riesgos para hombres en las edades de 45-79 años y mujeres 55-79 años
- Detección de la presión arterial alta en adultos mayores de 18 años
- Consejería conductual intensiva para promover una dieta saludable para adultos con hiperlipidemia,

(Continúa en la página siguiente)

Terapia... (continuación)

hipertensión, edad avanzada, y otros factores de riesgo conocidos para enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y cardiovasculares

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7636.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7636, 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/R137NCD.pdf> and <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2432CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 137, CR 7636
CMS Pub. 100-04, Transmittal 2432, CR 7636

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.

Detección de depresión en adultos

Número de *MLN Matters*: MM7637 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7637
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2012
Fecha de efectividad: 14 de octubre de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R139NCD y R2431CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7637, la cual le informa a los contratistas de Medicare que, efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 14 de octubre de 2011, Medicare cubrirá la detección anual de depresión para adultos en el ambiente de cuidado primario que tiene apoyo de personal asistente para el cuidado de la depresión para asegurar diagnósticos precisos, tratamiento efectivo, y seguimiento.



Los contratistas de Medicare reconocerán el nuevo código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), G0444, detección de depresión anual, 15 minutos, como un servicio cubierto. Este código aparecerá en la actualización de tarifas fijas de médicos de Medicare de enero 2012. El tipo de servicio (TOS) para el código HCPCS G0444 es 1. Efectivo el 14 de octubre de 2011, deducibles y coseguros del beneficiario no aplican a líneas de reclamaciones con detección de depresión anual, G0444. Para fechas de servicio a partir del 14 de octubre de 2011, hasta el 31 de diciembre de 2011, los contratistas de Medicare utilizará su política de precios para pagar G0444 y actualizar sus archivos HCPCS respectivamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7637.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7637, 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/R139NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2431CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 139, CR 7637
CMS Pub. 100-04, Transmittal 2431, CR 7637

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

Facturación

Facturación de farmacia para los medicamentos provistos ‘subordinados’ a los servicios de un médico

Número de *MLN Matters*: MM7397

Número de petición de cambio relacionado: 7397

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R2437CP

Fecha de implementación: 1 de enero de 2013

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7397, la cual clarifica la política con respecto a las restricciones sobre la facturación de farmacia para los medicamentos provistos “subordinados” a los servicios de un médico. Las farmacias, suplidores, y proveedores no pueden facturar a Medicare Parte B por medicamentos dispensados directamente a un beneficiario para administración “subordinado” al servicio de un médico, tal como rellenar una bomba de medicamento implantada. Estas reclamaciones serán denegadas.

El CR también clarifica la póliza para la determinación local de los límites de pago para los medicamentos que no son determinados nacionalmente.

Este artículo nota que el CR 7397 rescinde y completamente reemplaza el CR 7109.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7397.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7397, 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/R2437CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2437, CR 7397

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



Facturación cuestionable por los suplidores de prótesis de extremidades inferiores

Número de *MLN Matters*: SE1213

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 resalta el reporte de agosto de 2011 del Departamento de Salud y Recursos Humanos (DHHS), estudio de la Oficina del Inspector General (OIG) titulado “Questionable Billing By Suppliers of Lower Limb Prostheses.” También discute la política de Medicare sobre la cobertura de prótesis de extremidades inferiores bajo el beneficio de la Parte B del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, y suministros (DMEPOS). El estudio fue diseñado para cumplir los siguientes objetivos:

1. Identificar pagos para prótesis de extremidades inferiores en 2009 que no cumplieron ciertos requisitos de Medicare;
2. Identificar pagos de Medicare para prótesis de extremidades inferiores en 2009 para beneficiarios sin reclamaciones de sus médicos de referido;

(Continúa en la página siguiente)

Facturación... (continuación)

3. Identificar suplidores de prótesis de extremidades inferiores que tuvieron facturación cuestionable en el 2009; y
4. Describe las garantías del programa vigentes en 2009 y la primera mitad del 2010 para prevenir pagos inadecuados para prótesis de extremidades inferiores.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1213.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1213

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.

Archivos trimestrales de julio de 2012 de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare ASP y revisiones a archivos anteriores

Número de *MLN Matters*: MM7810

Número de petición de cambio relacionado: 7810

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2440CP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7810 instruye contratistas de Medicare para descargar e implementar el precio de venta promedio (ASP) de julio 2012 del archivo de precio de medicamentos de la Parte B de Medicare y los archivos revisados de abril 2012, enero 2012, octubre 2011, y julio 2011.

La metodología ASP está basada en data trimestral sometida a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) por los fabricantes. Los límites de pago bajo el sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) están incorporados dentro del editor de código ambulatorio (OCE) a través de instrucciones separadas que pueden ser localizadas en el *Medicare Claims Processing Manual* (Capítulo 4 (Hospital Parte B (Incluyendo hospitalización Parte B y OPPS)), Sección 50 (PRICER ambulatorio); vea <http://www.cms.gov/manuals/downloads/clm104c04.pdf>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7810.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7810, 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/R2440CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2440, CR 7810

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.

Rediseñado el Medicare summary notices

Número de *MLN Matters*: SE1218
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

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) han anunciado el rediseño del Medicare summary notice (MSN), el cual es la declaración que informa a los beneficiarios de Medicare sobre sus reclamaciones para los beneficios de Medicare. Disponible en línea, el MSN rediseñado también será enviado por correo a los beneficiarios en una base trimestral (comenzando en el 2013).

El rediseño de MSN es parte de una nueva iniciativa, "Your Medicare Information: Clearer, Simpler, At Your Fingertips". Esta iniciativa tiene la intención de hacer más clara la información de Medicare, más accesible, y más fácil de entender para los beneficiarios y sus cuidadores.

Este rediseño de MSN refleja comentarios de los beneficiarios para proveer un mejorado servicio al cliente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1218.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1218

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

Actualización de categoría de estatus de reclamación y códigos de estatus de reclamación

Número de *MLN Matters*: MM7793
Número de petición de cambio relacionado: 7793
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de marzo de 2012
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2436CP
Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

El Comité nacional de mantenimiento de código se reúne a principio de cada reunión de trimestre X12 (febrero, junio, y octubre) y toma decisiones sobre adiciones, modificaciones y retiro de códigos existentes. El conjunto de códigos está disponible en <http://www.wpc-edi.com/content/view/180/223/> o <http://www.wpc-edi.com/codes>. En la lista de códigos están incluidos detalles específicos, incluyendo la fecha cuando un código fue añadido, cambiado, o eliminado.

Todos los cambios de códigos aprobados durante la reunión de comité de junio 2012 serán publicados en su sitio en o alrededor del 1 de julio de 2012. Los contratistas de Medicare implementarán estos cambios el 2 de julio de 2012.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7793.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7793, 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/R2436CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2436, CR 7793

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.

Tarifa Fija

Actualización de abril a la base de datos de tarifas fijas para médicos de Medicare para el CY 2012

Número de *MLN Matters*: MM7745

Número de petición de cambio relacionado: 7745

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012 (a menos que se indique lo contrario)

Número de transmisión de CR relacionado: R2429CP

Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7745 e instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar una nueva base de datos de tarifas fijas para médicos de Medicare (MPFSDB). El 23 de diciembre de 2011, el Temporary Payroll Tax Cut Continuation Act of 2011 (TPTCCA) se convirtió en ley y suspendió la actualización automática negativa que hubiera entrado en efecto con la ley actual. TPTCCA permitió temporariamente una actualización de cero por ciento al MPFS desde el 1 de enero de 2012, hasta el 20 de febrero de 2012. El 22 de febrero de 2012, el Middle Class Tax Relief and Job Creation Act de 2012 (MCTRJCA) fue convertido en ley y extendió la actualización de cero por ciento hasta el 31 de diciembre de 2012. Esta nueva legislación contiene un número de provisiones de Medicare la cual cambia o extiende las políticas de pago por servicio mediante tarifa fija de Medicare (FFS). Algunos puntos clave incluyen:

- Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) están corrigiendo los pagos para todos los códigos de anestesia para el año calendario (CY) 2011 y para la primera parte del CY 2012. Nuevos archivos de factor de conversión de anestesia estarán disponibles para el CY 2011 y CY 2012 como parte de CR 7745.
- Las cantidades límites del sistema de pago prospectivo ambulatorio del código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 92227 están siendo incluidas en los archivos de actualización de abril. Su omisión fue debido a un error técnico y el error ha sido arreglado para prevenir que esto vuelva a ocurrir.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7745.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7745, 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/R2429CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2429, CR 7745

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 emergencia de marzo de 2012 a la base de datos CY 2012 Medicare physician fee schedule

Número de *MLN Matters*: MM7767 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 7767

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de marzo de 2012

Fecha de efectividad: 1 de marzo de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R1058OTN

Fecha de implementación: 15 de marzo de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7767, el cual resume el Middle Class Tax Relief and Job Creation Act (MCTRJCA) of 2012. Esta nueva ley previene una reducción de pago programado para los médicos y otros profesionales de la salud que tratan a los pacientes de Medicare a tomar efecto el 1 de marzo de 2012. La nueva ley extiende la actualización actual del cero por ciento para tales servicios hasta el 31 de diciembre de 2012. Todas las actualizaciones serán reflejadas en el revisado 2012 Medicare physician fee schedule (MPFS).

Los contratistas de Medicare no buscarán sus archivos para ajustar las reclamaciones ya procesadas antes de la

(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (continuación)

implementación de estos cambios. Sin embargo, ajustarán cualquier reclamación impactada traída a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7767.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7767, 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/R1058OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1058, CR 7767

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.

Información General

Actualización de CARC, RARC, MREP, y PC Print

Número de *MLN Matters*: MM7775

Número de petición de cambio relacionado: 7775

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2442CP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7775 instruye a los contratistas de Medicare y a los mantenedores del sistema compartido (SSM) a realizar cambios de programación para códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) nuevos, modificados y desactivados y códigos de comentarios de remesa de pago (RARC) que han sido añadidos desde la última actualización recurrente del código CR (CR 7683 Transmisión 2372 publicado el 22 de diciembre de 2011). También instruye al "intermediary standard system" (FISS) y a los "VIP Medicare system" (VMS) a actualizar el software PC Print y Medicare Remit Easy Print (MREP) respectivamente.

El CR 7775 no provee una lista completa de códigos. Usted debe obtener la lista completa para CARC y RARC del sitio Web de Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-edi.com/Reference>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7775.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7775, 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/R2442CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2442, CR 7775

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 general al Capítulo 15 del ‘Program Integrity Manual’

Número de *MLN Matters*: MM7797

Número de petición de cambio relacionado: 7797

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 14 de mayo de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R415PI

Fecha de implementación: 14 de mayo de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7797 relacionada implementa cambios al Capítulo 15 del *Program Integrity Manual (PIM)*. La CR 7797 se enfoca en las razones para devolver solicitudes CMS-855 en la Sección 15.8.1 y las políticas para rechazar solicitudes CMS-855 en la Sección 15.8.2.

Si, bajo la Sección 15.8.2 del Capítulo 15, un médico, profesional de la salud, o grupo de médicos o profesionales de la salud falla en proveer la información provista sobre la sumisión de su formulario CMS-855 dentro de los plazos previstos, el contratista rechazará (en lugar de denegar) la solicitud.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7797.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7797, 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/R415PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 415, CR 7797

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.

Información sobre la prevención de fraude de CMS: iniciativas de detección de proveedor automática y visitas al sitio nacional

Número de *MLN Matters*: SE1211

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 le provee con la más reciente información sobre la iniciativa del National Fraud Prevention Program (NFPP) de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS). La iniciativa incluye dos nuevos procesos para asistir a CMS en sus esfuerzos para prevenir el fraude y abuso en el programa de Medicare comenzando con el proceso de inscripción:

- **Detección de proveedor automática (APS)**
-- el proceso de APS filtrará a los proveedores y suplidores a través de la automatización de los controles de datos y métodos de desarrollo para identificar fraude, mal uso y abuso proactivamente. APS validará la información de la solicitud de inscripción del proveedor y suplidor utilizando varias bases de datos

públicos y privadas así como también comprobar automáticamente otras bases de datos referenciales.

- **Contratista de visitas al sitio nacional (NSVC)**
-- el proceso de verificación de la visita del sitio es un mecanismo de selección para prevenir que proveedores y suplidores dudosos se inscriban en el programa de Medicare. El NSVC verificará información de inscripción relacionada durante las visitas al sitio y recopilar información específica basada en listas de verificación predefinidas.

Este NFPP está destinado a proteger el programa de Medicare y asegurar que el pago de programa correcto sea hecho solo para servicios razonables y adecuados provistos a beneficiarios de Medicare por proveedores del cuidado legítimos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE1211.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1211

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.

Guía para presentar reclamaciones correctamente cuando hay pagadores secundarios envueltos

Número de *MLN Matters*: SE1217
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 *MLN Matters*® ofrece consejos sobre cómo asegurar sumisiones precisas de reclamaciones y pagos a tiempo, proveedores, médicos y otros suplidores deben:

- Recopilar la información completa del seguro de salud del beneficiario en cada visita al consultorio, visita ambulatoria, y admisión de hospital.
- Identificar el pagador primario antes de la sumisión de una reclamación, y facturar el pagador responsable apropiado por servicios relacionados.
- Utilice códigos de diagnósticos correctos y específicos, especialmente para reclamaciones relacionadas a accidentes.

Recuerde: Una reclamación presentada correctamente

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.



previene a los contratistas de Medicare de denegar reclamaciones inapropiadamente y acelera el proceso de pago.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE1217.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1217

Calcule las posibilidades ...

Ya sea que esté estimando la cantidad de un pago de Medicare, la duración del periodo de coordinación de una ESRD o la fecha límite para enviar una solicitud de apelación o contestar a una petición de desarrollo adicional, pruebe la manera fácil de calcular las posibilidades. Encuentre todo lo que necesita para “hacerlo usted mismo” en nuestro nuevo Centro de herramientas.

