

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Noviembre 2014



En esta edición

Nuevo plazo para responder a las solicitudes	3
Extendida la retención de reclamaciones.....	7
Corección a la información de remesa.....	11
Ajuste masivo de ciertas reclamaciones de SNF....	13
Clairificación del ajuste de bajo volumen.....	14
Presentación del NPI en las reclamaciones.....	27

Facturación adecuada de los medicamentos ambulatorios

Medicare utiliza un sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) para pagar ciertas reclamaciones de pacientes ambulatorios. Con este método de reembolso, el pago de Medicare no se basa en la cantidad que el proveedor cobra; por lo tanto, los cargos facturados generalmente no afectan las cantidades actuales del pago prospectivo de Medicare. Los cargos facturados usualmente exceden la cantidad de pago de Medicare; por lo tanto, un pago de Medicare que excede significativamente los cargos facturados es probable que sea un pago en exceso.

A First Coast Service Options Inc. (First Coast) le gustaría recordarle a los proveedores que ellos son responsables de asegurarse de que los códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y las unidades de servicio sean facturadas correctamente para los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare y que las reclamaciones estén en conformidad con las pautas de codificación. Los proveedores deben utilizar los códigos adecuados de HCPCS y reportar las unidades de servicio, como la cantidad de veces que un servicio o procedimiento fue llevado a cabo o, si el HCPCS está asociado con un medicamento, la cantidad de unidades administradas.

Este artículo proporciona ejemplos de los errores de pago que fueron identificados durante una auditoría para ciertas reclamaciones ambulatorias. Los proveedores

deben revisar cuidadosamente este artículo para asegurar que sus reclamaciones sean presentadas a Medicare adecuadamente.

Errores de pago que pueden resultar en pagos en exceso

Número incorrecto de unidades de servicio



En la revisión de auditoría, un proveedor administró 720 microgramos de Filgrastim a un paciente y facturó por ocho unidades de servicio (2,400 microgramos). Utilizando la descripción de HCPCS (injection, Filgrastim 300 micrograms) el número correcto de unidades a facturar

Ver **FACTURACIÓN**, en la página 6



medicareespanol.fcso.com



Quando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Cobertura

Cobertura de Medicare de artículos y servicios en los estudios de IDE.....3

Documentación médica

Nuevo plazo para responder a las solicitudes de desarrollo adicional.....3

Facturación

Actualización trimestral de octubre de la tarifa fija de DMEPOS de 2014..... 4

Actualización anual a la lista de códigos de terapia de 2015..... 4

Límites del valor de terapia ambulatoria.....5

Cartas de reclamo para reclamaciones de polisomnografía..... 5

Inscripción del proveedor

Formulario CMS-855R revisado para la reasignación de los beneficios..... 5

Problemas de procesamiento

Extendida la retención de reclamaciones de FDG PET para tumores sólidos7

Servicios preventivos

Ultrasonido de detección de AAA y FOBT.....7

Tarifas fijas

Actualización de octubre para la base de datos del manual de tarifas fijas8

Recursos educativos

Calendario de eventos.....9

MLN Connects™ Provider e-News 10

Parte A

Facturación

Pago para G0101 y Q0091 en las RHC y los FQHC.....11

Corrección a la información de remesa..... 11

Eliminación de la regla de pago 50/50 para los servicios de laboratorio.12

Implementación de las nuevas políticas..... 12

Información general

Modificaciones del sistema necesarias para capturar varios campos 13

Problemas de procesamiento

Ajuste masivo de ciertas reclamaciones de SNF de pacientes internos..... 13

Sistema de pago prospectivo

Actualización de julio del sistema de pago prospectivo de ESRD..... 14

Actualización trimestral del sistema de pago prospectivo de ESRD..... 14

Clarificación del ajuste de bajo volumen de PPS de ESRD.....14

Implementación del sistema de pago prospectivo de ESRD de 2015.....15

Gráficos

Preguntas más frecuentes..... 16

Denegaciones más frecuentes..... 17

Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor..... 18

Determinaciones locales de cobertura

Parte A..... 19

Revisiones a las LCD existentes

Paclitaxel (Taxol®)20

Visual field examination.....20

Información médica adicional

Alprolix™ [Coagulation Factor IX (Recombinant), Fc Fusion Protein].....20

Cyramza™ (ramucirumab).....21

Eloctate™ Antihemophilic Factor (Recombinant), Fc Fusion Protein.....21

Entyvio™ (vedolizumab).....21

Novoeight®, Antihemophilic Factor22

Sylvant™ (siltuximab).....22

Tretten®, Coagulation Factor XIII A-Subunit (Recombinant).....23

J3590/C9399 Vimizim™ (elosulfase alfa).....23

Contactos de Parte A de Puerto Rico24

Contactos de Parte A de Florida y las Islas

Virgenes de Estados Unidos.....25

Parte B

Documentación médica

Hallazgos de la revisión de pruebas..... 26

Información general

Presentación del NPI en las reclamaciones de laboratorio..... 27

Servicios relacionados con hospicio.....28

Gráficos

Preguntas más frecuentes.....29

Denegaciones más frecuentes..... 30

Principales códigos de reclamaciones devueltas al proveedor.....31

Determinaciones locales de cobertura

Parte B.....32

Revisiones a las LCD existentes

Noncovered services33

Paclitaxel (Taxol®).....33

Visual field examination.....33

Información médica adicional

Alprolix™ [Coagulation Factor IX (Recombinant), Fc Fusion Protein].....34

Cyramza™ (ramucirumab).....34

Eloctate™ Antihemophilic Factor (Recombinant), Fusion Protein.....34

Entyvio™ (vedolizumab).....35

Novoeight®, Antihemophilic Factor..... 35

Sylvant™ (siltuximab).....35

Tretten®, Coagulation Factor XIII A-Subunit (Recombinant).....36

J3590/C9399 Vimizim™ (elosulfase alfa).....36

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....37

Contactos de Parte B de Florida..... 38

Contactos de Parte B de las Islas Virgenes de Estados Unidos39

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 11
Noviembre de 2014

Publications staff

Kathleen Cruz
Sofía Lennie
Terri Drury
Martin Smith
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© 2013 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© 2015 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

Third-party websites:

This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. First Coast does not control such sites, and is not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.

All stock photographs are used by permission from www.shutterstock.com.

Cobertura

Cobertura de Medicare de artículos y servicios en los estudios de IDE

Número de *MLN Matters*: MM8921
Número de petición de cambio relacionado: 8921
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3105CP y R198BP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

El Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act de 2003 (MMA) permitió el pago de Medicare de los costos del cuidado rutinario provisto a los beneficiarios de Medicare en ciertas categorías de los estudios de exención de dispositivo de investigación (IDE). Cubrir los costos en estos estudios de IDE remueve una barrera financiera que de otra manera podría desalentar a los beneficiarios a participar.

La petición de cambio 8921 anuncia los cambios efectivos a partir del 1 de enero de 2015, para los requerimientos de cobertura y los procedimientos de revisión de Medicare relacionados a los artículos y servicios en los estudios de IDE de las categorías A y B aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA). En adición, la CR 8921

actualiza los manuales de Medicare que fueron afectados.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8921.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8921, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3105CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R198BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3105, CR 8921 y CMS Pub. 100-02, Transmittal 198, CR 8921

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.