Próximos eventos de asistencia y educación al proveedor

Mayo de 2012

Teleconferencia de Medicare Parte A “Ask-the-contractor”

Cuando: 8 de mayo de 2012
 Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m. AT
 Tipo: webcast

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

Teleconferencia de Medicare Parte B “Ask-the-contractor”

Cuando: 9 de mayo de 2012
 Hora: 2:00 p.m.-3:30 p.m. ET
 Tipo: webcast

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

Clase sobre PECOS basado en la Internet

Cuando: 15 de mayo de 2012
 Hora: 8:00 a.m.-12:00 p.m. ET
 Tipo: cara a cara

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

Cirugía global: Cómo realizar facturación

Cuando: 16 de mayo de 2012
 Hora: 11:30 a.m.-1:00 p.m. ET
 Tipo: webcast

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

- 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

Facturación por servicios de complicaciones post-trasplante de donantes renales

Número de *MLN Matters*: MM7523 Revisada
Número de petición de cambio relacionado: 7523
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de octubre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012 para procesamiento de reclamaciones, pero política es efectiva el 28 de noviembre de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: R148BP y R2334CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7523 no transmite ninguna política nueva o cambiada; sin embargo, si transmite lenguaje de aclaración para dos manuales de Medicare. Esta clarificación está siendo provista para asegurar consistencia entre todos los contratistas de Medicare a procesar reclamaciones por servicios de complicaciones post-trasplante de donantes renales.

La Sección 140.9 del Capítulo 11 del *Manual de políticas de beneficios de Medicare* está siendo actualizado para mostrar lo siguiente: El donante de un órgano para un trasplante de Medicare está cubierto por un número ilimitado de días de cuidado en relación con la operación de extracción del órgano. Días de atención para pacientes hospitalizados utilizados por el donante en relación con la operación de extracción del órgano no deben ser cargados contra el registro de utilización de ninguna de las partes.

En adición, CR 7523 está añadiendo texto a la

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.



Sección 90.1.3 del Capítulo 3 del *Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7523.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7523, 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/R148BP.pdf> and <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R2334CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 148, CR 7523
CMS Pub. 100-04, Transmittal 2334, CR 7523

Modificación revisada para el código de administración G0010 para hepatitis B

Número de *MLN Matters*: MM7692 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 7692
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de abril de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R2438CP
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7692 la cual le informa a los contratistas de Medicare que efectivo para reclamaciones procesadas con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2011, los proveedores del sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) deben reportar el código G0010 para la administración de la vacuna contra hepatitis B en lugar de 90471 o 90472 para asegurar la exención correcta de coaseguro y deducible para la administración de la vacuna contra hepatitis B. Si las reclamaciones que contienen este código fueron procesadas incorrectamente antes de la implementación de CR 7692, usted debe traerlas a la atención de su contratista a partir del 2 de julio de 2012, para ajuste.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7692.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7692, 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/R2438CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2438, CR 7692

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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

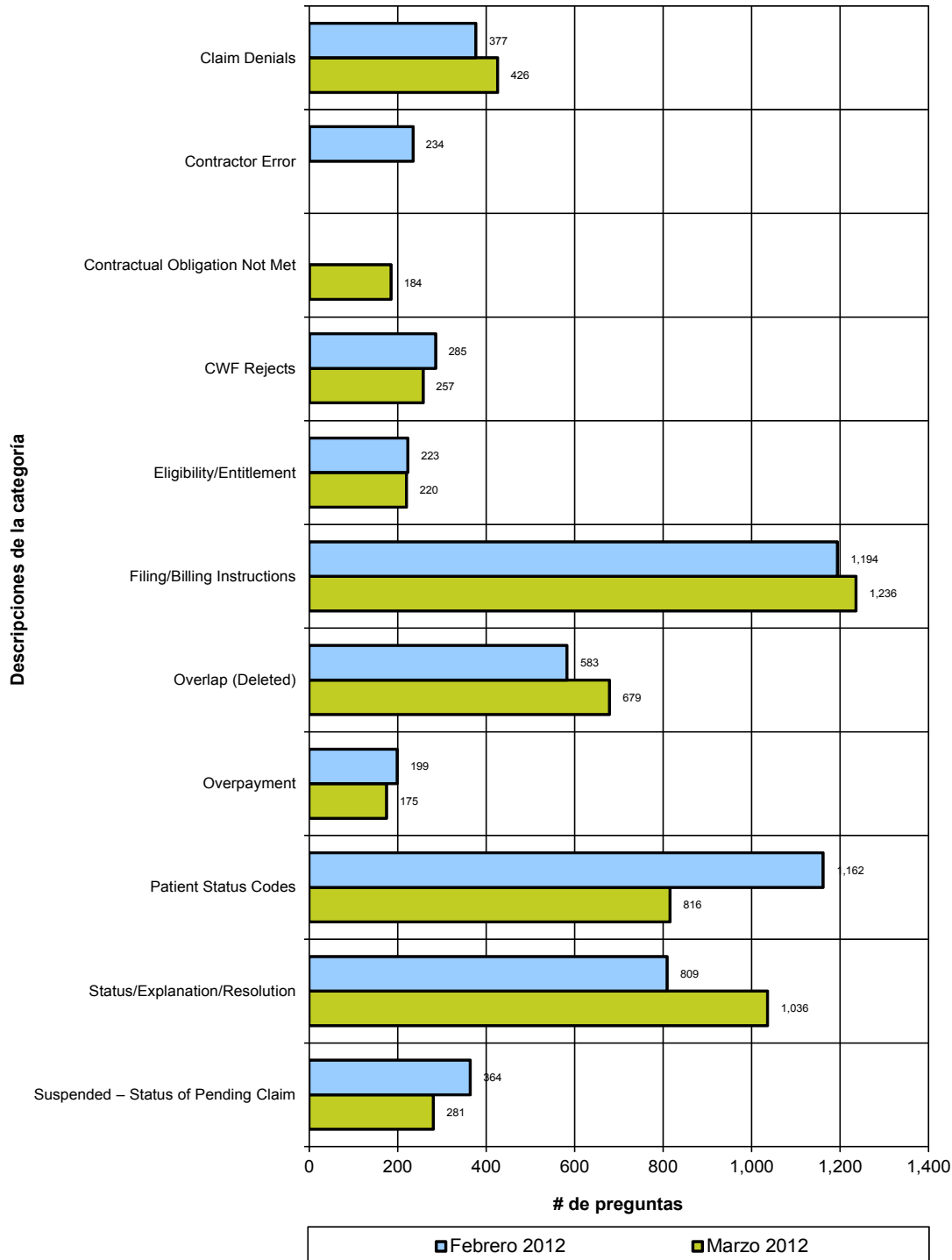


Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en febrero y marzo de 2012

El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, y códigos de denegación para reclamaciones rechazadas y devueltas al proveedor (RTP) presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de febrero y marzo 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

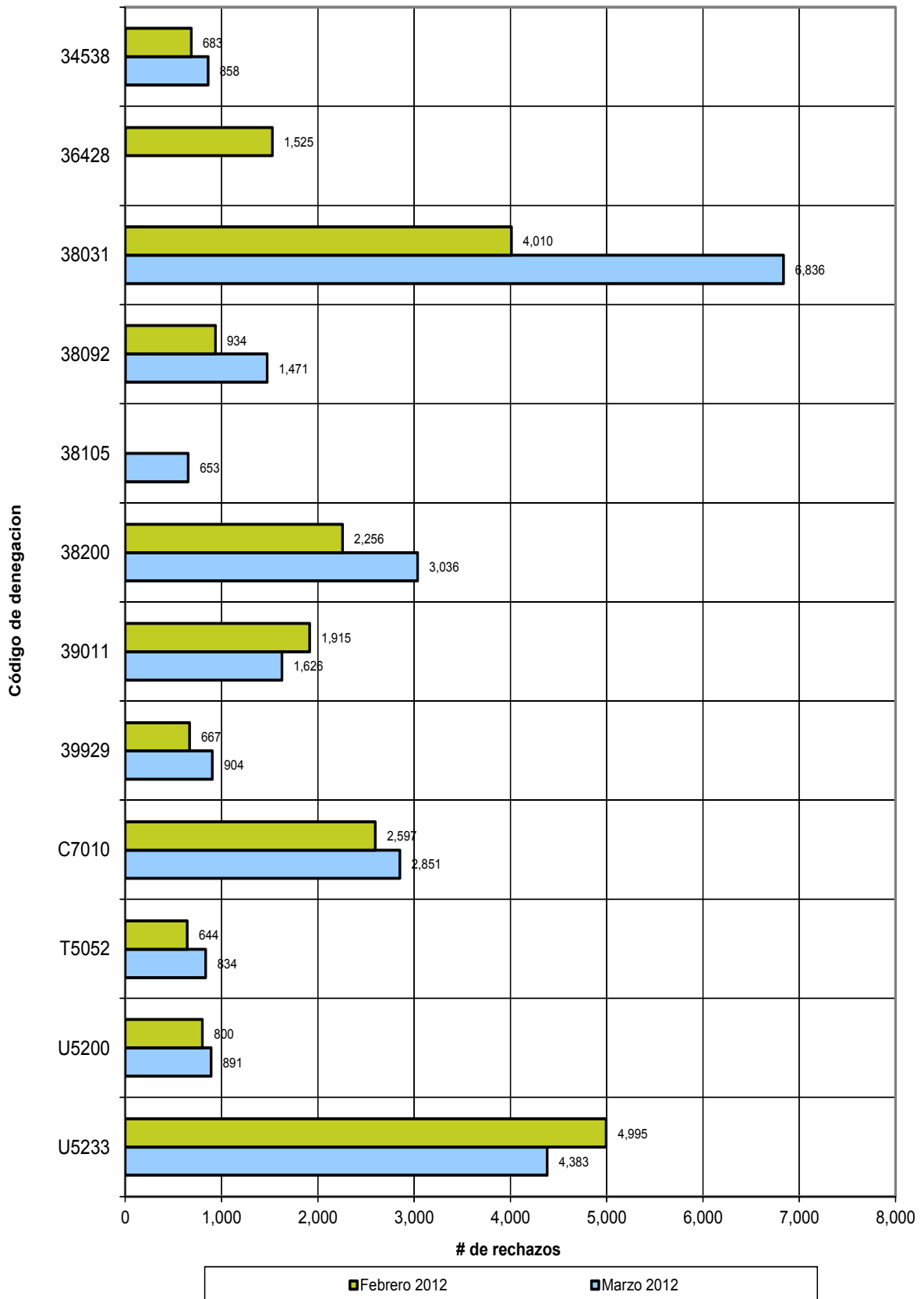
http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Preguntas de Parte A más frecuentes en febrero-marzo de 2012



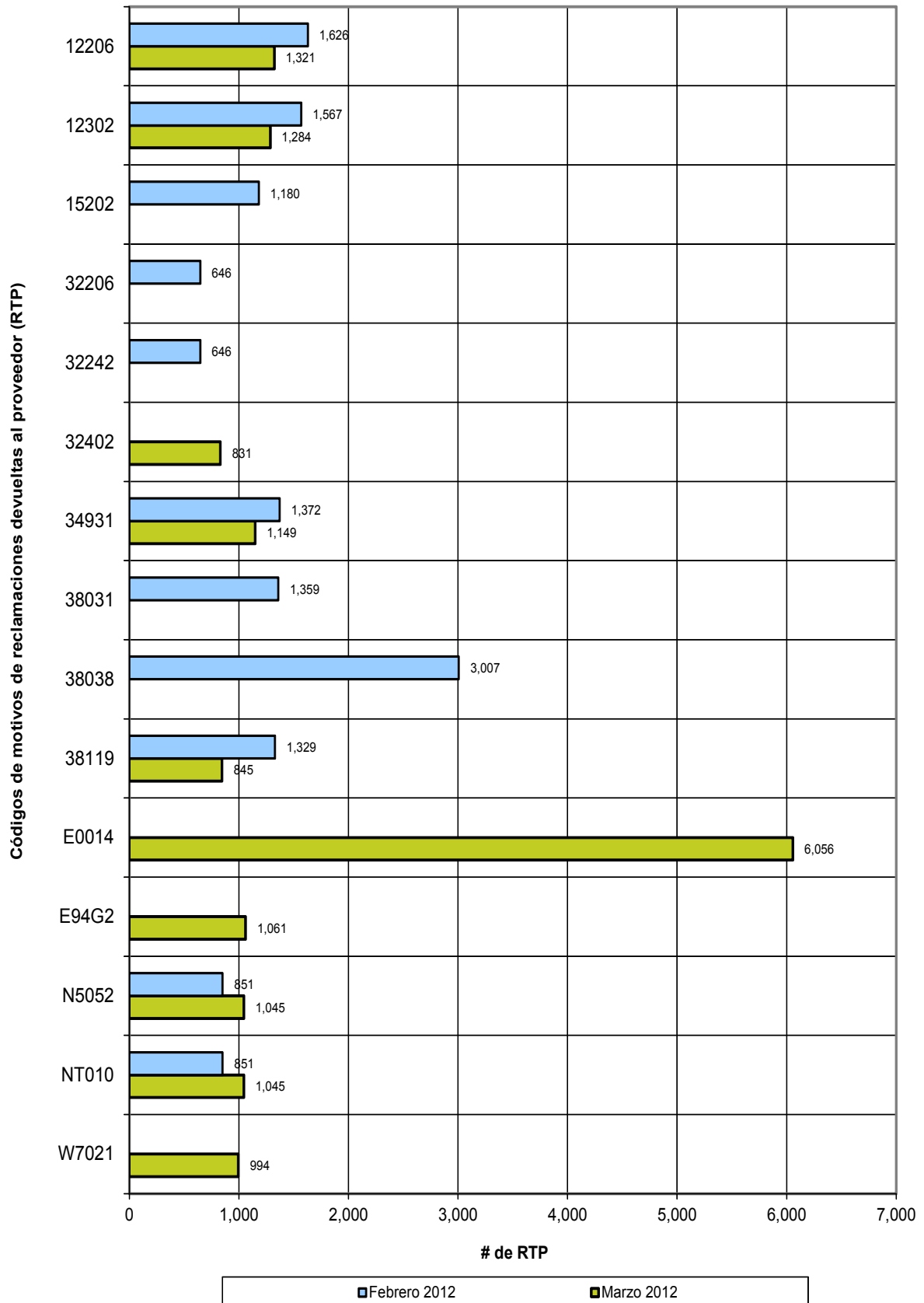
Gráficos... (Continuación)

Rechazos más frecuentes de Parte A en febrero-marzo de 2012



Gráficos... (Continuación)

Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en febrero-marzo 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

LCD Nuevas

A43201: Noncovered procedures	21
A95920: Intraoperative neurophysiology testing	21
AJ9033: Bendamustine hydrochloride (Treanda®)	22

Revisiones a las LCD existentes

AJ9041: Bortezomib (Velcade®)	23
BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins	23
A84999: Gene expression profiling panel for use in the management of breast cancer treatment	24
AJ1745: Infliximab (Remicade™)	24
A36470: Treatment of varicose veins of the lower extremity ...	25
A67221: Ocular photodynamic therapy (OPT)	25
ZEVALIN: Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) therapy	26
ATHERSVCS: Therapy and rehabilitation services	26
AJ9001: Doxorubicin, liposomal (Doxil)	27
ANCSVCS: Noncovered services	27
AJ0897: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications	28

Información médica adicional

76499: Digital tomosynthesis (3D Mammography)	29
Lista de medicamentos auto-administrados (SAD) – Parte A: C9399/J1324	30

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).