Documentación médica

Nuevo plazo para responder a las solicitudes de desarrollo adicional

Número de *MLN Matters*: MM8583 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8583
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de noviembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R554PI
Fecha de implementación: 6 de abril de 2014

Efectivo a partir del 1 de abril de 2015, las solicitudes de desarrollo adicional (ADR) previas al pago serán revisadas para permitir 45 días para responder a una ADR o solicitar una extensión. Si no se recibe la documentación o solicitud de extensión para el día 46, la reclamación será denegada. Este artículo fue revisado el 18 de noviembre para hacer las correcciones en el artículo, especialmente para clarificar los requerimientos de ADR relacionados a la revisión previa al pago.

Resumen

La petición de cambio (CR) 8583 revisará las solicitudes de desarrollo adicional (ADR) previas al pago para indicar que los proveedores/suplidores tienen 45 días para responder a una ADR. En adición, las ADR indicarán que los proveedores/suplidores pueden solicitar una extensión

por un periodo de 15 días calendario, si es necesario, para cumplir con la solicitud. Si no se recibe la documentación o solicitud de extensión para el día 46, la reclamación será denegada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8583.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8583, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R554PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 554, CR 8583

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

Actualización trimestral de octubre de la tarifa fija de DMEPOS de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8865 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8865
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3123CP
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han actualizado las cantidades de pagos de las tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) efectivo a partir del 1

de octubre, lo cual incluye los cambios en las políticas de pago. Este artículo fue revisado el 17 de noviembre para reflejar la petición de cambio (CR) revisada 8865 emitida el 13 de noviembre. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder a la CR han sido revisados. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han actualizado las cantidades de pago de tarifa fija del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) efectivo a partir del 1 de octubre, lo cual incluye cambios en las políticas de pago.

Las tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) son actualizadas trimestralmente, cuando es necesario, para implementar las cantidades de tarifas fijas para los

Actualización anual a la lista de códigos de terapia de 2015

Número de *MLN Matters*: MM8985
 Número de petición de cambio relacionado: 8985
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3121CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8985 actualiza el listado de códigos de terapia de 2015 mediante la adición de dos códigos ‘sometimes therapy’ (“terapia algunas veces”) y la supresión de dos códigos actuales. La actualización a la lista de códigos de terapia refleja aquellos hechos en el Healthcare Common Procedure Coding System y *Current Procedural Terminology*®, cuarta edición (HCPCS/CPT®-4) de 2015.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8865.pdf>.

códigos nuevos y existentes, según corresponda y para aplicar los cambios en las políticas de pago. Los cambios incluyen lo siguiente:

- Los códigos para férulas, yesos y ciertos lentes intraoculares fueron añadidos al archivo de tarifas fijas de DMEPOS, lo cual está sujeto a reglas de deducibles y coaseguro. El pago por estos artículos es el más bajo entre el cargo actual o la cantidad de la tarifa fija
- Efectivo a partir del 1 de octubre, los códigos K0901 y K0902 (órtesis de rodilla prefabricada) serán añadidos al archivo de tarifa fija de DMEPOS 2014
- Según lo reflejado en la petición de cambio 6270, los códigos K0734, K0735, K0736 y K0737 fueron descontinuados y transferidos a E2622, E2623, E2624 y E2625, respectivamente

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8865.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8865, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3123CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3123, CR 8865

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.

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8985.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8985, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3121CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3121, CR 8985

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.

Límites del valor de terapia ambulatoria de 2015

Número de *MLN Matters*: MM8970
Número de petición de cambio relacionado: 8970
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de noviembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3120CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

El Balanced Budget Act de 1997 aplica los límites financieros anuales para los servicios de terapia ambulatoria para Medicare Parte B. Estas limitaciones también son conocidas como “límites de terapia.” Los límites de terapia son actualizados cada año en base al índice económico de Medicare.

Se requiere que los proveedores de los servicios de terapia ambulatoria presenten el modificador KX en sus reclamaciones de terapia, cuando una excepción al límite es requerida para los servicios médicamente necesarios. La sección 103 del “Protecting Access to Medicare Act de 2014” extiende el proceso de excepción para los límites de terapia ambulatoria hasta el 31 de marzo de 2015.

Como un recordatorio, el uso excesivo del modificador KX, incluyendo el uso rutinario del modificador antes de alcanzar los límites, puede ser una indicación de

facturación abusiva.

Los límites de terapia ambulatoria para el 2015 serán de \$1940 para la terapia física y la terapia del habla y lenguaje combinados y \$1940 para la terapia ocupacional.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8970.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8970, 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/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R3120CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3120, CR 8970

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 un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que se evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Cartas de reclamo para reclamaciones de polisomnografía

En junio, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) comenzaron a reclamar y recuperar lo que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) inicialmente consideraron pagos en exceso que fueron identificados como asociados con un estudio de la oficina del inspector general sobre las reclamaciones de polisomnografía.

En agosto, esta actividad fue suspendida. Los proveedores no deben apelar estos pagos en exceso, ya que todas las denegaciones de reclamaciones serán reversadas. Cualquier dinero recuperado será reembolsado, incluyendo los intereses. Ninguna acción es requerida de parte de los proveedores.

Inscripción del proveedor

Formulario CMS-855R revisado para la reasignación de los beneficios de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1432
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 1 de junio de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: 31 de mayo de 2015

Resumen

El formulario de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para reasignar los beneficios de Medicare (CMS-855R) ha sido revisado y estará disponible para su uso el 29 de diciembre. Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) aceptarán la revisión actual (07/11) y la revisada (11/12) del formulario hasta el 31 de mayo de 2015, después de lo cual será requerido que el CMS-855R (11/12) revisado sea presentado.

A partir del 1 de junio de 2015, los MAC devolverán

cualquier aplicación de CMS-855R recién presentada en la versión anterior (07/11) con una carta explicando que la CMS-855R ha sido actualizada y la versión actual de CMS-855R (11/12) es la que debe ser presentada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1432.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1432

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

De la página 1

por 720 microgramos era tres. Este error ocurrió en 19 ocasiones separadas, lo que resultó en pagos en exceso.

Antes de facturar la reclamación, asegúrese de que el servicio esté representado correctamente por la cantidad real de unidades. Si usted no está seguro de lo que constituye una unidad, según las pautas de Medicare, revise los [archivos del precio promedio de venta \(ASP\) de los medicamentos de Medicare Parte B](#) (en inglés). Estos archivos listan la dosis por unidad para la mayoría de los medicamentos pagables.

Facture separadamente por servicios en conjunto

Para medicamentos ambulatorios seleccionados que tienen múltiples códigos de HCPCS, un proveedor facturó a Medicare en dos ítems de línea utilizando el código de HCPCS que Medicare paga separadamente, en lugar de un código de HCPCS que Medicare no paga separadamente. Estos artículos de línea consistían de dos diferentes medicamentos ambulatorios en conjunto. En total, se le pagó al proveedor \$25,637 por medicamentos en conjunto cuando se le debió haber pagado \$0.

Otro proveedor facturó a Medicare por el medicamento de quimioterapia hidroclicloruro de Melfalán (J9245) en lugar del medicamento de quimioterapia carboplatino (J9045) el cual fue el medicamento administrado en realidad. Durante las fechas de servicio en que el proveedor administró este medicamento, Medicare juntó el carboplatino en el pago para otros servicios y no proporcionó el reembolso por separado bajo el OPPS. Como resultado, se le pagó al proveedor \$16,617 cuando se le debió haber pagado \$0.

Revise los servicios que están siendo facturados antes de presentar la reclamación para determinar si hay cualquier servicio en conjunto incluido. Es responsabilidad del proveedor asegurar que los códigos correctos están siendo facturados para representar los servicios que están siendo prestados y que la facturación siga las pautas de Medicare. Para más información sobre los servicios en conjunto, por favor revise el [manual electrónico de CMS \(IOM\) 100-04 capítulo 4 sección 10.4](#) (en inglés).

Falta de documentación de respaldo

Cuatro proveedores facturaron a Medicare por nueve ítems de línea para los cuales los proveedores no proporcionaron ninguna documentación para respaldar que un paciente ha recibido el servicio del medicamento facturado.

Los IOM de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden proveer la información específica sobre la facturación de los servicios y la documentación que puede ser requerida para los servicios. Específicamente, CMS provee un IOM sobre medicamentos y productos

biológicos: [IOM 100-04 capítulo 17](#) (en inglés).

Códigos de HCPCS incorrectos

Un proveedor utilizó un código de HCPCS incorrecto en un ítem de línea, lo cual resultó en un pago en exceso. El proveedor facturó a Medicare por dos unidades de servicio por inyecciones de acetato de leuprorrelina (J1950, 3.75 miligramos por unidad), las cuales son indicadas para el tratamiento de endometriosis, leiomiomas uterinos y neoplasias malignas del seno; sin embargo, el proveedor debió haber facturado a Medicare por dos unidades de servicio para la inyección de acetato de leuprorrelina (J9217, 7.5 miligramos por unidad), la cual es indicada para el tratamiento del cáncer de próstata y fue el medicamento que fue administrado en realidad.

Nuevamente, es responsabilidad del proveedor revisar la reclamación antes de presentarla a Medicare para asegurar que está siendo facturada adecuadamente. First Coast recomienda que los proveedores establezcan un programa de auditoría y cumplimiento que les permita establecer los controles y equilibrios necesarios para protegerse a sí mismos contra la presentación de reclamaciones incorrectas que resulten en pagos en exceso futuros. Para más información sobre los programas de cumplimiento, revise la página Web de la oficina del inspector general (OIG) sobre [Compliance Education Materials](#) (en inglés).

Recursos de educación del proveedor

Los siguientes recursos proveen información que le ayudará con la facturación adecuada de los servicios ambulatorios.

Medicare Claims Processing Manual, publicación 100-04

- Capítulo 1 - General Billing Requirements, sección 80.3.2.2 FI Consistency Edits – <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/clm104c01.pdf> (en inglés)
- Capítulo 12 - Physicians/Nonphysician Practitioners – <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c12.pdf> (en inglés)
- Capítulo 17 - Drugs and Biologicals, sección 70 Claims Processing Requirements – General – <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Manuals/downloads/clm104c17.pdf> (en inglés)
- Capítulo 23 - Fee Schedule Administration and Coding Requirements, sección 20.3 Use and Acceptance of HCPCS Codes and Modifiers – <https://www.cms.gov/manuals/downloads/clm104c23.pdf> (en inglés)

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

Problemas de procesamiento

Extendida la retención de reclamaciones de FDG PET para tumores sólidos

Problema

Las reclamaciones de tomografía por emisión de positrones (PET) con fluorodeoxiglucosa (FDG) para tumores sólidos, presentadas desde el 6 de octubre hasta el 30 de noviembre, serán retenidas para asegurar que los sistemas de Medicare pueden calcular los pagos de forma precisa. Específicamente, estas son reclamaciones que contienen A9552 del Healthcare Common procedure Coding System (HCPCS) para todas las condiciones oncológicas. Vea [el artículo de MLN Matters® MM8739](#) para información adicional.

Resolución

El archivo común de trabajo (CWF) desactivará las

ediciones que iban a ser implementadas con la CR 8739.

Estatus/fecha de solución

Abierto. Estas reclamaciones serán procesadas a partir del 1 de diciembre.

Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte de los proveedores.

Problemas actuales de procesamiento

Aquí está el enlace a una [tabla de problemas actuales de procesamiento](#) para Parte A y Parte B.

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

Servicios preventivos

Ultrasonido de detección de AAA y FOBT

Número de *MLN Matters*: MM8881

Número de petición de cambio relacionado: 8881

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de octubre de 2014

Fecha de efectividad: 27 de enero de 2014

Número de transmisión de CR relacionado: R3096CP, R176NCD y R196BP

Fecha de implementación: 18 de noviembre de 2014

Resumen

La petición de cambio (CR) 8881 implementa los cambios de política que resultan de la regla final de 2014 de las tarifas fijas de médicos y profesionales de la salud, que es efectiva para las fechas de servicio a partir del 27 de enero de 2014.

El *Federal Register* implementa los siguientes requisitos de cobertura para la detección de aneurisma de aorta abdominal (AAA) y la prueba de sangre oculta fecal (FOBT):

- **Ultrasonido de detección de AAA:** la cobertura se modificó mediante la eliminación del límite de tiempo de un año con respecto a la remisión de este servicio. Esta modificación permite la cobertura para los beneficiarios elegibles sin que tengan que recibir una remisión como parte del examen físico preventivo inicial. El beneficiario sólo necesita obtener una remisión de su médico, asistente médico, enfermera(o) practicante o especialista en enfermería clínica

- **Detección de FOBT:** además de las órdenes escritas de su médico tratante, ahora estas pueden ser suministradas por el médico asistente, enfermera(o) practicante o especialista en enfermería clínica que atienden al beneficiario

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8881.pdf>.
La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8881, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3096CP.pdf>, <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R176NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R196BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3096, CR 8881, CMS Pub. 100-03, Transmittal 176, CR 8881, CMS Pub. 100-02, Transmittal 196, CR 8881

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 que le dirigirán a estatutos, regulaciones sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que se evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.



Tarifas Fijas

Actualización de octubre para la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare de 2014

Número de *MLN Matters*: MM8888 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8888
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de octubre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3097CP
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

La petición de cambio (CR) 8888 enmienda los archivos de pago en base a la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014. Este artículo fue revisado el 24 de octubre para reflejar la petición de cambio (CR) revisada emitida el 20 de octubre, la cual corrigió el tipo de indicador de servicio de G0471 a "5". Este artículo también fue revisado el 12 de septiembre para corregir el estatus de procedimiento para 0275T y añadió G0471.

Resumen

La petición de cambio (CR) 8888 enmienda los archivos de pago en base a la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014. El artículo de *MLN Matters*® provee un resumen de cambios en los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para la actualización de octubre de 2014. Esta actualización incluye el cambio del estatus del código de procedimiento para los códigos 55970 y 55980, los cuales cambiaron de estatus N (servicio no cubierto por Medicare) a C (precio por el

contratista de la Parte B de Medicare); los indicadores de cirugía global también cambiaron.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe ser considerado como el aviso de 30 días de un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2014 programado para el 1 de octubre de 2014.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8888.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8888, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3097CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3097, CR 8888

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)



Recursos educativos

Calendario de eventos

Diciembre de 2014

Webcast sobre cómo presentar los formularios más rápido en el 'SPOT' (A/B)

Cuando: 16 de diciembre de 2014

Hora: 11:00 a.m. - mediodía. ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/276334.asp>

Proceso de inscripción del proveedor de Medicare (A/B)

Cuando: 17 de diciembre de 2014

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/274851.asp>

Teleconferencia de Medicare “pregúntele al contratista” (ACT): subconjuntos del modificador 59 - nuevos modificadores específicos para servicios de procedimientos distintos (B)