LCD Nuevas

A43201: Noncovered procedures - endoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) – nueva LCD

Identificador de LCD: L32487 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) describe tratamientos endoscópicos de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) que fueron evaluados para cobertura. Se determinó que la evidencia actual disponible publicada basada en literatura revisada por compañeros no es suficiente para establecer la seguridad a largo plazo y eficiencia de procedimientos “transesophageal endoscopic anti-reflux” como tratamiento para GERD. La LCD describe tres enfoques “transesophageal endoscopic” diseñados para tratar GERD incluyendo aplacamiento endoscópico o procedimientos de sutura; el uso de energía de radiofrecuencia (RF); e inyección submucosa o implantación de agentes de volumen o prótesis de polímeros. Los procedimientos relacionados al tratamiento endoscópico de GERD no están siendo cubiertos en este momento, según se vaya obteniendo nueva información, estaremos reconsiderando según la petición.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 12 de junio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare 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](#).

A95920: Intraoperative neurophysiology testing – nueva LCD

Identificador de LCD: L32491 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La “intraoperative neurophysiology testing” (IONT) es el uso de métodos electrofisiológicos para probar la integridad funcional de ciertas estructuras neurológicas (e.g., nervios, médula espinal, y parte del cerebro) durante ciertas cirugías. La meta principal de IONT es la identificación de discapacidad en el sistema nervioso con la esperanza de que la pronta intervención evitará déficits como debilidad en los músculos, pérdida de sensación, pérdida de audición, y discapacidad de otras funciones corporales, y/o para proveer guía funcional al cirujano y anesthesiólogo. En segundo lugar, las técnicas de cartografía utilizadas para identificar estructuras críticas en el sistema nervioso son identificadas electrofisiológicamente; el cirujano evita estas estructuras para prevenir que ocurra daño neurológico. Factores corregibles que pueden ocurrir durante cirugía incluyen trastornos circulatorios, exceso de compresión de retracción, estructuras óseas o hematomas, o estiramiento mecánico.

Una nueva determinación de cobertura local (LCD) ha sido desarrollada para dar indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT, requisitos de documentación, pautas de utilización, y pautas de codificación para IONT.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 12 de junio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare 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](#).

AJ9033: Bendamustine hydrochloride (Treanda®) – nueva LCD

Identificador de LCD: L32495 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Bendamustine hydrochloride (Treanda®) es un derivativo de mecloretamina bifuncional con actividades alquilantes y antimetabolitas. El mecanismo exacto de acción sigue siendo desconocido, sin embargo, clorhidrato de bendamustina parece actuar primariamente como un alquilante. Se cree que inhibe DNA, RNA, y síntesis de proteína y apoptosis subsiguientemente.

Clorhidrato de bendamustina es aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para inyección para el tratamiento de pacientes con las siguientes indicaciones:

- Leucemia linfocítica crónica (CLL). La eficacia relativa a terapias de primera línea a parte de clorambucil no ha sido establecido.
- Linfoma de no Hodgkin de célula B indolente (NHL) que ha progresado durante o dentro de seis meses de tratamiento de rituximab o un régimen que contiene rituximab.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) trata indicaciones de la FDA como también las siguientes indicaciones sin etiqueta por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN):

- Linfoma de Hodgkin - Linfoma clásico de Hodgkin (Terapia de segunda línea o de rescate como un solo agente con o sin terapia de radiación (RT) de antes rescate de célula madre autóloga para enfermedad progresiva o para enfermedad reincidente en pacientes inicialmente tratado con quimioterapia con o sin RT)
- Linfoma de Hodgkin - Linfoma de Hodgkin con linfocito predominante (Terapia de segunda línea o de rescate como un solo agente o en combinación con rituximab con o sin RT antes de rescate de célula madre autóloga para enfermedad progresiva o para enfermedad reincidente en pacientes inicialmente tratados con quimioterapia con o sin RT)
- Mieloma múltiple (Terapia de rescate en pruebas clínicas o no como un solo agente para enfermedad rescindida o para enfermedad progresiva o refractaria)
- Macroglobulinemia de Waldenström /linfoma linfopasmático (Usado con o sin rituximab como terapia primaria, terapia de rescate para enfermedad que no responde a terapia primaria o para enfermedad progresiva o rescindida)

Esta nueva LCD fue desarrollada para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los ICD-9-CM que sustentan la necesidad médica, los requisitos de documentación y directrices de utilización para “bendamustine hydrochloride” (Treanda®). Un anexo de LCD de directrices de codificación fue también desarrollada la cual incluye información sobre las dosis y administración de bendamustina.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 12 de junio 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](#).

Revisiones a las LCD Existentes

AJ9041: Bortezomib (Velcade®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28787 (Florida)

Identificador de LCD: L28789 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para bortezomib (Velcade®) fue más recientemente revisada el 1 de noviembre de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha para añadir diagnósticos sin etiqueta relacionados a la indicación de mieloma múltiple según la síntesis del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para la vía de administración de la inyección subcutánea e inyección intravenosa. Los siguientes códigos ICD-9-CM fueron añadidos bajo la sección de la LCD titulada “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity.”

- 203.10 (Plasma cell leukemia without mention of having achieved remission failed remission)
- 203.12 (Plasma cell leukemia in relapse)
- 203.80 (Other immunoproliferative neoplasms without mention of having achieved remission failed remission)
- 203.82 (Other immunoproliferative neoplasms in relapse)
- 238.6 (Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites and tissues, plasma cells)

En adición, la sección de la LCD “Política de cobertura nacional de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS)” fue actualizada para incluir las referencias al Sistema Manual de CMS, *Medicare Program Integrity Manual*, Pub.100-08, Capítulo 13, Sección 13.1.3 y la Sección del Social Security Act 1861(t)(2)(B). Verbiage también fue actualizado bajo las secciones “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 25 de abril de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare <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](#).

BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28788 (Florida)

Identificador de LCD: L28790 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para botulinum toxins fue recientemente revisada el 1 de enero de 2012. Desde entonces, se hicieron revisiones bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para remover la indicación sin etiqueta de Botox® para tratar la incontinencia urinaria neurogénica y para añadir la nueva indicación de etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de incontinencia urinaria debido a hiperactividad del detrusor asociada con una condición neurológica [e.g., lesión de la médula espinal (SCI), esclerosis múltiple (MS)] en adultos quienes tienen una respuesta inadecuada a o no toleran medicamentos anticolinérgicos. En adición, las secciones “CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fueron actualizadas.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 29 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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](#).

A84999: Gene expression profiling panel for use in the management of breast cancer treatment – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28849 (Florida)

Identificador de LCD: L28882 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el panel de trazado de perfil de expresión genética para utilizar en el tratamiento de cáncer del seno fue efectiva para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y en o después del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como una LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, basado en una petición de reconsideración, la LCD ha sido revisada para añadir estrogen positive breast carcinoma con 1-3 nodos positivos a la sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 10 de abril de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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](#).

AJ1745: Infliximab (Remicade™) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28890 (Florida)

Identificador de LCD: L28912 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para infliximab (Remicade™) fue efectiva para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, se le hizo una revisión a la LCD basado en una petición de reconsideración. Bajo la sección de 'Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity' de la LCD, se hizo una referencia a la nueva subtítulo de 'Limitaciones' para consideración individual para la enfermedad Takayasu (ICD-9-CM código 446.7). Bajo esta nueva sección de 'Limitaciones' de la LCD, se le dio lenguaje declarando que los registros médicos pueden ser pedidos para revisión de prepago cuando el código de diagnóstico 446.7 es facturado para infliximab (Remicade™). En adición, la 'CMS National Coverage Policy', 'Utilization Guidelines', y las secciones 'Sources of Information and Basis for Decision' de la LCD fueron actualizados.

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 18 de abril de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de la base de datos de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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](#).

A36470: Treatment of varicose veins of the lower extremity – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28999 (Florida)

Identificador de LCD: L29031 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para tratamiento de venas varicosas de la extremidad inferior fue más recientemente revisado el 14 de junio de 2011. Desde entonces, se hicieron revisiones bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” bajo el subtítulo “Endovenous ablation therapy.” El texto fue corregido y actualizado para reflejar la siguiente verborrea: un ultrasonido post-operatorio será permitido para cuidado de seguimiento cuando endovenous radiofrequency ablation (ERFA) o endovenous laser treatment (EVL) sea efectuado. El registro médico debe indicar claramente que la razón para el ultrasonido de seguimiento está relacionada al procedimiento ERFA o EVLT efectuado.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 27 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare 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](#).

A67221: Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28939 (Florida)

Identificador de LCD: L28960 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin fue efectiva para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como una LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, se hizo una revisión a la LCD basado en una petición de reconsideración. Bajo la sección ‘Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity’ de la LCD se añadió un subtítulo para ‘Limitaciones’ con verborrea para incluir la indicación sin etiqueta de central serous retinopathy (CSR) (ICD-9-CM código 362.41) para ser revisada en forma de consideración individual con criterios especificados. En adición, la sección ‘Utilization Guidelines’ de la LCD y el ‘Coding Guidelines’ suplemento fueron actualizados respecto a CSR en forma de consideración individual. También, la sección ‘Sources of Information and Basis for Decision’ de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 18 de abril de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de la base de datos de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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](#).

ZEVALIN: Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) therapy – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28888 (Florida)

Identificador de LCD: L28910 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para terapia de ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) fue recientemente revisada el 3 de septiembre de 2009. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para actualizar las indicaciones actuales del Food and Drug Administration (FDA) sobre la eliminación de imágenes de la dosis Indium-111 y requisitos de dosimetría previamente requeridos como parte del régimen de tratamiento de Zevalin®. Bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, el texto fue revisado para definir Zevalin® y actualizar las indicaciones actuales de la FDA. También, la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes” fue revisada para remover códigos CPT/HCPCS 78802, 78004, y A9542 relacionadas a In-111 Zevalin®. La referencia al código HCPCS A9542 fue removida de la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”. En adición las secciones “CMS National Coverage Policy,” “Utilization Guidelines,” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fueron actualizadas. El suplemento de las “pautas de codificación” también fue actualizado con esta información nueva de la FDA.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 25 de abril de 2012**, por servicios provistos **a partir del 18 de noviembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare 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](#).

ATHERSVCS: Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28992 (Florida)

Identificador de LCD: L29024 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) y el archivo adjunto de “pautas de codificación” para servicios de terapia y rehabilitación fueron recientemente revisados el 1 de enero de 2012. Desde entonces, verborrea ha sido revisada para reflejar “hasta nuevo aviso” en la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD bajo la subsección “Exception Process for Outpatient Therapy Caps” y en el archivo adjunto de “pautas de codificación” de la LCD bajo la subsección “Use of the KX Modifier.” Esta revisión fue basada en información recibida de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare 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](#).

AJ9001: Doxorubicin, liposomal (Doxil) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L28827 (Florida)

Identificador de LCD: L28860 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin, liposomal (Doxil) fue efectiva para servicios prestados a partir del 16 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, se le hizo una revisión a la LCD basado en la revisión de etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) para aprobar el uso de Lipodox importado a los Estados Unidos el 21 de febrero de 2012. La sección “CPT/HCPCS Code” de la LCD fue revisada para añadir códigos HCPCS J9999 y C9399 (Ambulatory Surgical Centers [ASCs only]) y la descripción “Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, imported lipodox, 10 mg.”

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 25 de abril de 2012** para servicios prestados **a partir del 21 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](#).

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 no cubiertos fue revisada por última vez el 27 de febrero de 2012. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada a la LCD. Los nuevos códigos CPT Categoría III y el código HCPCS de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) de actualización anual HCPCS 2012 (petición de cambio [CR] 7540) fueron evaluados y fue determinado que no son médicamente razonables y necesarios por ahora basado en la evidencia actual disponible publicada (e.g., literatura médica revisada por grupo paritario, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, los códigos CPT Categoría III 0278T, 0282T, 0283T, 0284T, 0285T, 0286T, 0287T, 0291T, 0292T, 0293T, 0294T, 0299T, 0300T, 0301T, y el código HCPCS C9732 (Ambulatory Surgical Centers [ASC] solamente) fueron añadidos a la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD.

También, el código HCPCS C1830 (los ASC solamente) y los códigos CPT 99199 (cuando son facturados por el SNaP sistema de atención de herida - un dispositivo portable, no motorizado, de succión, y de un solo uso con equipo de vendaje, para la administración de herida vía aplicación de presión negativa a la herida), 20999 (cuando es facturado por “Magnetic resonance guided focused ultrasound surgery” (MRgFUS) [e.g., ExAblate]), y 66999 (cuando es facturado para la inserción de prótesis de telescopio ocular incluyendo remoción del lente cristalino [servicios del médico solamente]) fueron evaluados y fue determinado que no son médicamente razonables y necesarios por ahora basado en la evidencia actual disponible publicada (e.g., literatura médica revisada por grupo paritario, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, el código HCPCS C1830 y el código CPT no listado 99199 fueron añadidos a la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Devices” de la LCD; y el código CPT no listado 20999 fue añadido a la sección “CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD.

En adición, el código CPT no listado 43499 (cuando es facturado por el EsophyX® System [transoral incisionless fundoplication TIF®]) fue removido de la sección “CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions – Procedures” de la LCD y fue añadido a la nueva LCD para Noncovered Procedures: Endoscopic Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD).

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 12 de junio 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](#).

AJ0897: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L32110 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para bisphosphonates (intravenous [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de osteoporosis y sus otras indicaciones fue más recientemente revisadas el 1 de enero de 2012. Desde entonces, se hizo una revisión a la LCD basado en una petición y revisiones a las indicaciones de etiqueta de la Food and Drug Administration's (FDA) para Prolia®.

Bajo la sección 'Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity' de la información de ensayos clínicos de la LCD y las siguientes indicaciones fueron añadidas para Prolia®:

- Tratamiento de pérdida ósea en los hombres en alto riesgo de fractura recibiendo terapia de androgen deprivation para cáncer de próstata no metastásico
- Tratamiento de pérdida ósea en las mujeres en alto riesgo de fractura recibiendo terapia de adjuvant aromatase inhibitor para cáncer en el seno

En adición, bajo la sección 'ICD-9 Codes that Support Medical Necessity' de la LCD fueron añadidos los siguientes códigos de diagnóstico/requerimientos para Prolia® (HCPCS código J0897) y Boniva® (HCPCS código J1740):

Boniva®

- 198.5 Secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow
- 731.0 Osteitis deformans without mention of bone tumor
- 203.82 (Other immunoproliferative neoplasms in relapse)

Prolia®

Para tratamiento de pérdida ósea en mujeres en alto riesgo de fractura recibiendo terapia de adjuvant aromatase inhibitor para cáncer del seno, ICD-9-CM código 733.90 (Disorder of bone and cartilage, unspecified) es reportado con ICD-9-CM código V10.3 y V07.52:

- V10.3 Personal history of malignant neoplasm of breast
- V07.52 Use of aromatase inhibitors

Para tratamiento de pérdida ósea en hombres en alto riesgo de fractura recibiendo terapia de androgen deprivation para cáncer de próstata no metastásico, ICD-9-CM código 733.90 es reportado con ICD-9-CM código V10.46 y V58.69:

- V10.46 Personal history of malignant neoplasm of prostate
- V58.69 Long term (current) use of other medications

En adición, la sección 'Documentation Requirements' de la LCD también fue actualizada para incluir las revisiones a las indicaciones de la etiqueta de FDA para Prolia®.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas a partir del 1 de mayo de 2012, para servicios prestados a partir del 16 de octubre de 2011. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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

76499: Digital tomosynthesis (3D Mammography)

Digital breast tomosynthesis (3-D Mammography) es una nueva tecnología de imagen utilizada para detectar cáncer de pecho. Actualmente, la literatura clínica no demuestra mejora significativa en los resultados de salud comparado a mamografía tradicional 2D, aunque estudios clínicos están en transcurso. Medicare cubre mamografía diagnóstica cuando es médicamente razonable y necesaria y examen de mamografía para el beneficio de servicio preventivo.

Por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) Publicación de Medicare 100-04, Claims Processing Manual, Capítulo 18, Sección 20.1, Preventive and Screening Services, *el Mammography Quality Standards Act (MQSA) provee estándares específicos sobre aquellos calificados para realizar mamogramas de detección y diagnóstico y cómo ellos deben estar certificados. El MQSA requiere que el Secretario se asegure que todos los centros que proveen servicios de mamografía cumplan los estándares nacionales de calidad.*

Efectivo el 1 de octubre de 1994, todos los centros que proveen servicios de mamografía de detección y diagnóstico (excepto centros VA) deben tener un certificado emitido por la Food and Drug Administration (FDA) para continuar operando. El FDA Center for Devices and Radiological Health es responsable para coleccionar las tarifas de certificado y revisar centros de mamografía (examen y diagnóstico).

Por ahora, no hay declaración nacional de Medicare que distingue las técnicas de mamografía 2D de 3D. Hasta tal clarificación, la mamografía 2D y 3D serán reembolsadas igual en Medicare Parte B si los requisitos del programa son cumplidos.

Actualmente, no existe un consenso en la facturación y codificación de tomosíntesis de pecho digital puesto que los proveedores han estado utilizando los códigos G para imagen digital directa, el código no listado-(notando que no es una técnica digital 'directa'), o ambos. Para asegurar el acceso del beneficiario a la atención médica de rutina, las pruebas de detección de mamografía y diagnóstica, MAC J9 permitirá el diagnóstico médicamente razonable y necesario o mamografía de detección bajo el beneficio de Medicare como el código G aplicable de reembolso solamente (un pago por servicio) y es recomendado que 76499 para tomosíntesis de pecho sea facturado con el código G apropiado.

- 76499 Unlisted diagnostic radiographic procedure (Use for Digital Breast Tomosynthesis [3-D Mammography])
- G0202 Screening mammography, producing direct digital image, bilateral, all views
- G0204 Diagnostic mammography, producing direct digital image, bilateral, all views
- G0206 Diagnostic mammography, producing direct digital image, unilateral, all views when performed
- 77051 Computer-aided detection (computer algorithm analysis of digital image data for lesion detection) with further physician review for interpretation, with or without digitization of film radiographic images; diagnostic mammography (List separately in addition to code for primary procedure)
- 77052 Computer-aided detection (computer algorithm analysis of digital image data for lesion detection) with further physician review for interpretation, with or without digitization of film radiographic images; screening mammography (List separately in addition to code for primary procedure)

Cabe notar, debido a que tomosíntesis de pecho digital (DBT) es una nueva modalidad mamográfica, los centros que deseen utilizar DBT en pacientes deben cumplir todos los requisitos aplicables MQSA (Mammography Quality Standards Act). Vea el siguiente sitio Web de la Food and Drug Administration (FDA) http://www.fda.gov/Radiation-EmittingProducts/MammographyQualityStandardsActandProgram/FacilityCertificationandInspection/ucm243765.htm?utm_source=fdaSearch&utm_medium=website&utm_term=dbt&utm_content=3

Lista de medicamentos auto-administrados (SAD) – Parte A: C9399/J1324

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) proveen instrucciones a contratistas sobre pago de Medicare por medicinas y productos biológicos luego de la atención de un médico. Las instrucciones también proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente auto-administrado y por lo tanto, no cubierto por Medicare. Pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables auto-administrados luego de la atención de un médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para servicios prestados a **partir del 19 de mayo de 2012**, las siguientes medicinas han sido añadidas a la lista MAC J-9 Parte A SAD.

- C9399 Inyección: Sylatron (peginterferon alfa-2b)
- C9399 Inyección: Firazyr (icatibant)
- C9399 Inyección: Exenatide inyección [Byetta®]
- C9399 Inyección: Anakinra [Kineret™] 100 mg
- C9399 Inyección: Peginterferon alfa 2a [Pegasys®]

En adición, Enfuvirtide [Fuzeon™] ha estado en la lista SAD como HCPCS código J3490 y ahora ha sido actualizado para reflejar el código HCPCS J1324 correcto.

La evaluación de medicamentos para añadirlas a la lista de medicamentos auto-administrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en http://medicareespanol.fcso.com/Drogas_auto-administradas/.

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 FCSSO (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 español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (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)	\$
			Total	\$

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

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.medicare.gov

Facturación

Lista actualizada de códigos HCPCS DMEPOS 2012 ahora disponible

Número de *MLN Matters*: MM7679
 Número de petición de cambio relacionado: 7679
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2427CP
 Fecha de implementación: 23 de abril de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7679 notifica a los suplidores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para contratista administrativo de equipo duradero de Medicare (DME MAC), aseguradora de la Parte B, o jurisdicciones MAC A/B es actualizada anualmente para reflejar códigos que han sido añadidos o descontinuados (eliminados) cada año. La hoja de cálculo es útil para personal de facturación mostrando el contratista de Medicare adecuado a ser facturado para los HCPCS que aparecen en la hoja de cálculos. La hoja de cálculo para la lista de jurisdicción de 2012 está disponible bajo la "Categoría de codificación" en <http://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html>.

Note que como parte de la actualización de 2012, los códigos HCPCS L8511, L8512, L8513, L8514, y L8515 están cambiando la jurisdicción de procesamiento de reclamaciones de DME MAC al operador local conjunto y la jurisdicción DME MAC. Para facilitar el cambio de jurisdicción, aseguradoras y los MAC A/B manualmente pondrán precio a las reclamaciones de los códigos L8511 hasta L8515 con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012, utilizando las cantidades de tarifas fijas de 2012 de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y suministros (DMEPOS).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7679.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7679, 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/R2427CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2427, CR 7679

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.

Listado de jurisdicción DMEPOS 2012

Este artículo es informativo y es basado en la petición de cambio (CR) 7679 la cual le notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de los códigos del sistema de codificación de procedimientos comunes del cuidado de la salud (HCPCS) para el contratista administrativo de Medicare de equipo médico duradero (DME MAC) y el contratista local de la Parte B o jurisdicciones A/B MAC es actualizado anualmente para reflejar códigos que han sido añadidos o descontinuados (eliminados) cada año. La hoja de cálculo es útil para facturar personal mostrando el contratista de Medicare adecuado a ser facturado por HCPCS que aparecen en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de jurisdicción 2012 se encuentra adjunta a la CR 7679 en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R2427CP.pdf>.

Tenga en cuenta que los códigos eliminados son válidos para fechas de servicio a partir de la fecha en que fue eliminado y los códigos actualizados están en negrilla.

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A0021-A0999	Ambulance services	Local carrier
A4206-A4209	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A4210	Needle free injection device	DME MAC
A4211	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4212	Non coring needle or stylet with or without catheter	Local carrier
A4213- A4215	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4216- A4218	Saline	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4220	Refill kit for implantable pump	Local carrier
A4221- A4250	Medical, surgical, and self-administered injection supplies	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4252- A4259	Diabetic supplies	DME MAC
A4261	Cervical cap for contraceptive use	Local carrier
A4262- A4263	Lacrimal duct implants	Local carrier
A4264	Contraceptive implant	Local carrier
A4265	Paraffin	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4266- A4269	Contraceptives	Local carrier
A4270	Endoscope sheath	Local carrier
A4280	Accessory for breast prosthesis	DME MAC
A4281- A4286	Accessory for breast pump	DME MAC
A4290	Sacral nerve stimulation test lead	Local carrier
A4300- A4301	Implantable catheter	Local carrier
A4305- A4306	Disposable drug delivery system	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4310- A4358	Incontinence supplies/urinary supplies	If provided in the physician's office for a temporary condition, the item is incident to the physician's service and billed to the local carrier. If provided in the physician's office or other place of service for a permanent condition, the item is a prosthetic device and billed to the DME MAC.
A4360- A4434	Urinary supplies	If provided in the physician's office for a temporary condition, the item is incident to the physician's service and billed to the local carrier. If provided in the physician's office or other place of service for a permanent condition, the item is a prosthetic device and billed to the DME MAC.
A4450- A4456	Tape; adhesive remover	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable) or if supply for implanted prosthetic device. If other DME MAC.
A4458	Enema bag	DME MAC

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A4461- A4463	Surgical dressing holders	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4465- A4466	Non-elastic binder and elastic garment	DME MAC
A4470	Gravlee jet washer	Local carrier
A4480	Vabra aspirator	Local carrier
A4481	Tracheostomy supply	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4483	Moisture exchanger	DME MAC
A4490- A4510	Surgical stockings	DME MAC
A4520	Diapers	DME MAC
A4550	Surgical trays	Local carrier
A4554	Disposable underpads	DME MAC
A4556- A4558	Electrodes; lead wires; conductive paste	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4559	Coupling gel	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4561- A4562	Pessary	Local carrier
A4565	Sling	Local carrier
A4566	Shoulder abduction restrainer	DME MAC
A4570	Splint	Local carrier
A4575	Topical hyperbaric oxygen chamber, disposable	DME MAC
A4580- A4590	Casting supplies and material	Local carrier
A4595	TENS supplies	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4600	Sleeve for intermittent limb compression device	DME MAC
A4601	Lithium Ion battery for non-prosthetic use	DME MAC
A4604	Tubing for positive airway pressure device	DME MAC
A4605	Tracheal suction catheter	DME MAC
A4606	Oxygen probe for oximeter	DME MAC
A4608	Transtracheal oxygen catheter	DME MAC
A4611- A4613	Oxygen equipment batteries and supplies	DME MAC
A4614	Peak flow rate meter	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4615- A4629	Oxygen and tracheostomy supplies	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable). If other DME MAC.
A4630- A4640	DME supplies	DME MAC
A4641- A4642	Imaging agent; contrast material	Local carrier
A4648	Tissue marker, implanted	Local carrier

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A4649	Miscellaneous surgical supplies	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable) or if supply for implanted prosthetic device or implanted DME. If other DME MAC.
A4650	Implantable radiation dosimeter	Local carrier
A4651- A4932	Supplies for ESRD	DME MAC (not separately payable)
A5051- A5093	Additional ostomy supplies	If provided in the physician's office for a temporary condition, the item is incident to the physician's service and billed to the local carrier. If provided in the physician's office or other place of service for a permanent condition, the item is a prosthetic device and billed to the DME MAC.
A5102- A5200	Additional incontinence and ostomy supplies	If provided in the physician's office for a temporary condition, the item is incident to the physician's service and billed to the local carrier. If provided in the physician's office or other place of service for a permanent condition, the item is a prosthetic device and billed to the DME MAC.
A5500- A5513	Therapeutic shoes	DME MAC
A6000	Non-contact wound warming cover	DME MAC
A6010- A6024	Surgical dressing	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable) or if supply for implanted prosthetic device or implanted DME. If other DME MAC.
A6025	Silicone gel sheet	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable) or if supply for implanted prosthetic device or implanted DME. If other DME MAC.
A6154- A6411	Surgical dressing	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable) or if supply for implanted prosthetic device or implanted DME. If other DME MAC.
A6412	Eye patch	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable) or if supply for implanted prosthetic device or implanted DME. If other DME MAC.
A6413	Adhesive bandage	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable) or if supply for implanted prosthetic device or implanted DME. If other DME MAC.
A6441- A6512	Surgical dressings	Local carrier if incident to a physician's service (not separately payable) or if supply for implanted prosthetic device or implanted DME. If other DME MAC.
A6513	Compression burn mask	DME MAC
A6530- A6549	Compression gradient stockings	DME MAC
A6550	Supplies for negative pressure wound therapy electrical pump	DME MAC
A7000- A7002	Accessories for suction pumps	DME MAC

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
A7003- A7039	Accessories for nebulizers, aspirators and ventilators	DME MAC
A7040- A7041	Chest drainage supplies	Local carrier
A7042- A7043	Pleural catheter	Local carrier
A7044- A7046	Respiratory accessories	DME MAC
A7501- A7527	Tracheostomy supplies	DME MAC
A8000- A8004	Protective helmets	DME MAC
A9150	Non-prescription drugs	Local carrier
A9152- A9153	Vitamins	Local carrier
A9155	Artificial saliva	Local carrier
A9180	Lice infestation treatment	Local carrier
A9270	Noncovered items or services	DME MAC
A9272	Disposable wound suction pump	DME MAC
A9273	Hot water bottles, ice caps or collars, and heat and/or cold wraps	DME MAC
A9274- A9278	Glucose monitoring	DME MAC
A9279	Monitoring feature/device	DME MAC
A9280	Alarm device	DME MAC
A9281	Reaching/grabbing device	DME MAC
A9282	Wig	DME MAC
A9283	Foot off loading device	DME MAC
A9284	Non-electric spirometer	DME MAC
A9300	Exercise equipment	DME MAC
A9500- A9700	Supplies for radiology procedures	Local carrier
A9900	Miscellaneous DME supply or accessory	Local carrier if used with implanted DME. If other, DME MAC.
A9901	Delivery	DME MAC
A9999	Miscellaneous DME supply or accessory	Local carrier if used with implanted DME. If other, DME MAC.
B4034- B9999	Enteral and parenteral therapy	DME MAC
D0120- D9999	Dental procedures	Local carrier
E0100- E0105	Canes	DME MAC
E0110- E0118	Crutches	DME MAC
E0130- E0159	Walkers	DME MAC
E0160- E0175	Commodes	DME MAC