Cuando: 18 de diciembre de 2014

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/274620.asp>

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:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects™ Provider e-News de CMS

El MLN Connects™ Provider e-News de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es producto oficial de *Medicare Learning Network*® (MLN) que contiene el equivalente de una semana de noticias para los proveedores de tarifa fija de Medicare (FFS). CMS envía estos mensajes semanalmente a asociaciones de proveedores nacionales de la industria de salud, quienes entonces distribuyen las e-News a sus miembros según sea apropiado. Para mejorar la consistencia y para agilizar las operaciones en mensajería a la comunidad del proveedor de FFS, a través de todos los canales de información de Medicare, CMS está llevando a cabo un piloto que terminó el 30 de septiembre de 2012; sin embargo lo está extendiendo hasta nuevo aviso. Los siguientes son enlaces a las más recientes e-News:

- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 23 de octubre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-10-23-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 30 de octubre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-10-30-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 6 de noviembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-11-06-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 13 de noviembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-11-13-eNews.html>

Medicare Learning Network®

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



Facturación

Pago para G0101 y Q0091 en las RHC y los FQHC



Número de *MLN Matters*: MM8927
 Número de petición de cambio relacionado: 8927
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1434OTN
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

de pago prospectivo (PPS), G0101 y Q0091 son visitas calificadas cuando son facturadas con los códigos de pago de FQHC G0466 o G0467. Se proveerán las instrucciones separadas para los FQHC que están autorizados a facturar bajo el PPS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8927.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8927, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1434OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1434, CR 8927

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 que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita. Recomendamos que se evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Resumen

La petición de cambio (CR) 8927 añade G0101 y Q0091 a la lista de los servicios preventivos pagados en base a la tarifa con todo incluido para las clínicas rurales de salud (RHC) y los centros de salud federalmente calificados (FQHC). En adición, la CR 8927 actualiza el sistema para permitir que sean facturados como una visita/encuentro independiente cuando son provistos en un día en el que no ocurre otra visita facturable.

Para los FQHC que están facturando bajo el sistema

Corrección a la información de remesa cuando los códigos del sistema de pago prospectivo del seguro de salud son recodificados por los sistemas de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8950
 Número de petición de cambio relacionado: 8950
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3104CP
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

2. Refleja los cambios a la lógica de las taifas de salud en el hogar (HH) implementadas como parte de la actualización de pago del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) de 2015

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8950.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8950, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3104CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3104, CR 8950

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

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente clarificaron la política de Medicare relacionada a la emisión de las combinaciones de los códigos de comentarios de remesa de pago y los códigos del sistema de pago prospectivo del seguro de salud (HIPPS). La clarificación de la política:

1. Provee los pares de códigos de remesa de pago aprobados para aplicar a las reclamaciones en las cuales sólo un código de comentario de remesa de pago (RARC) es actualmente utilizado. Esta corrección cumple con nuevas reglas operacionales de la fase III del comité del consejo para el cuidado de la salud asequible (CAQH) sobre reglas operacionales, para intercambio de información (CORE);

Eliminación de la regla de pago 50/50 para los servicios de laboratorio en las reclamaciones de enfermedad renal en estado terminal

Número de *MLN Matters*: MM8957
 Número de petición de cambio relacionado: 8957
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3116CP
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron que con la implementación del sistema de pago prospectivo (PPS) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD), los servicios de laboratorio de ESRD ya no serán pagados de acuerdo con la regla 50/50.

A partir del 1 de abril de 2015, todos los servicios de laboratorio de diálisis renal serán pagados en el paquete de pagos del centro de ESRD y sólo pueden ser facturados por el centro de ESRD.

Como resultado del cambio, ya no se requiere que los centros de ESRD presenten los modificadores CD, CE y CF de la regla 50/50. Sin embargo, los centros de ESRD deben reportar los códigos del panel orientados a la enfermedad u órgano en el tipo de factura (TOB) 072x.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8957.pdf>.

Implementación de las nuevas políticas relacionadas con los servicios de hospitalización de Medicare Parte B

Número de *MLN Matters*: MM8959
 Número de petición de cambio relacionado: 8959
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R3106CP
 Fecha de implementación: 10 de febrero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron los cambios a *Medicare Claims Processing Manual* relacionados con las políticas de pago concernientes al pago de los servicios de hospitalización de la Parte B de Medicare.

Cuando se encuentra que una admisión de hospitalización no es razonable y necesaria, Medicare permitirá el pago de todos los servicios hospitalarios que fueron prestados y que hubieran sido razonables y necesarios si el beneficiario hubiera sido tratado como un paciente externo. Todos los hospitales que facturen los servicios de la Parte A son elegibles para facturar los servicios de hospitalización de la Parte B, incluyendo los hospitales de cuidados intensivos a corto plazo pagados bajo el sistema de pago prospectivo de pacientes hospitalizados (IPPS), los hospitales pagados bajo el sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios (OPPS), los

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8957.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8957.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8957, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3116CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3116, CR 8957

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.

hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH), los centros psiquiátricos de pacientes hospitalizados (IPF) y unidades de hospital de IPF, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) y las unidades de hospital de IRF, los hospitales de cuidado crítico (CAH), los hospitales de niños, los hospitales de oncología y los hospitales de exención de Maryland.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8959.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8959, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3106CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3106, CR 8959

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

Modificaciones del sistema necesarias para capturar varios campos que cumplan con HIPAA

Número de *MLN Matters*: MM8384 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8384
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3107CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

La petición de cambio 8384 anuncia los cambios para los campos de procesamiento de las reclamaciones institucionales y los ítems de los archivos planos 8371 para cumplir con los estándares del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA). Este artículo fue revisado el 13 de noviembre para reflejar las fechas de efectividad y de implementación correctas. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Las provisiones de simplificación administrativa del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) requieren que el departamento de salud y servicios humanos (HHS) adopten estándares nacionales para las transacciones electrónicas del cuidado de la salud e identificadores nacionales para los proveedores, planes de salud y empleadores. Se requiere que todos los proveedores presenten reclamaciones que cumplan con estos estándares de HIPAA. La petición de cambio (CR) 8384 anuncia los siguientes cambios para los campos de procesamiento de las reclamaciones institucionales y los ítems de los archivos planos 8371:

- Las pantallas de acceso al sistema remoto (DDE) han sido actualizadas para permitir la entrada de tres códigos "motivo de visita del paciente"

- Actualización de la pantalla de DDE para permitir la entrada de un código postal de nueve dígitos para el centro de servicios
- La adición de las ediciones para asegurar que cuando se recibe un código de motivo de visita del paciente, los requerimientos de 5010 para las reclamaciones sean implementados; las reclamaciones que fallen esta edición serán devueltas al proveedor (RTP)

Nota: Para calcular los pagos de manera precisa para los hospitales que operan múltiples centros ambulatorios y oficinas satélites, el código postal de nueve dígitos es utilizado para determinar la localidad en estos casos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8384.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8384, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3107CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3107, CR 8384

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.

Problemas de procesamiento

Ajuste masivo de ciertas reclamaciones de SNF de pacientes internos

Desde el 25 de agosto de 2014, el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare ha estado calculando incorrectamente los gastos sujetos al deducible para reclamaciones de pacientes internos de los centros de enfermería especializada (SNF) (tipo de factura [TOB] 22x con el código 97116 del Healthcare Common Procedure Code System [HCPCS]).

Como resultado, estas reclamaciones han sido pagadas en exceso. Un vez que el sistema sea arreglado, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) ajustarán las reclamaciones afectadas, recibidas a partir del 25 de agosto de 2014.

Los ajustes de todas las reclamaciones serán completados a partir del 4 de diciembre de 2014.

Sistema de pago prospectivo

Actualización de julio del sistema de pago prospectivo de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM8698
 Número de petición de cambio relacionado: 8698
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de mayo de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2949CP
 Fecha de implementación: 7 de julio de 2014

Resumen

El sistema de pago prospectivo (PPS) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) proporciona un pago único a los centros de ESRD que cubre todos los recursos utilizados en el suministro de un tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios. Además, también incluye requisitos de facturación consolidada para los servicios limitados de la Parte B incluidos en el pago en conjunto del centro de ESRD.

La petición de cambio 8698 agrega el código de procedimiento Q9970 al requerimiento de facturación consolidada y remueve dos códigos ICD-10 de la lista de comorbilidad.

Actualización trimestral del sistema de pago prospectivo de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM8841
 Número de petición de cambio relacionado: 8841
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de julio de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2995CP
 Fecha de implementación: 6 de octubre de 2014

Resumen

El sistema de pago prospectivo (PPS) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) incluye requisitos de facturación consolidada para servicios limitados de la Parte B. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizan periódicamente las listas de los artículos y servicios que están sujetos a la facturación consolidada de la Parte B. La petición de cambio 8841 agrega el código Q9973 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) a la lista de medicamentos sujetos a la facturación consolidada de ESRD.

Clarificación del ajuste de bajo volumen de PPS de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM8898
 Número de petición de cambio relacionado: 8898
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de octubre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
 Número de transmisión de CR relacionado: R197BP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Para que un centro de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) califique para el ajuste de pago de bajo volumen (LVPA), ciertos criterios deben ser certificados

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8698.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8698, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2949CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2949, CR 8698

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 adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8841.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8841, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R2995CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2995, CR 8841

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.

por el centro de ESRD y validados por su contratista administrativo de Medicare.

La petición de cambio (CR) 8898 clarifica los siguientes dos criterios requeridos para la validación del ajuste de pago de bajo volumen (LVPA) del sistema de pago prospectivo (PPS) de ESRD:

1. El tratamiento cuenta con requerimientos de los centros de ESRD basados en el hospital que utilizan los datos del reporte de costos y otros documentos de respaldo y

Ver **CLARIFICACIÓN**, en la próxima página

CLARIFICACIÓN

De la página anterior

2. Cuando un cambio de titularidad de cualquier centro ESRD no resulta en un nuevo número de acceso del proveedor para transacciones (PTAN) pero resulta en un nuevo período de reporte de costos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8898.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8898, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R197BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 197, CR 8898

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.

Implementación del sistema de pago prospectivo de ESRD de 2015

Número de *MLN Matters*: MM8978

Número de petición de cambio relacionado: 8978

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de noviembre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R199BP

Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8978 describe las actualizaciones reflejadas en el sistema de pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

En un esfuerzo para mejorar los datos de las reclamaciones de ESRD para posibles mejoras futuras al ESRD PPS, CMS está requiriendo a los centros de ESRD que comiencen a reportar los medicamentos y productos biológicos de tarifa compuesta en la reclamación. Específicamente, los centros de ESRD deben reportar solamente los medicamentos de tarifa compuesta identificados en el listado de medicamentos de facturación consolidada provisto en el anexo B de la CR.

La política de pago de ESRD PPS permanece igual para los medicamentos de tarifa compuesta; por lo tanto, no se hacen pagos por separado y estos medicamentos no serán incluidos en la política extraordinaria.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8978.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8978, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R199BP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 199, CR 8978

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.

Suscripción a Medicare Parte A

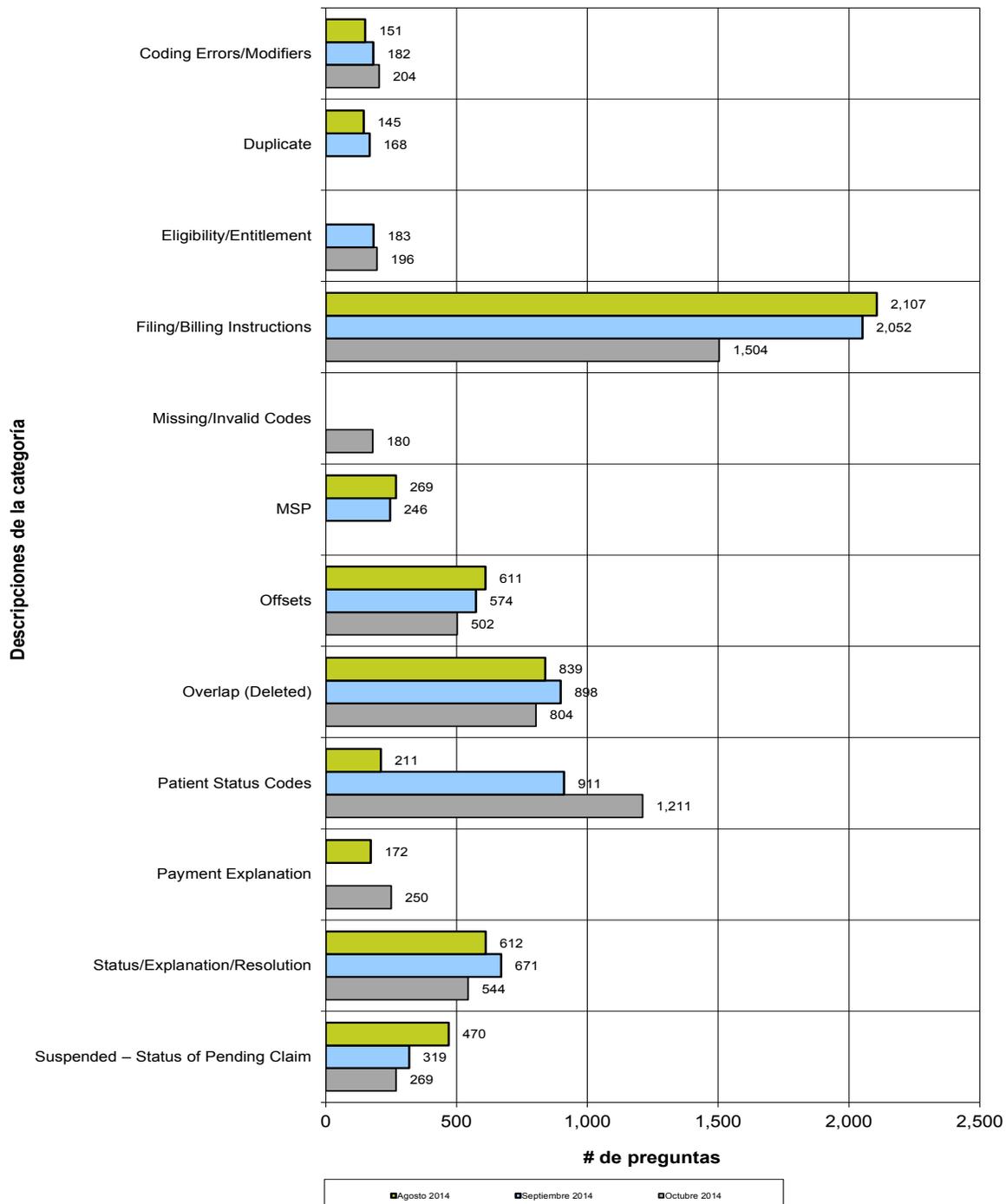
La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta octubre 2014.