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
E0181- E0199	Decubitus care equipment	DME MAC
E0200- E0239	Heat/cold applications	DME MAC
E0240- E0248	Bath and toilet aids	DME MAC
E0249	Pad for heating unit	DME MAC
E0250- E0304	Hospital beds	DME MAC
E0305- E0326	Hospital bed accessories	DME MAC
E0328- E0329	Pediatric hospital beds	DME MAC
E0350- E0352	Electronic bowel irrigation system	DME MAC
E0370	Heel pad	DME MAC
E0371- E0373	Decubitus care equipment	DME MAC
E0424- E0484	Oxygen and related respiratory equipment	DME MAC
E0485- E0486	Oral device to reduce airway collapsibility	DME MAC
E0487	Electric spirometer	DME MAC
E0500	IPPB machine	DME MAC
E0550- E0585	Compressors/nebulizers	DME MAC
E0600	Suction pump	DME MAC
E0601	CPAP device	DME MAC
E0602- E0604	Breast pump	DME MAC
E0605	Vaporizer	DME MAC
E0606	Drainage board	DME MAC
E0607	Home blood glucose monitor	DME MAC
E0610- E0615	Pacemaker monitor	DME MAC
E0616	Implantable cardiac event recorder	Local carrier
E0617	External defibrillator	DME MAC
E0618- E0619	Apnea monitor	DME MAC
E0620	Skin piercing device	DME MAC
E0621- E0636	Patient lifts	DME MAC
E0637- E0642	Standing devices/lifts	DME MAC
E0650- E0676	Pneumatic compressor and appliances	DME MAC
E0691- E0694	Ultraviolet light therapy systems	DME MAC
E0700	Safety equipment	DME MAC
E0705	Transfer board	DME MAC

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HPCCS	Descripción	Jurisdicción
E0710	Restraints	DME MAC
E0720- E0745	Electrical nerve stimulators	DME MAC
E0746	EMG device	Local carrier
E0747- E0748	Osteogenic stimulators	DME MAC
E0749	Implantable osteogenic stimulators	Local carrier
E0755	Reflex stimulator	DME MAC
E0760	Ultrasonic osteogenic stimulator	DME MAC
E0761	Electromagnetic treatment device	DME MAC
E0762	Electrical joint stimulation device	DME MAC
E0764	Functional neuromuscular stimulator	DME MAC
E0765	Nerve stimulator	DME MAC
E0769	Electrical wound treatment device	DME MAC
E0770	Functional electrical stimulator	DME MAC
E0776	IV pole	DME MAC
E0779- E0780	External infusion pumps	DME MAC
E0781	Ambulatory infusion pump	Billable to both the local carrier and the DME MAC. This item may be billed to the DME MAC whenever the infusion is initiated in the physician's office but the patient does not return during the same business day.
E0782- E0783	Infusion pumps, implantable	Local carrier
E0784	Infusion pumps, insulin	DME MAC
E0785- E0786	Implantable infusion pump catheter	Local carrier
E0791	Parenteral infusion pump	DME MAC
E0830	Ambulatory traction device	DME MAC
E0840- E0900	Traction equipment	DME MAC
E0910- E0930	Trapeze/fracture frame	DME MAC
E0935- E0936	Passive motion exercise device	DME MAC
E0940	Trapeze equipment	DME MAC
E0941	Traction equipment	DME MAC
E0942- E0945	Orthopedic devices	DME MAC
E0946- E0948	Fracture frame	DME MAC
E0950- E1298	Wheelchairs	DME MAC
E1300- E1310	Whirlpool equipment	DME MAC

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
E1353- E1392	Additional oxygen related equipment	DME MAC
E1399	Miscellaneous DME	Local carrier if implanted DME. If other, DME MAC.
E1405- E1406	Additional oxygen equipment	DME MAC
E1500- E1699	Artificial kidney machines and accessories	DME MAC (not separately payable)
E1700- E1702	TMJ device and supplies	DME MAC
E1800- E1841	Dynamic flexion devices	DME MAC
E1902	Communication board	DME MAC
E2000	Gastric suction pump	DME MAC
E2100- E2101	Blood glucose monitors with special features	DME MAC
E2120	Pulse generator for tympanic treatment of inner ear	DME MAC
E2201- E2397	Wheelchair accessories	DME MAC
E2402	Negative pressure wound therapy pump	DME MAC
E2500- E2599	Speech generating device	DME MAC
E2601- E2633	Wheelchair cushions and accessories	DME MAC
E8000- E8002	Gait trainers	DME MAC
G0008- G0329	Misc. professional services	Local carrier
G0333	Dispensing fee	DME MAC
G0337- G0365	Misc. professional services	Local carrier
G0372	Misc. professional services	Local carrier
G0378- G9156	Misc. professional services	Local carrier
J0120- J3570	Injection	Local carrier if incident to a physician's service or used in an implanted infusion pump. If other, DME MAC.
J3590	Unclassified biologicals	Local carrier
J7030- J7131	Miscellaneous drugs and solutions	Local carrier if incident to a physician's service or used in an implanted infusion pump. If other, DME MAC.
J7180 - J7195	Antihemophilic factor	Local carrier
J7196- J7197	Antithrombin III	Local carrier
J7198	Anti-inhibitor; per I.U.	Local carrier
J7199	Other hemophilia clotting factors	Local carrier
J7300- J7307	Intrauterine copper contraceptive	Local carrier

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
J7308- J7309	Aminolevulinic acid HCL	Local carrier
J7310	Ganciclovir, long-acting implant	Local carrier
J7311- J7312	Fluocinolone acetonide, intravitreal implant	Local carrier
J7321- J7326	Hyaluronan	Local carrier
J7330	Autologous cultured chondrocytes, implant	Local carrier
J7335	Capsaicin	Local carrier
J7500- J7599	Immunosuppressive drugs	Local carrier if incident to a physician's service or used in an implanted infusion pump. If other, DME MAC.
J7604- J7699	Inhalation Solutions Implant	Local carrier if incident to a physician's. If other, DME MAC.
J7799	NOC, other than inhalation drugs through DME	Local carrier if incident to a physician's service. If other, DME MAC.
J8498	Anti-emetic drug	DME MAC
J8499	Prescription drug, oral, non-chemotherapeutic	Local carrier if incident to a physician's service. If other, DME MAC.
J8501- J8999	Oral anti-cancer drugs	DME MAC
J9000- J9999	Chemotherapy drugs	Local carrier if incident to a physician's service or used in an implanted infusion pump. If other, DME MAC.
K0001- K0108	Wheelchairs	DME MAC
K0195	Elevating leg rests	DME MAC
K0455	Infusion pump used for uninterrupted administration of epoprostenal	DME MAC
K0462	Loaner equipment	DME MAC
K0552	External infusion pump supplies	DME MAC
K0601- K0605	External infusion pump batteries	DME MAC
K0606- K0609	Defibrillator accessories	DME MAC
K0669	Wheelchair cushion	DME MAC
K0672	Soft interface for orthosis	DME MAC
K0730	Inhalation drug delivery system	DME MAC
K0733	Power wheelchair accessory	DME MAC
K0738	Oxygen equipment	DME MAC
K0739	Repair or nonroutine service for DME	Local carrier if implanted DME. If other, DME MAC
K0740	Repair or Nonroutine service for oxygen equipment	DME MAC
K0743- K0746	Suction pump and dressings	DME MAC

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
K0800- K0899	Power mobility devices	DME MAC
L0112- L4631	Orthotics	DME MAC
L5000- L5999	Lower limb prosthetics	DME MAC
L6000- L7499	Upper limb prosthetics	DME MAC
L7510- L7520	Repair of prosthetic device	Local carrier if repair of implanted prosthetic device. If other, DME MAC.
L7600	Prosthetic donning sleeve	DME MAC
L7900	Vacuum erection system	DME MAC
L8000- L8485	Prosthetics	DME MAC
L8499	Unlisted procedure for miscellaneous prosthetic services	Local carrier if implanted prosthetic device. If other, DME MAC.
L8500- L8501	Artificial larynx; tracheostomy speaking valve	DME MAC
L8505	Artificial larynx accessory	DME MAC
L8507	Voice prosthesis, patient inserted	DME MAC
L8509	Voice prosthesis, inserted by a licensed health care provider	Local carrier for dates of service on or after 10/01/2010, DME MAC for dates of service prior to 10/01/2010
L8510	Voice prosthesis	DME MAC
L8511- L8515	Voice prosthesis	Local carrier if used with tracheoesophageal voice prostheses inserted by a licensed health care provider. If other, DME MAC.
L8600- L8699	Prosthetic implants	Local carrier
L9900	Miscellaneous Orthotic or prosthetic component or accessory	Local carrier if used with implanted prosthetic device. If other, DME MAC.
M0064- M0301	Medical services	Local carrier
P2028- P9615	Laboratory tests	Local carrier
Q0035	Influenza vaccine; cardiokymography	Local carrier
Q0081	Infusion therapy	Local carrier
Q0083- Q0085	Chemotherapy administration	Local carrier
Q0091	Smear preparation	Local carrier
Q0092	Portable X-ray setup	Local carrier
Q0111- Q0115	Miscellaneous lab services	Local carrier
Q0138- Q0139	Ferumoxytol injection	Local carrier
Q0144	Azithromycin dihydrate	Local carrier if incident to a physician's service. If other, DME MAC.
Q0162- Q0181	Anti-emetic	DME MAC

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
Q0478- Q0506	Ventricular assist devices	Local carrier
Q0510- Q0514	Drug dispensing fees	DME MAC
Q0515	Sermorelin acetate	Local carrier
Q1003- Q1005	New technology IOL	Local carrier
Q2004	Irrigation solution	Local carrier
Q2009	Fosphenytoin	Local carrier
Q2017	Teniposide	Local carrier
Q2026- Q2027	Injectable dermal fillers (Effective July 1, 2010)	Local carrier
Q2035- Q2039	Influenza vaccine	Local carrier
Q2043	Sipuleucel-T	Local carrier
Q3001	Radioelements for brachytherapy, any type, each	Local carrier
Q3014	Telehealth originating site facility fee	Local carrier
Q3025- Q3026	Vaccines	Local carrier
Q3031	Collagen skin test	Local carrier
Q4001- Q4051	Splints and casts	Local carrier
Q4074	Inhalation drug	Local carrier if incident to a physician's service. If other, DME MAC.
Q4081	Epoetin	DME MAC for method II home dialysis. If other, local carrier.
Q4082	Drug subject to Competitive Acquisition Program	Local carrier
Q4100- Q4130	Skin substitutes	Local carrier
Q5001- Q5010	Hospice services	Local carrier
Q9951- Q9954	Imaging agents	Local carrier
Q9955- Q9957	Microspheres	Local carrier
Q9958- Q9968	Imaging agents	Local carrier
R0070- R0076	Diagnostic radiology services	Local carrier
V2020- V2025	Frames	DME MAC
V2100- V2513	Lenses	DME MAC
V2520- V2523	Hydrophilic contact lenses	Local carrier if incident to a physician's service. If other, DME MAC.
V2530- V2531	Contact lenses, scleral	DME MAC
V2599	Contact lens, other type	Local carrier if incident to a physician's service. If other, DME MAC.

(Continúa en la página siguiente)

Listado... (Continuación)

HCPCS	Descripción	Jurisdicción
V2600- V2615	Low vision aids	DME MAC
V2623- V2629	Prosthetic eyes	DME MAC
V2630- V2632	Intraocular lenses	Local carrier
V2700- V2780	Miscellaneous vision service	DME MAC
V2781	Progressive lens	DME MAC
V2782- V2784	Lenses	DME MAC
V2785	Processing--corneal tissue	Local carrier
V2786	Lens	DME MAC
V2787- V2788	Intraocular lenses	Local carrier
V2790	Amniotic membrane	Local carrier
V2797	Vision supply	DME MAC
V2799	Miscellaneous vision service	DME MAC
V5008- V5299	Hearing services	Local carrier
V5336	Repair/modification of augmentative communicative system or device	DME MAC
V5362- V5364	Speech screening	Local carrier

Fuente: Publication 100-04, transmittal 2427, change request 7679

Expansión de modificaciones de reclamaciones de Medicare Parte B para proveedores que ordenan/refieren

Número de *MLN Matters*: MM6417 Revisado

Número de petición de cambio relacionado: 6417

Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de noviembre de 2011

Fecha de efectividad: 5 de octubre de 2009

Número de transmisión de CR relacionado: R991OTN

Fecha de implementación: Fase 1: 5 de octubre de 2009, Fase 2: Se anunciará

Resumen

Comenzando el 5 de octubre de 2009, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) expandió las modificaciones de reclamaciones para validar el identificador nacional del proveedor (NPI) de ordenar/referir y nombre reportado en la reclamación contra los registros de inscripción del proveedor de Medicare para asegurar que el proveedor está inscrito en Medicare y es una especialidad elegible para ordenar o referir.

Las especialidades elegibles son:

- Doctor de medicina u osteopatía
- Medicina dental
- Cirugía dental
- Medicina podológica
- Optometría
- Asistente médico
- Especialista en enfermería clínica certificado
- Enfermera practicante
- Psicólogo clínico
- Enfermera partera certificada
- Trabajador social clínico

Fases de implementación

Durante la Fase 1 (5 de octubre de 2009- hasta nuevo aviso), el proveedor que ordena/refiere recibirá un mensaje de advertencia en su remesa de pago si su información de proveedor es una de las siguientes:

- No está en PECOS y no está en el sistema de reclamaciones, o
- Está en PECOS o en el sistema de reclamaciones pero no es de la especialidad para ordenar o referir

Durante la Fase 2, (la fecha de comienzo se anunciará), el servicio será rechazado (devuelto como no procesable) si su información de proveedor es una de las siguientes:

- No está en PECOS y no está en el sistema de reclamaciones, o
- Está en PECOS o en el sistema de reclamaciones pero no es de la especialidad para ordenar o referir

Información adicional está disponible en el sitio web de CMS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM6417.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 6417, 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/R991OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 991, CR 6417

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 trimestral de julio para corregir modificaciones de iniciativa de codificación

Número de *MLN Matters*: MM7802
 Número de petición de cambio relacionado: 7802
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de marzo de 2012
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R2434CP
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7802, la cual les recuerda a los médicos sobre la actualización trimestral para corregir modificaciones de iniciativas de codificación (CCI). La última publicación trimestral del módulo de modificación fue emitida en abril de 2012. El paquete más reciente de modificaciones CCI, versión 18.2, es efectiva el 1 de julio de 2012, e incluye todas las versiones previas y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

Información adicional sobre CCI, incluyendo el CCI actual CCI y modificaciones de mutually exclusive code (MEC), está disponible en <http://www.cms.gov/NationalCorrectCodInitEd>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7802.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7802, 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/R2434CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2434, CR 7802

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.