Para ordenar una suscripción anual, complete el *formulario para ordenar materiales de Medicare de Parte A*.

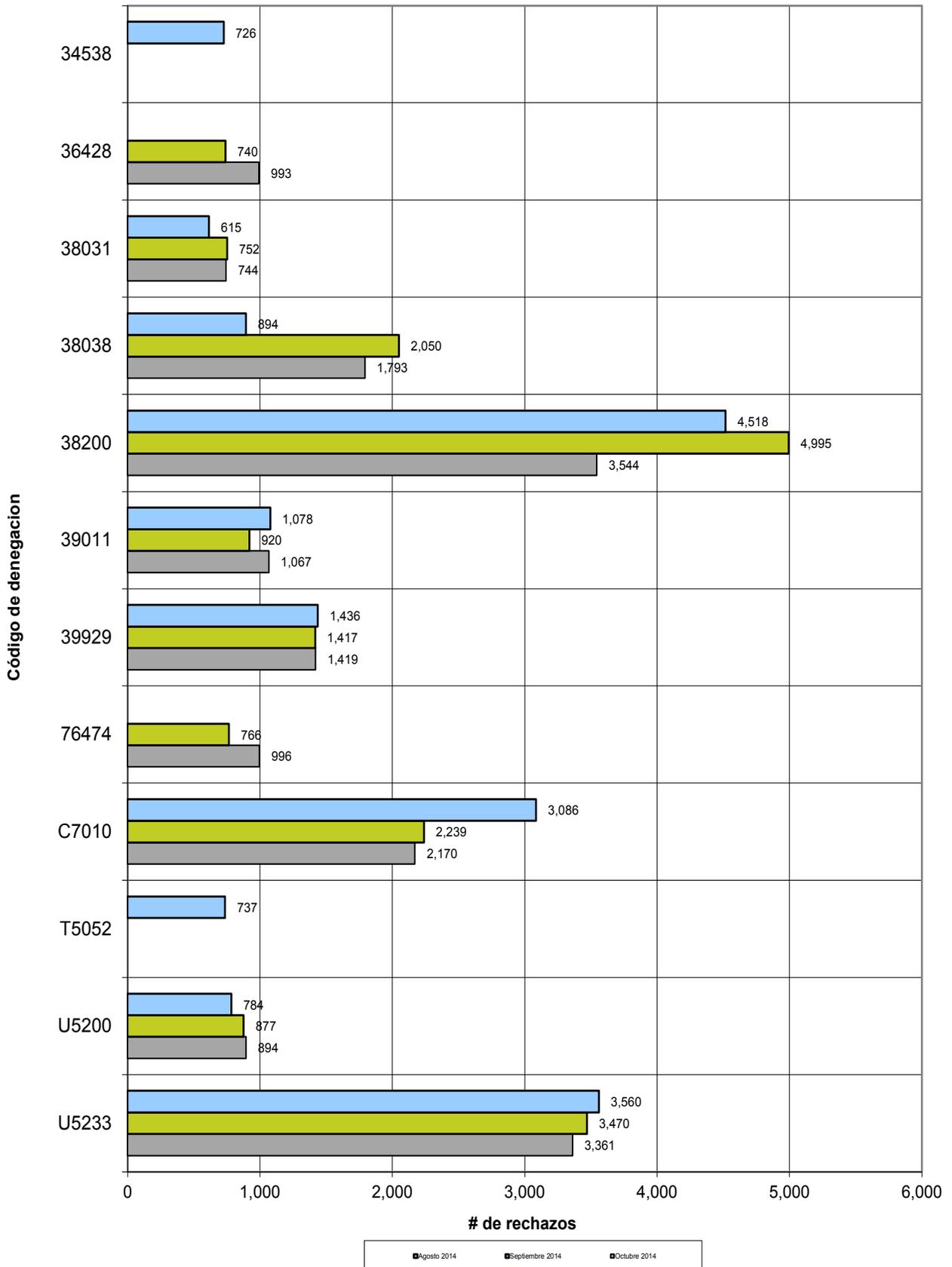
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en agosto - octubre de 2014

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. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de agosto a octubre de 2014. 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/.

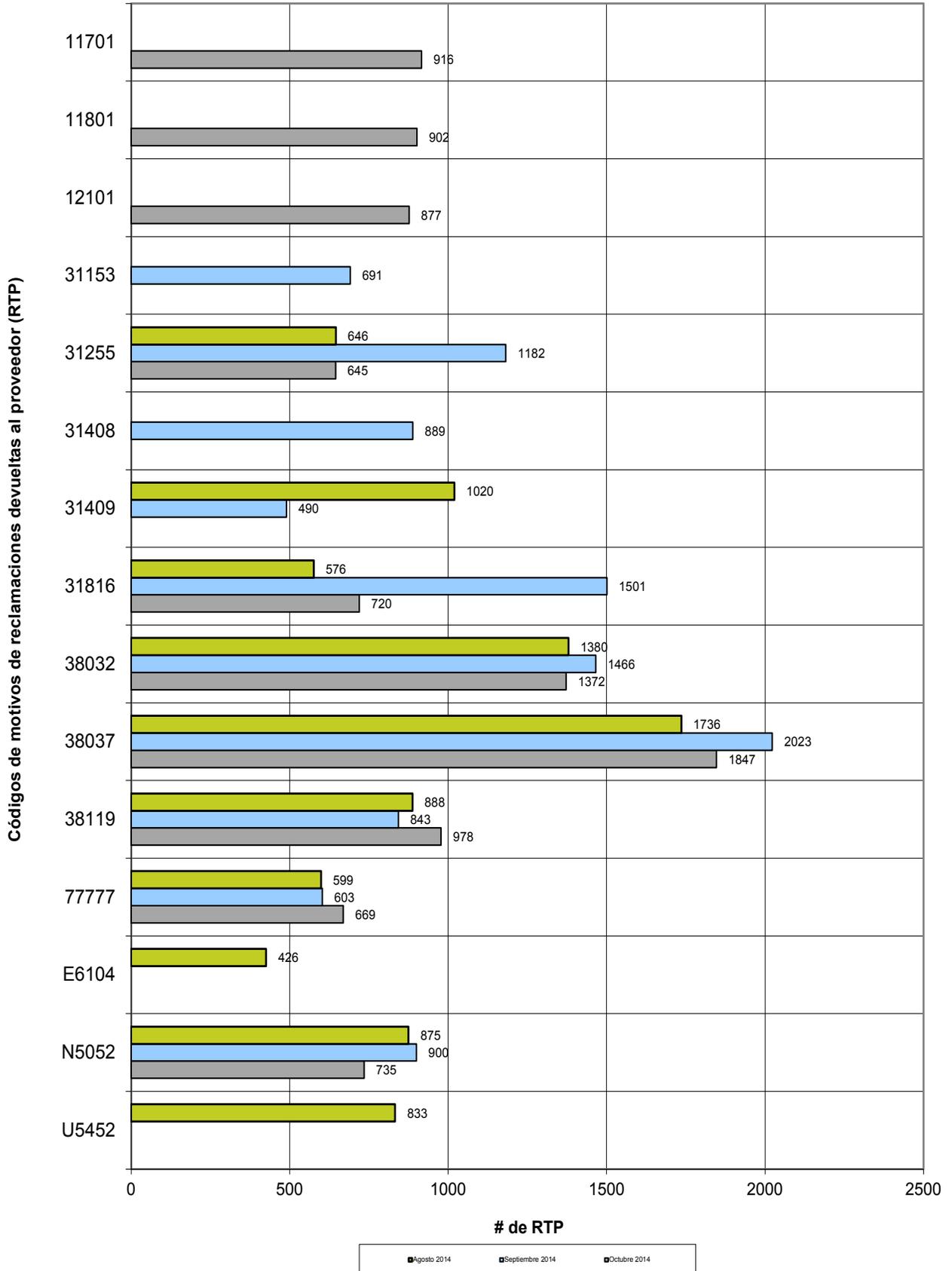
Preguntas de Parte A más frecuentes en agosto-octubre de 2014



Rechazos más frecuentes de Parte A en agosto-octubre de 2014



Principales códigos de motivos de reclamaciones de Parte A devueltas al proveedor (RTP) en agosto-octubre de 2014



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://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

Medical Policy and Procedures – 19T
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisones a las LCD existentes

Paclitaxel (Taxol®) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28943 (Florida)

Identificador de LCD: L28964 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para paclitaxel (Taxol®) ha sido revisada con base a una solicitud de reconsideración. Bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, para indicaciones fuera de la etiqueta, se añadió el carcinoma anaplásico de tiroides. Bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”, fue agregado el código 193 de ICD-9-CM (Malignant neoplasm of thyroid gland).

Además, la sección de la LCD “Sources of Information and

Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 17 de noviembre de 2014**. 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... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Visual field examination – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L29006 (Florida)

Identificador de LCD: L29038 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el examen del campo visual fue revisada en base a las modificaciones por servicios médicamente improbables, capítulo XI, de las modificaciones nacionales de codificación correcta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue actualizada. Adicionalmente, se ha desarrollado y añadido una “pauta de codificación” (Coding Guideline) a la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD revisión es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2014**. 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... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información médica adicional

Alprolix™ [Coagulation Factor IX (Recombinant), Fc Fusion Protein]

El polvo liofilizado Alprolix™ [Coagulation Factor IX (Recombinant), Fc Fusion Protein] para solución inyectable vía intravenosa es un derivado de DNA recombinante, concentrado del factor de coagulación IX que está indicado en adultos y niños con hemofilia B para: control y prevención de episodios de sangrado, tratamiento perioperatorio y profilaxis de rutina para prevenir o reducir la frecuencia de los episodios de sangrado. Alprolix™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 28 de marzo de 2014.

Alprolix™ es suministrado como un polvo liofilizado en un frasco de un sólo uso que contiene nominalmente 500, 1000, 2000 o 3000 unidades internacionales (IU). Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada y la duración

del tratamiento dependen en la severidad de la deficiencia del factor XI, la ubicación y la magnitud del sangrado y la condición clínica del paciente.

A falta de la determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según lo indicado por la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico del paciente debe respaldar el diagnóstico del trastorno de hemofilia B utilizando el código adecuado de ICD-9-CM 286.1 (congenital L factor XI disorder), cuando el suplidor proporciona una receta válida, una factura válida, el envío y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

Cyramza™ (ramucirumab)

La inyección Cyramza™ (ramucirumab), para uso intravenoso es un antagonista del factor receptor 2 de crecimiento endotelial vascular humano (human vascular endothelial growth factor receptor 2, VEGFR2) indicado para el tratamiento del cáncer gástrico avanzado o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, como un agente único después de fluoropirimidinas o quimioterapia con platino. Cyramza™ fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 21 de abril de 2014.

Cyramza™ es suministrada en un frasco de una sola dosis como una solución esterilizada, libre de preservativos, como una solución concentrada para la infusión en un frasco de un sólo uso de 5mg/5ml (1mg/mL) que requiere dilución. Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada es 8 mg/kg cada dos semanas administrada como infusión intravenosa en 60 minutos.

Eloctate™ Antihemophilic Factor (Recombinant), Fc Fusion Protein

Eloctate™, Antihemophilic factor (Recombinant) Fc Fusion Protein, polvo liofilizado para solución inyectable vía intravenosa es un derivado de "recombinant DNA, Antihemophilic factor" indicado para uso en adultos y niños con hemofilia A (deficiencia del factor congénito VIII) para: control y prevención de los episodios de sangrado; manejo perioperatorio y la profilaxis de rutina para prevenir o reducir la frecuencia de los episodios de sangrado. Eloctate™ no está indicado para el tratamiento de la enfermedad Von Willebrand.

Eloctate™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 6 de junio de 2014.

Eloctate™ es suministrado como un polvo liofilizado en frascos de un sólo uso que contienen nominalmente 250, 200, 1000, 1500, 2000 y 3000 unidades internacionales de la potencia del factor VIII. Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada y la duración del tratamiento

Entyvio™ (vedolizumab)

La inyección Entyvio™ (vedolizumab), para uso intravenoso es un antagonista del receptor de integrina indicado para el tratamiento de pacientes adultos con colitis ulcerosa (UC) de actividad moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada con, han perdido la respuesta a o que fueron intolerantes al bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF) o inmunomodulador; o que tuvieron una respuesta inadecuada con, fueron intolerantes a o que demostraron dependencia de los corticosteroides:

- Inducir y mantener la respuesta clínica
- Inducir y mantener la remisión clínica
- Mejorar la apariencia endoscópica de la mucosa
- Alcanzar la remisión libre de corticosteroides

Entyvio™ es también indicada para el tratamiento de los pacientes adultos con la enfermedad de Crohn (CD)

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital.

El registro médico debe documentar claramente los regímenes de quimioterapia anteriores del paciente y también debe respaldar el diagnóstico de cáncer gástrico avanzado o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica utilizando el código(s) adecuado de ICD-9-CM de 150.0-150.9 (Malignant neoplasm of esophagus), 151.0-151.9 (Malignant neoplasm of stomach), 235.5 (Other and unspecified digestive organs) y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

dependen de la severidad de la deficiencia del factor VIII, la ubicación y la magnitud del sangrado y la condición clínica del paciente. Un monitoreo cuidadoso de la terapia de reemplazo es necesario en casos de cirugía mayor o episodios de sangrado potencialmente mortal.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital.

El registro médico del paciente debe respaldar el diagnóstico de la deficiencia del factor congénito VIII utilizando el código de ICD-9-CM adecuado 286.0. (Congenital deficiency of other clotting factors), cuando un suplidor provee una receta válida, factura válida, recibo de envío y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

de actividad moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada con, que han perdido la respuesta a o que fueron intolerantes a un bloqueador de TNF o inmunomodulador; o que tuvieron una respuesta inadecuada con, fueron intolerantes a; o que demostraron dependencia de los corticosteroides:

- Alcanzar una respuesta clínica
- Alcanzar la remisión clínica
- Alcanzar la remisión libre de corticosteroides

Entyvio™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 20 de mayo de 2014.

Entyvio™ es suministrado en frascos de cristal esterilizados de 20 mL de un sólo uso, que contienen 300mg de vedolizumab así como una pastilla de color blanco a blancuzco. Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada en pacientes con colitis ulcerosa

Ver **ENTYVIO**, en la próxima página

ENTYVIO

De la página anterior

y la enfermedad de Crohn es 300mg infundido por vía intravenosa en aproximadamente 30 minutos en las semanas cero, dos y seis, y después de eso cada ocho semanas. Entyvio™ debe ser descontinuado en pacientes que no muestran evidencia del beneficio terapéutico para la semana 14.