PQRS

Actualización del Medicare Quality Reporting Incentive Programs Manual

Número de *MLN Matters*: MM7727
 Número de petición de cambio relacionado: 7727
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de marzo de 2012
 Fecha de efectividad: 25 de junio de 2012
 Número de transmisión de CR relacionado: R5QRI
 Fecha de implementación: 25 de junio de 2012

Resumen

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR) 7727, la cual informa a los proveedores que un tercer capítulo ha sido añadido al *Medicare Quality Reporting Programs Manual*.

- Este capítulo describe las instrucciones de pago anuales utilizadas por los contratistas de Medicare cuando se hacen pagos de incentivo descritos en el *Medicare Quality Reporting Incentives Manual*.
- CR 7727 incorpora requisitos existentes contenidos en los CR existentes y la legislación de Medicare physician fee schedule (MPFS), pero no establece ningún nuevo requisito para los programas de incentivo de reportar la calidad del servicio médico (PQRS) y de e-Prescribing (eRX).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7727.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7727, 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/R5QRI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 5, CR 7727

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.

Tarifa Fija

Expandiendo el MPPR para incluir el componente profesional

Número de *MLN Matters*: MM7442
Número de petición de cambio relacionado: 7442
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de noviembre de 2011
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R995OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2012

Resumen

La reducción de pago de procedimiento múltiple (multiple procedure payment reduction, MPPR) en imagen diagnóstica aplica cuando múltiples servicios son prestados por el mismo doctor al mismo paciente en la misma sesión en el mismo día. Actualmente, el MPPR en los servicios de imagen diagnóstica aplica solamente a los servicios de componente técnico.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) están expandiendo el MPPR para incluir el componente profesional en adición al componente técnico de ciertos procedimientos de imagen diagnóstica.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM7442.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7442, 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/R995OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 995, CR 7442

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.

Información General

Actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio de abril 2012

Número de *MLN Matters*: MM7754
Número de petición de cambio relacionado: 7754
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de marzo de 2012
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2425CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2012

Resumen

La petición de cambio (CR) 7754 describe cambios a instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio (ASC). CR 7754 también incluye actualizaciones al Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

La política bajo el sistema de pago ASC requiere que las tarifas de pago de ASC para medicamentos por pagar cubiertos por separado y productos biológicos sean consistentes con las tarifas de pago bajo el sistema de pago prospectivo de hospital ambulatorio de Medicare (OPPS). Esas tarifas son actualizadas trimestralmente.



Las actualizaciones claves incluyen:

- Nuevo servicio (fluorescent vascular angiography)
- Facturación de medicamentos, productos biológicos, y radiofármacos
- Medidas de calidad

(Continúa en la página siguiente)

Actualización... (Continuación)

- Tarifas de pago de ASC corregidas para abril 2012

7754, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2425CP-.pdf>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7754.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2425, CR 7754

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.

Códigos sujeto a y excluidos de las modificaciones de CLIA

Número de *MLN Matters*: MM7778

Número de petición de cambio relacionado: 7778

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de abril de 2012

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2441CP

Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

Este artículo le informa a los contratistas de Medicare sobre los nuevos códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para 2012 que están sujetos a y excluidos de las modificaciones de Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA).

Las regulaciones de CLIA requieren que un centro esté certificado adecuadamente para cada prueba efectuada. Para asegurar que Medicare y Medicaid solo paga por pruebas de laboratorio en un centro con un certificado de CLIA actualizado y válido, reclamaciones de laboratorio están actualmente siendo modificadas a nivel de certificado de CLIA.

Los códigos HCPCS que son considerados una prueba de laboratorio bajo CLIA cambian todos los años. Los proveedores necesitan saber sobre los nuevos códigos HCPCS que están sujetos a modificaciones de CLIA y excluidos de modificaciones de CLIA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7778.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7778, 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/R2441CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2441, CR 7778

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.

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

- Inscríbase para eventos en vivo
- Explore cursos en línea
- Encuentre información de CEU
- Descargue eventos grabados



Aprenda más en www.fcsouniversity.com.

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7795
Número de petición de cambio relacionado: 7795
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2439CP
Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

El artículo *Medicare Learning Network (MLN) Matters*[®] le informa a contratistas sobre nuevas pruebas con dispensa aprobadas por la Food and Drug Administration bajo Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988. Ya que estas pruebas son comercializadas inmediatamente luego de la aprobación, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid deben notificarle a sus contratistas sobre

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 nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar las reclamaciones con exactitud.

El nuevo código con dispensa *Current Procedural Terminology*[®], 83861QW, ha sido asignado para la prueba de osmolaridad efectuada utilizando el TearLab Corporation TearLab Osmolarity System.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7795.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7795, 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/R2439CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2439, CR 7795

Procedimiento adicional añadido a la lista de pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM7766
Número de petición de cambio relacionado: 7766
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de abril de 2012
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2012
Número de transmisión de CR relacionado: R2443CP
Fecha de implementación: 2 de julio de 2012

Resumen

Este artículo le informa a los contratistas y proveedores de Medicare sobre cambios a la lista de programación de tarifa de laboratorio clínico de pruebas con dispensa bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA).

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) se ha dado cuenta de una prueba adicional que es adecuada para su inclusión en la lista de programación de tarifa de laboratorio clínico (CLFS) de pruebas con dispensa de CLIA. Ellos están actualizando la lista en este momento en lugar de esperar para la próxima actualización anual.

Efectivo para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2012, la prueba que está siendo añadida al CLFS es *Current Procedural Terminology*[®] (CPT[®]) código 86386QW (*Nuclear Matrix Protein 22 (NMP22), qualitative*). Esta es la más reciente prueba aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) como una



prueba con dispensa bajo CLIA. **Nota:** El CPT debe tener el modificador QW para ser reconocido como una prueba con dispensa.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7766.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7766, 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/R2443CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2443, CR 7766

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.

Instrucciones de codificación de lugar de servicio clarificado y revisado

Número de *MLN Matters*: MM7631

Número de petición de cambio relacionado: 7631

Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de marzo de 2012

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2012

Número de transmisión de CR relacionado: R2435CP

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2012

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una petición de cambio (CR) 7631 como resultado de hallazgos consistentes por la Oficina del Inspector General (OIG) que indica que los médicos y suplidores frecuentemente reportan el lugar de servicio (POS), en la cual prestan servicios, incorrectamente. Esta facturación indebida es particularmente problemática cuando un médico y otros suplidores prestan servicios en hospitales ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios (ASC).

CR 7631 provee instrucciones sobre la asignación de códigos POS para todos los servicios pagados bajo el Medicare physicians fee schedule y por ciertos servicios provistos por laboratorios independientes. En adición, la misma proporciona instrucciones para los componentes técnicos y profesionales de pruebas diagnósticas y establece una política nacional para la asignación correcta de códigos POS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM7631.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 7631, 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/R2435CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2435, CR 7631

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.



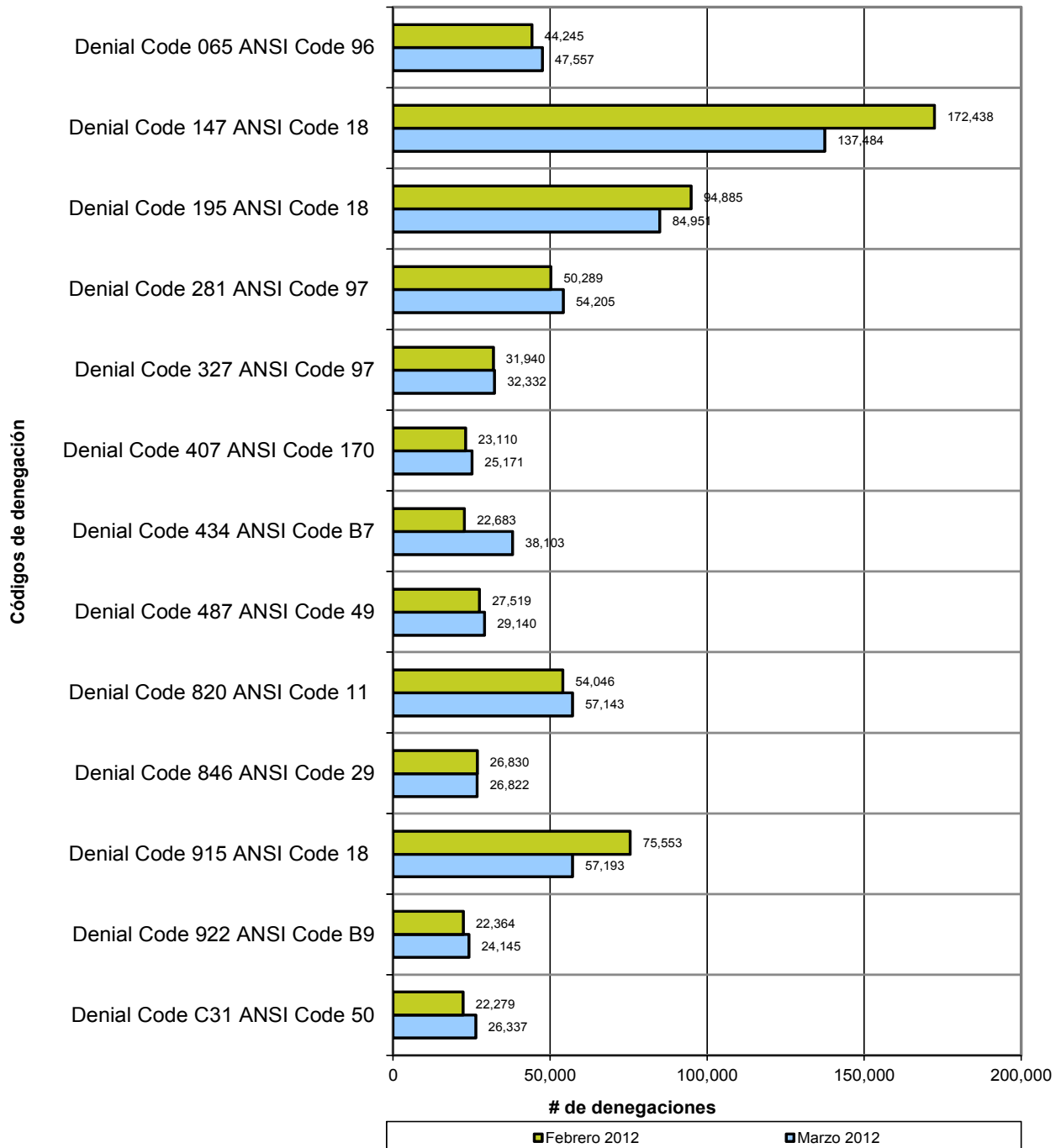
¿Ya hizo la transición a 5010?
No espere a que sea tarde ...

Llame a FCSO EDI -- 888-670-0940, opción-5

Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en febrero y marzo de 2012

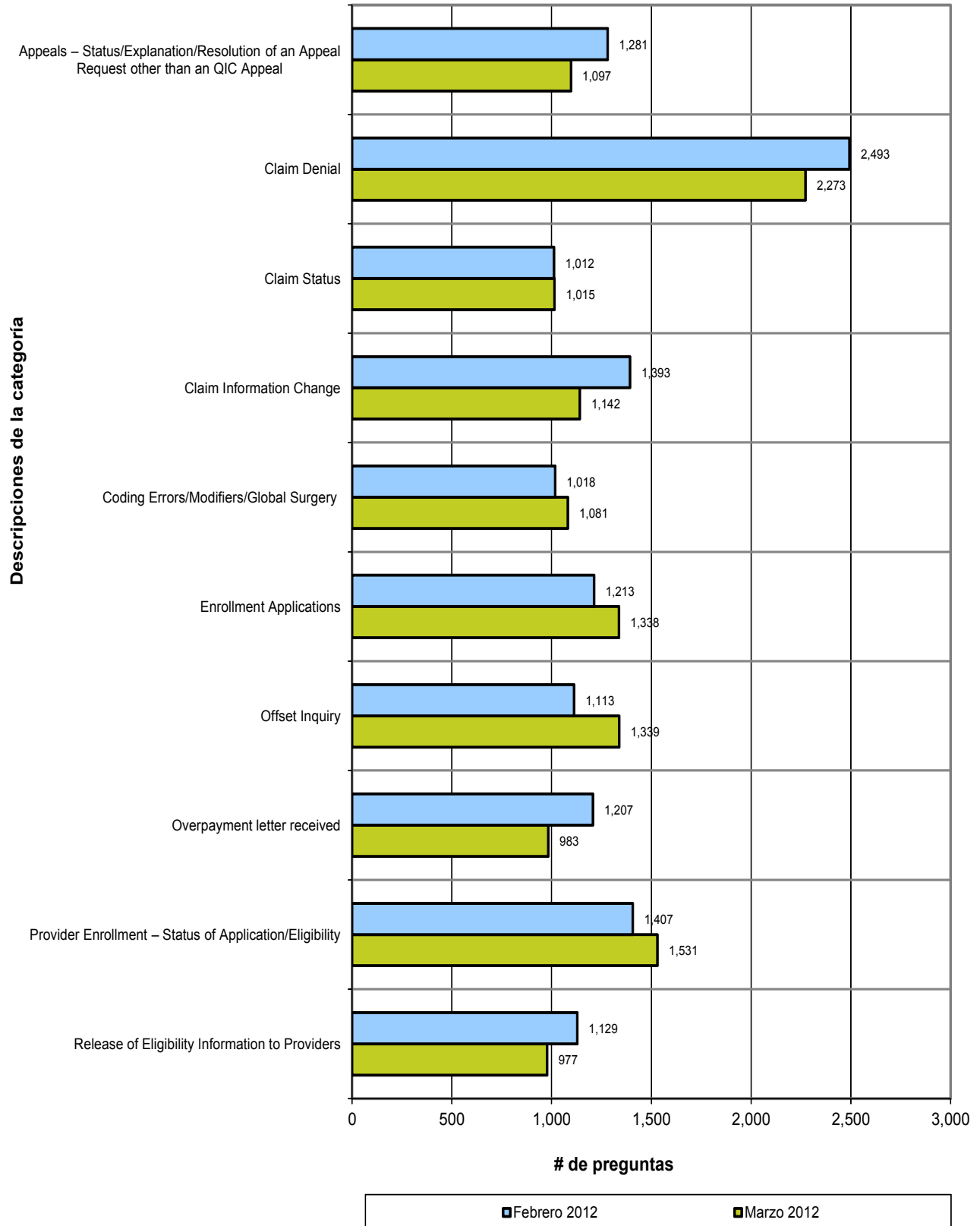
El gráfico a continuación muestra las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas como que no se pueden procesar (RUC), presentadas a First Coast Service Options Inc. (FCSO), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos durante los meses de febrero y marzo de 2012. Para consejos y recursos que le ayuden a los proveedores a evitar o reducir el tiempo empleado en la mayoría de estos temas, refiérase a la sección de Preguntas y Denegaciones de nuestro sitio web en http://medicareespanol.fcso.com/Preguntas_y_denegaciones/

Denegaciones de Parte B más frecuentes en febrero-marzo de 2012



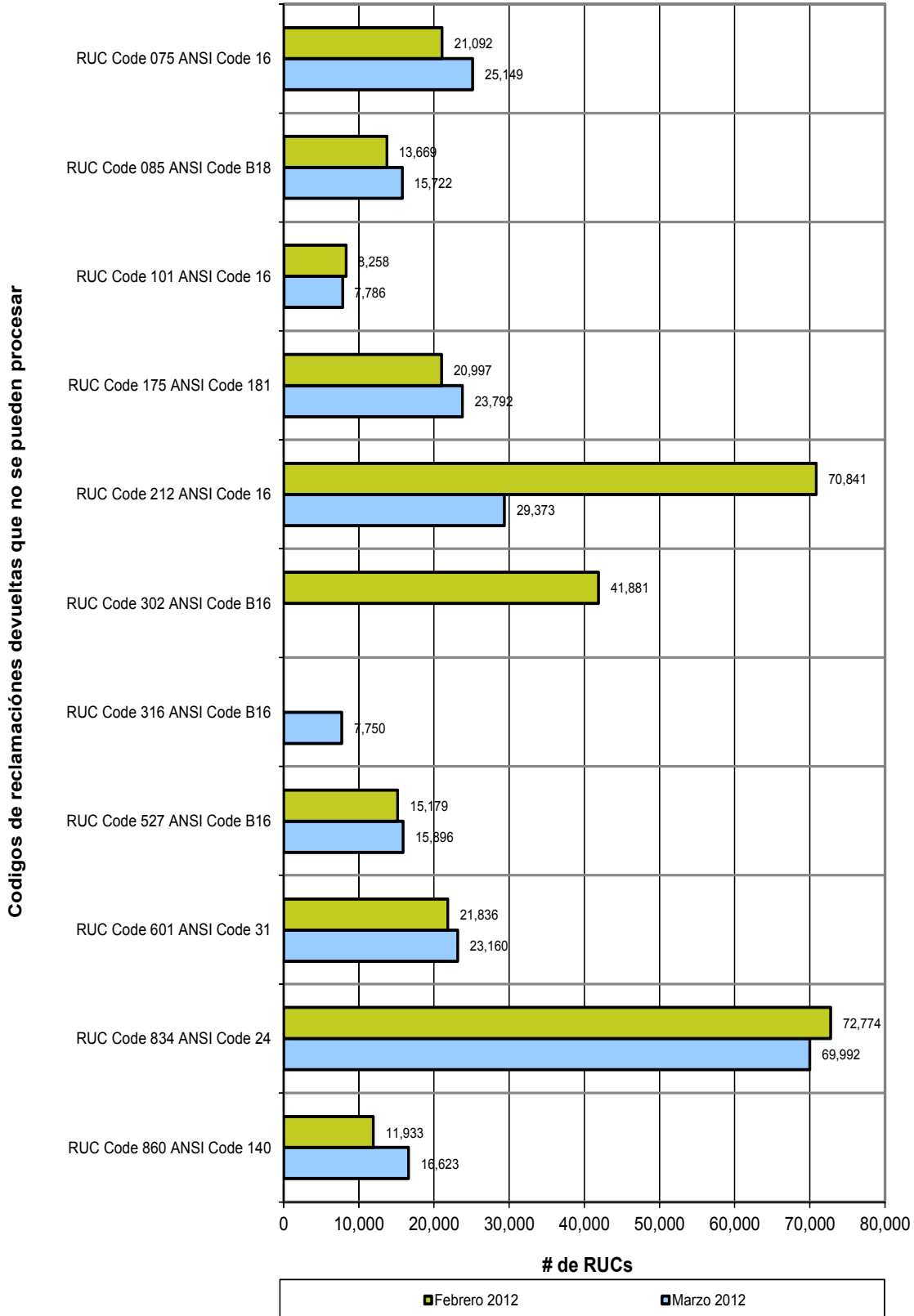
Gráficos.. (Continuación)

Preguntas de Parte B más frecuentes en febrero-marzo de 2012



Gráficos.. (Continuación)

RUC de Parte B más frecuentes en febrero-marzo 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

LCD Nuevas

43201: Noncovered procedures	55
95920: Intraoperative neurophysiology testing	55
J9033: Bendamustine hydrochloride (Treanda®)	56

Revisiones a las LCD existentes

92015: Ophthalmological diagnostic services	57
J9041: Bortezomib (Velcade®)	57
BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins	58
84999: Gene expression profiling panel for use in the management of breast cancer treatment	58
J1745: Infliximab (Remicade™)	59
36470: Treatment of varicose veins of the lower extremity	59
67221: Ocular photodynamic therapy (OPT)	60
ZEVALIN: Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) therapy	60
THERSVCS: Therapy and rehabilitation services	61
J9001: Doxorubicin, liposomal (Doxil)	61
NCSVCS: Noncovered services	62
J0897: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications	63

Información médica adicional

76499: Digital tomosynthesis (3D Mammography)	64
Lista de medicamentos auto-administrados (SAD) – Parte B: J3490/J3590/C9399/J1324	65

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).

LCD Nuevas**43201: Noncovered procedures endoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) – nueva LCD****Identificador de LCD: L32485 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) describe tratamientos endoscópicos de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) que fueron evaluados para cobertura. Se determinó que la evidencia actual disponible publicada basada en literatura revisada por compañeros no es suficiente para establecer la seguridad a largo plazo y eficiencia de procedimientos “transesophageal endoscopic anti-reflux” como tratamiento para GERD. La LCD describe tres enfoques “transesophageal endoscopic” diseñados para tratar GERD incluyendo aplacamiento endoscópico o procedimientos de sutura; el uso de energía de radiofrecuencia (RF); e inyección submucosa o implantación de agentes de volumen o prótesis de polímeros. Los procedimientos relacionados al tratamiento endoscópico de GERD no están siendo cubiertos en este momento, según se vaya obteniendo nueva información, estaremos reconsiderando según la petición.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 12 de junio de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare 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](#).

95920: Intraoperative neurophysiology testing – nueva LCD**Identificador de LCD: L32489 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Intraoperative neurophysiology testing (IONT) es el uso de métodos de electrofisiología para probar la integridad funcional de ciertas estructuras neurales (e.g., nervios, médula espinal, y parte del cerebro) durante ciertas cirugías. La meta principal de IONT es la identificación de impedimentos del sistema nervioso con la expectativa de que la intervención temprana prevenga déficits tales como debilidad muscular, pérdida de sensación, pérdida de audición, e impedimentos de otras funciones corporales, y/o para proveer dirección funcional al cirujano y anesthesiólogo. Segundo, las técnicas de mapeo utilizadas para identificar estructuras críticas en el sistema nervioso son identificadas electrofisiológicamente; el cirujano evita estas estructuras para prevenir que ocurra daño neurológico. Los factores corregibles que pueden ocurrir durante la cirugía incluyen perturbación circulatoria, compresión excesiva de retracción, estructuras óseas o hematomas, o estiramiento mecánico.

Una nueva determinación local de cobertura (LCD) ha sido desarrollada para ofrecer indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT, requisitos de documentación, directrices de utilización, y directrices de codificación para IONT.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 12 de junio 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](#).

J9033: Bendamustine hydrochloride (Treanda®) – nueva LCD

Identificador de LCD: L32493 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Bendamustine hydrochloride (Treanda®) es un derivativo de mecloretamina bifuncional con actividades alquilantes y antimetabolitas. El mecanismo exacto de acción sigue siendo desconocido, sin embargo, clorhidrato de bendamustina parece actuar primariamente como un alquilante. Se cree que inhibe DNA, RNA, y síntesis de proteína y apoptosis subsiguientemente.

Clorhidrato de bendamustina es aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para inyección para el tratamiento de pacientes con las siguientes indicaciones:

- Leucemia linfocítica crónica (CLL). La eficacia relativa a terapias de primera línea a parte de clorambucil no ha sido establecido.
- Linfoma de no Hodgkin de célula B indolente (NHL) que ha progresado durante o dentro de seis meses de tratamiento de rituximab o un régimen que contiene rituximab.

Esta nueva determinación local de cobertura (LCD) trata indicaciones de la FDA como también las siguientes indicaciones sin etiqueta por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN):

- Linfoma de Hodgkin - Linfoma clásico de Hodgkin (Terapia de segunda línea o de rescate como un solo agente con o sin terapia de radiación (RT) de antes rescate de célula madre autóloga para enfermedad progresiva o para enfermedad reincidente en pacientes inicialmente tratado con quimioterapia con o sin RT)
- Linfoma de Hodgkin - Linfoma de Hodgkin con linfocito predominante (Terapia de segunda línea o de rescate como un solo agente o en combinación con rituximab con o sin RT antes de rescate de célula madre autóloga para enfermedad progresiva o para enfermedad reincidente en pacientes inicialmente tratados con quimioterapia con o sin RT)
- Mieloma múltiple (Terapia de rescate en pruebas clínicas o no como un solo agente para enfermedad rescindida o para enfermedad progresiva o refractaria)
- Macroglobulinemia de Waldenström /linfoma linfopasmático (Usado con o sin rituximab como terapia primaria, terapia de rescate para enfermedad que no responde a terapia primaria o para enfermedad progresiva o rescindida)

Esta nueva LCD fue desarrollada para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los ICD-9-CM que sustentan la necesidad médica, los requisitos de documentación y directrices de utilización para “bendamustine hydrochloride” (Treanda®). Un anexo de LCD de directrices de codificación fue también desarrollada la cual incluye información sobre las dosis y administración de bendamustina.

Fecha efectiva

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 12 de junio 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](#).

Revisiones a las LCD existentes

92015: Ophthalmological diagnostic services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29241 (Florida)

Identificador de LCD: L29457 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para servicios de diagnóstico fue efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y para servicios prestados a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como un contratista administrativo de Medicare (MAC) LCD para jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, la LCD ha sido revisada para remover el CPT código 92015 de la LCD según el indicador de estatus de la base de datos de tarifas fijas para médicos de Medicare (MPFSDB) para el código CPT 92015 es una "N" (Servicio no cubierto). Por lo tanto, el "Número de determinación de contratista" fue cambiado de 92015 a 92018. También, bajo la sección "Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o necesidad Médica" de la LCD el rango de códigos CPT (92015-92499) fue cambiado a (92018-92499). En adición, la sección de la LCD "Política de cobertura nacional de los Centros de servicio de Medicare & Medicaid [CMS]" fue actualizada para incluir la referencia al sistema manual de CMS, *Medicare Program Integrity Manual*, Pub. 100-08, Capítulo 13, Sección 13.1.3.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas a partir del 20 de marzo de 2012. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare 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](#).

J9041: Bortezomib (Velcade®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29087 (Florida)

Identificador de LCD: L29102 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para bortezomib (Velcade®) fue más recientemente revisada el 1 de noviembre de 2011. Desde ese tiempo, una revisión fue hecha para añadir diagnósticos sin etiqueta relacionados a la indicación de mieloma múltiple según la síntesis del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para la vía de administración de la inyección subcutánea e inyección intravenosa. Los siguientes códigos ICD-9-CM fueron añadidos bajo la sección de la LCD titulada "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity."

- 203.10 (Plasma cell leukemia without mention of having achieved remission failed remission)
- 203.12 (Plasma cell leukemia in relapse)
- 203.80 (Other immunoproliferative neoplasms without mention of having achieved remission failed remission)
- 203.82 (Other immunoproliferative neoplasms in relapse)
- 238.6 (Neoplasm of uncertain behavior of other and unspecified sites and tissues, plasma cells)

En adición, la sección de la LCD "Política de cobertura nacional de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS)" fue actualizada para incluir las referencias al Sistema Manual de CMS, *Medicare Program Integrity Manual*, Pub.100-08, Capítulo 13, Sección 13.1.3 y la Sección del Social Security Act 1861(t)(2)(B). Verbiage también fue actualizado bajo las secciones "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" y "Sources of Information and Basis for Decision" de la LCD.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados a partir del 12 de abril de 2012. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare <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](#).

BOTULINUM TOXINS: Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29088 (Florida)

Identificador de LCD: L29103 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para botulinum toxins fue recientemente revisada el 1 de enero de 2012. Desde entonces, se hicieron revisiones bajo la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD para remover la indicación sin etiqueta de Botox® para tartar la incontinencia urinaria neurogénica y para añadir la nueva indicación de etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de incontinencia urinaria debido a hiperactividad del detrusor asociada con una condición neurológica [e.g., lesión de la médula espinal (SCI), esclerosis múltiple (MS)] en adultos quienes tienen una respuesta inadecuada a o no toleran medicamentos anticolinérgicos. En adición, las secciones “CMS National Coverage Policy” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fueron actualizadas.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 29 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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](#).

84999: Gene expression profiling panel for use in the management of breast cancer treatment – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29184 (Florida)

Identificador de LCD: L29343 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el panel de trazado de perfil de expresión genética para utilizar en el tratamiento de cáncer del seno fue efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y en o después del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como una LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, basado en una petición de reconsideración, la LCD ha sido revisada para añadir estrogen positive breast carcinoma con 1-3 nodos positivos a la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 10 de abril de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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](#).

J1745: Infliximab (Remicade™) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29198 (Florida)

Identificador de LCD: L29440 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para infliximab (Remicade™) fue efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde ese tiempo, se le hizo una revisión a la LCD basado en una petición de reconsideración. Bajo la sección de 'Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity' de la LCD, se hizo una referencia a la nueva subtítulo de 'Limitaciones' para consideración individual para la enfermedad Takayasu (ICD-9-CM código 446.7). Bajo esta nueva sección de 'Limitaciones' de la LCD, se le dio lenguaje declarando que los registros médicos pueden ser pedidos para revisión de prepago cuando el código de diagnóstico 446.7 es facturado para infliximab (Remicade™). En adición, la 'CMS National Coverage Policy', 'Utilization Guidelines', y las secciones 'Sources of Information and Basis for Decision' de la LCD fueron actualizados.

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 23 de abril de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de la base de datos de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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](#).

36470: Treatment of varicose veins of the lower extremity – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29298 (Florida)

Identificador de LCD: L29403 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para tratamiento de venas varicosas de la extremidad inferior fue más recientemente revisado el 4 de junio de 2011. Desde entonces, se hicieron revisiones bajo la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" bajo el subtítulo "Endovenous ablation therapy." El texto fue corregido y actualizado para reflejar la siguiente verborrea: un ultrasonido post-operatorio será permitido para cuidado de seguimiento cuando endovenous radiofrequency ablation (ERFA) o endovenous laser treatment (EVLT) sea efectuado. El registro médico debe indicar claramente que la razón para el ultrasonido de seguimiento está relacionada al procedimiento ERFA o EVLT efectuado.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios provistos **a partir del 27 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de CMS Medicare 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](#).

67221: Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29239 (Florida)

Identificador de LCD: L29372 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin fue efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida, y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como una LCD de contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, se hizo una revisión a la LCD basado en una petición de reconsideración. Bajo la sección ‘Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity’ de la LCD se añadió un subtítulo para ‘Limitaciones’ con verborrea para incluir la indicación sin etiqueta de central serous retinopathy (CSR) (ICD-9-CM código 362.41) para ser revisada en forma de consideración individual con criterios especificados. En adición, la sección ‘Utilization Guidelines’ de la LCD y el ‘Coding Guidelines’ suplemento fueron actualizados respecto a CSR en forma de consideración individual. También, la sección ‘Sources of Information and Basis for Decision’ de la LCD fue actualizada.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados a **partir del 23 de abril de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. Están disponibles a través de la base de datos de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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](#).

ZEVALIN: Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) therapy – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29193 (Florida)

Identificador de LCD: L29348 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para terapia de ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) fue recientemente revisada el 3 de septiembre de 2009. Desde entonces, la LCD ha sido revisada para actualizar las indicaciones actuales del Food and Drug Administration (FDA) sobre la eliminación de imágenes de la dosis Indium-111 y requisitos de dosimetría previamente requeridos como parte del régimen de tratamiento de Zevalin®. Bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, el texto fue revisado para definir Zevalin® y actualizar las indicaciones actuales de la FDA. También, la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes” fue revisada para remover códigos CPT/HCPCS 78802, 78004, y A9542 relacionadas a In-111 Zevalin®. La referencia al código HCPCS A9542 fue removida de la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”. En adición las secciones “CMS National Coverage Policy,” “Utilization Guidelines,” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fueron actualizadas. El suplemento de las “pautas de codificación” también fue actualizado con esta información nueva de la FDA.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas a **partir del 29 de marzo de 2012**, por servicios provistos a **partir del 18 de noviembre de 2011**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare 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](#).

THERSVCS: Therapy and rehabilitation services – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29289 (Florida)

Identificador de LCD: L29399 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) y el archivo adjunto de “pautas de codificación” para servicios de terapia y rehabilitación fueron recientemente revisados el 1 de enero de 2012. Desde entonces, verborrea ha sido revisada para reflejar “hasta nuevo aviso” en la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD bajo la subsección “Exception Process for Outpatient Therapy Caps” y en el archivo adjunto de “pautas de codificación” de la LCD bajo la subsección “Use of the KX Modifier.” Esta revisión fue basada en información recibida de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS).

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para servicios prestados **a partir del 1 de marzo de 2012**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare 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](#).

J9001: Doxorubicin, liposomal (Doxil) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29157 (Florida)

Identificador de LCD: L29419 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin, liposomal (Doxil) fue efectiva para servicios prestados a partir del 2 de febrero de 2009, para Florida y a partir del 2 de marzo de 2009, para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos como una LCD del contratista administrativo de Medicare (MAC) para la jurisdicción 9 (J9). Desde entonces, se le hizo una revisión a la LCD basado en la revisión de etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA) para aprobar el uso de Lipodox importado a los Estados Unidos el 21 de febrero de 2012. La sección “CPT/HCPCS Code” de la LCD fue revisada para añadir códigos HCPCS J9999 y C9399 (Ambulatory Surgical Centers [ASCs only]) y la descripción “Injection, doxorubicin hydrochloride, liposomal, imported lipodox, 10 mg.”

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 24 de abril de 2012** para servicios prestados **a partir del 21 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](#).

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 no cubiertos fue revisada por última vez el 27 de febrero de 2012. Desde ese tiempo, una revisión fue realizada a la LCD. Los nuevos códigos *CPT* Categoría III y el código HCPCS de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) de actualización anual HCPCS 2012 (petición de cambio [CR] 7540) fueron evaluados y fue determinado que no son médicamente razonables y necesarios por ahora basado en la evidencia actual disponible publicada (e.g., literatura médica revisada por grupo paritario, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, los códigos *CPT* Categoría III *0278T, 0282T, 0283T, 0284T, 0285T, 0286T, 0287T, 0291T, 0292T, 0293T, 0294T, 0299T, 0300T, 0301T*, y el código HCPCS C9732 (Ambulatory Surgical Centers [ASC] solamente) fueron añadidos a la sección “*CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures*” de la LCD.

También, el código HCPCS C1830 (los ASC solamente) y los códigos *CPT 99199* (cuando son facturados por el SNaP sistema de atención de herida - un dispositivo portable, no motorizado, de succión, y de un solo uso con equipo de vendaje, para la administración de herida vía aplicación de presión negativa a la herida), *20999* (cuando es facturado por “Magnetic resonance guided focused ultrasound surgery” (MRgFUS) [e.g., ExAblate]), y *66999* (cuando es facturado para la inserción de prótesis de telescopio ocular incluyendo remoción del lente cristalino [servicios del médico solamente]) fueron evaluados y fue determinado que no son médicamente razonables y necesarios por ahora basado en la evidencia actual disponible publicada (e.g., literatura médica revisada por grupo paritario, estudios publicados, etc.). Por lo tanto, el código HCPCS C1830 y el código *CPT* no listado *99199* fueron añadidos a la sección “*CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Devices*” de la LCD; y los códigos *CPT* no listados *20999*, y *66999* fueron añadidos a la sección “*CPT/HCPCS Codes – Local Noncoverage Decisions – Procedures*” de la LCD.

En adición, el código *CPT* no listado *43499* (cuando es facturado por el EsophyX® System [transoral incisionless fundoplication TIF®]) fue removido de la sección “*CPT/HCPCS Codes, Local Noncoverage Decisions – Procedures*” de la LCD y fue añadido a la nueva LCD para Noncovered Procedures: Endoscopic Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD).

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 12 de junio 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](#).

J0897: Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L32100 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para bisphosphonates (intravenous [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de osteoporosis y sus otras indicaciones fue más recientemente revisadas el 1 de enero de 2012. Desde entonces, se hizo una revisión a la LCD basado en una petición y revisiones a las indicaciones de etiqueta de la Food and Drug Administration's (FDA) para Prolia®.

Bajo la sección 'Indications and Limitations of Coverage and/or Medical necessity' de la información de ensayos clínicos de la LCD y las siguientes indicaciones fueron añadidas para Prolia®:

- Tratamiento de pérdida ósea en los hombres en alto riesgo de fractura recibiendo terapia de androgen deprivation para cáncer de próstata no metastásico
- Tratamiento de pérdida ósea en las mujeres en alto riesgo de fractura recibiendo terapia de adjuvant aromatase inhibitor para cáncer en el seno

En adición, bajo la sección 'ICD-9 Codes that Support Medical Necessity' de la LCD fueron añadidos los siguientes códigos de diagnóstico/requerimientos para Prolia® (HCPCS código J0897) y Boniva® (HCPCS código J1740):

Boniva®

- 198.5 Secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow
- 731.0 Osteitis deformans without mention of bone tumor
- 203.82 (Other immunoproliferative neoplasms in relapse)

Prolia®

Para tratamiento de pérdida ósea en mujeres en alto riesgo de fractura recibiendo terapia de adjuvant aromatase inhibitor para cáncer del seno, ICD-9-CM código 733.90 (Disorder of bone and cartilage, unspecified) es reportado con ICD-9-CM código V10.3 y V07.52:

- V10.3 Personal history of malignant neoplasm of breast
- V07.52 Use of aromatase inhibitors

Para tratamiento de pérdida ósea en hombres en alto riesgo de fractura recibiendo terapia de androgen deprivation para cáncer de próstata no metastásico, ICD-9-CM código 733.90 es reportado con ICD-9-CM código V10.46 y V58.69:

- V10.46 Personal history of malignant neoplasm of prostate
- V58.69 Long term (current) use of other medications

En adición, la sección 'Documentation Requirements' de la LCD también fue actualizada para incluir las revisiones a las indicaciones de la etiqueta de FDA para Prolia®.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas a partir del 1 de mayo de 2012, para servicios prestados a partir del 16 de octubre de 2011. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (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

76499: Digital tomosynthesis (3D Mammography)

Digital breast tomosynthesis (3-D Mammography) es una nueva tecnología de imagen utilizada para detectar cáncer de pecho. Actualmente, la literatura clínica no demuestra mejora significativa en los resultados de salud comparado a mamografía tradicional 2D, aunque estudios clínicos están en transcurso. Medicare cubre mamografía diagnóstica cuando es médicamente razonable y necesaria y examen de mamografía para el beneficio de servicio preventivo.

Por los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) Publicación de Medicare 100-04, Claims Processing Manual, Capítulo 18, Sección 20.1, Preventive and Screening Services, *el Mammography Quality Standards Act (MQSA) provee estándares específicos sobre aquellos calificados para realizar mamogramas de detección y diagnóstico y cómo ellos deben estar certificados. El MQSA requiere que el Secretario se asegure que todos los centros que proveen servicios de mamografía cumplan los estándares nacionales de calidad.*

Efectivo el 1 de octubre de 1994, todos los centros que proveen servicios de mamografía de detección y diagnóstico (excepto centros VA) deben tener un certificado emitido por la Food and Drug Administration (FDA) para continuar operando. El FDA Center for Devices and Radiological Health es responsable para coleccionar las tarifas de certificado y revisar centros de mamografía (examen y diagnóstico).

Por ahora, no hay declaración nacional de Medicare que distingue las técnicas de mamografía 2D de 3D. Hasta tal clarificación, la mamografía 2D y 3D serán reembolsadas igual en Medicare Parte B si los requisitos del programa son cumplidos.

Actualmente, no existe un consenso en la facturación y codificación de tomosíntesis de pecho digital puesto que los proveedores han estado utilizando los códigos G para imagen digital directa, el código no listado-(notando que no es una técnica digital 'directa'), o ambos. Para asegurar el acceso del beneficiario a la atención médica de rutina, las pruebas de detección de mamografía y diagnóstica, MAC J9 permitirá el diagnóstico médicamente razonable y necesario o mamografía de detección bajo el beneficio de Medicare como el código G aplicable de reembolso solamente (un pago por servicio) y es recomendado que 76499 para tomosíntesis de pecho sea facturado con el código G apropiado.

- 76499 Unlisted diagnostic radiographic procedure (Use for Digital Breast Tomosynthesis [3-D Mammography])
- G0202 Screening mammography, producing direct digital image, bilateral, all views
- G0204 Diagnostic mammography, producing direct digital image, bilateral, all views
- G0206 Diagnostic mammography, producing direct digital image, unilateral, all views when performed
- 77051 Computer-aided detection (computer algorithm analysis of digital image data for lesion detection) with further physician review for interpretation, with or without digitization of film radiographic images; diagnostic mammography (List separately in addition to code for primary procedure)
- 77052 Computer-aided detection (computer algorithm analysis of digital image data for lesion detection) with further physician review for interpretation, with or without digitization of film radiographic images; screening mammography (List separately in addition to code for primary procedure)

Cabe notar, debido a que tomosíntesis de pecho digital (DBT) es una nueva modalidad mamográfica, los centros que deseen utilizar DBT en pacientes deben cumplir todos los requisitos aplicables MQSA (Mammography Quality Standards Act).

Vea el siguiente sitio Web de la Food and Drug Administration (FDA) http://www.fda.gov/Radiation-EmittingProducts/MammographyQualityStandardsActandProgram/FacilityCertificationandInspection/ucm243765.htm?utm_source=fdaSearch&utm_medium=website&utm_term=dbt&utm_content=3

Lista de medicamentos auto-administrados (SAD) – Parte B: J3490/J3590/C9399/J1324

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) proveen instrucciones a contratistas sobre pago de Medicare por medicinas y productos biológicos luego de la atención de un médico. Las instrucciones también proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente auto-administrado y por lo tanto, no cubierto por Medicare. Pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables auto-administrados luego de la atención de un médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para servicios prestados a **partir del 19 de mayo de 2012**, las siguientes medicinas han sido añadidas a la lista MAC J-9 Parte B SAD.

- J3490J3590/C9399: Inyección, Sylatron (peginterferon alfa-2b)
- J3490/J3590/C9399: Inyección, Firazyr (icatibant)
- C9399: Inyección: Exenatide inyección [Byetta®]
- C9399: Inyección, Anakinra [Kineret™] 100 mg
- C9399: Inyección, Peginterferon alpha 2a [Pegasys®]

En adición, Enfuvirtide [Fuzeon™] ha estado en la lista SAD como HCPCS código J3490 y ahora ha sido actualizado para reflejar el código HCPCS J1324 correcto.

La evaluación de medicamentos para añadirlas a la lista de medicamentos auto-administrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (FCSO) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en http://medicareespanol.fcso.com/Drogas_auto-administradas/.

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 español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_A/index.asp , http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (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		
Catálogo de honorarios de 2012 – 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 http://medicare.fcso.com/Data_files/ (English) o http://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (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 Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

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 "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 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

Other Important Addresses

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

Número 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 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

Sitios web de Medicare

PROVEEDORES

FCSO – MAC J9

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.gov

BENEFICIARIES

Centers for Medicare & Medicaid Services

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