A falta de la determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según lo indicado por la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico

debe documentar claramente la respuesta inadecuada del paciente, la pérdida de respuesta o la intolerancia al bloqueador de TNF o inmunomodulador o que tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o que demostró dependencia de los corticosteroides. El registro médico debe documentar claramente la evidencia de que los pacientes han obtenido un beneficio terapéutico, el registro también debe respaldar el diagnóstico de UC o CD utilizando el código(s) adecuado de ICD-9-CM de 556.0-556.3 o 556.5-556.9 (Ulcerative colitis), 555.0-555.9 (Regional enteritis) y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

Novoeight®, Antihemophilic Factor (Recombinant)

Novoeight®, Antihemophilic factor (Recombinant), un polvo liofilizado para solución inyectable vía intravenosa es indicada para utilizar en adultos y niños con hemofilia A (deficiencia del factor congénito VIII o hemofilia clásica) para: controlar y prevenir los episodios de sangrado; manejo perioperatorio y profilaxis de rutina para prevenir o reducir la frecuencia de los episodios de sangrado. Novoeight® no está indicado para el tratamiento de la enfermedad de Von Willebrand.

Novoeight® fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 15 de octubre de 2013.

Novoeight® es suministrado como un polvo en frascos de un sólo uso de 250, 200, 1000, 1500, 2000 y 3000 unidades internacionales. Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada es determinada utilizando la siguiente fórmula: dosificación requerida (IU) = peso

corporal (kg) x aumento del factor VIII deseado (IU/dl o % normal) x 0.5 (IU/dl). La frecuencia de la administración de Novoeight® es determinada por el tipo de episodio de sangrado y la recomendación del médico tratante.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico del paciente debe respaldar el diagnóstico de la deficiencia del factor congénito VIII utilizando el código adecuado de ICD-9-CM 286.0 (Congenital deficiency of other clotting factors), cuando un suplidor provee una receta válida, una factura válida, recibo de envío y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

Sylvant™ (siltuximab)

La inyección Sylvant™ (siltuximab), de uso intravenoso es un antagonista de interleucina-6 (IL-6) indicado para el tratamiento de pacientes con la enfermedad de Castleman multicéntrica (MCD) la cual es un virus de inmunodeficiencia humana (HIV) negativo y el virus del herpes humano 8 (HHV) negativo.

Sylvant™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 22 de abril de 2014.

Sylvant™ es administrado en un frasco de un sólo uso que contiene 100mg o 400mg de polvo liofilizado. Según fue aprobado por la FDA la dosis recomendada es 11mg/kg administrada en una hora por infusión intravenosa cada tres semanas hasta que el tratamiento ya no funcione.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare

puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico debe documentar claramente el estatus de HIV y HHV-8 del paciente; el registro médico debe incluir la prueba de laboratorio de hematología del paciente de los primeros 12 meses de tratamiento y de cada 3 ciclos de dosificación a partir de entonces.

El registro también debe respaldar el diagnóstico de la enfermedad de Castleman utilizando el código(s) adecuado de ICD-9 de 785.6 (inflamación de los ganglios linfáticos), 229.0 (tumor benigno en otros lugares no especificados), 238.79 (otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos) y la dirección de la FDA para su utilización así como para su administración.

Tretten[®], Coagulation Factor XIII A-Subunit (Recombinant)

Tretten[®], [Coagulation Factor XIII A-Subunit (Recombinant)], polvo liofilizado para solución inyectable vía intravenosa es indicado para el tratamiento rutinario preventivo de sangrado para pacientes con deficiencia congénita del factor de la subunidad XIII-A (congenital factor XIII-A-Subunit deficiency).

Tretten[®] fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 24 de diciembre de 2013.

Tretten[®] es administrado como polvo liofilizado en un frasco de un sólo uso junto con el frasco del diluyente (agua esterilizada para inyección). Según lo aprobado por la FDA las dosis recomendadas son 35 unidades internacionales por kilogramo de peso corporal una vez al mes para

alcanzar el objetivo a través del nivel de actividad FXIII en o sobre el 10% utilizando una prueba validada.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado como incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital.

El registro médico del paciente debe respaldar el diagnóstico de la deficiencia congénita del factor de la subunidad XIII A utilizando el código adecuado de ICD-9-CM 286.3 y la dirección de la FDA para su uso así como para su administración.

J3590/C9399 Vimizim[™] (elosulfase alfa)

La inyección Vimizim[™] (elosulfase alfa), para uso intravenoso es una enzima específica de glicosaminoglicanos lisosomal hidrolítica (hydrolytic lysosomal glycosaminoglycan, GAG) indicada para pacientes con mucopolisacaridosis tipo IVA (MPS IVA; Morquio A syndrome). Vimizim[™] fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 14 de febrero de 2014.

Vimizim[™] es suministrada como una solución concentrada para infusión en un frasco de un sólo uso de 5mg/5ml (1mg/mL) que requiere dilución. Según fue aprobado por la FDA la dosis recomendada es 2mg por kg administrado vía intravenosa en un rango mínimo de 3.5 a 4.5 horas, en base al volumen de la infusión, una vez a la semana. El tratamiento previo con antihistamínicos, con o sin

antipiréticos, se recomienda 30-60 minutos antes de comenzar la infusión.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que no es usualmente autoadministrado según lo indicado por la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital.

El registro médico de un paciente también debe respaldar el diagnóstico de mucopolisacaridosis, tipo IVA (MPS IVA; Morquio A syndrome) utilizando el código(s) de ICD-9-CM adecuado de 277.5 (Mucopolysaccharidosis) y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

First Coast Service Options Inc. proporciona las determinaciones locales de cobertura (LCD), cuando estas existen, para los códigos de procedimientos cubiertos por Medicare.

No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. Haga *click aquí* para buscar las LCD actuales.



Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

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

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

Otras direcciones importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y próstéticos

Suministros de llevar a casa
Medicamentos orales anticáncer
CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Números 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

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

Inscripción proveedor Medicare – ADA
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones/correspondencia Florida:

Servicio al cliente Medicare Parte A
P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45071
Jacksonville, FL 32232-5071

Presentación de reclamaciones electrónicas

Acceso al sistema remoto (DDE)
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Unidad de procesamiento de denuncias
P. O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de Freedom of Information Act

(Relacionado con reporte de costos y auditorías). Auditoría y reembolso a los proveedores (PARD)

Attn: FOIA PARD – 16T. P. O. Box 45268.
Jacksonville, FL 32232-5268

Determinaciones de cobertura local

Pólizas médicas y procedimientos – 19T.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales
MSP P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

MSP – revisión de hospital
P. O. Box 45267
Jacksonville, FL 32232-5267

MSPRC DPP recobro de deuda, accidentes de automóvil, acuerdos/demandas, responsabilidades

Auto/Responsabilidad – 17T
P. O. Box 44179
Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos, reportes estadísticos y de reembolso del proveedor, acuerdos de reportes de costo, tasa de determinaciones provisionales, TEFRA límite objetivo y excepciones al costo límite rutinario SNF

Auditoría y reembolso a los proveedores.
P. O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

Aplicaciones CMS-855
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Redeterminaciones

Florida:
Redeterminaciones y apelaciones Medicare Parte A. P. O. Box 45053
Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45097
Jacksonville, FL 32232-5097

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
1-866-270-4909
Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:

888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla
877-660-1759

Beneficiarios:

800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla
800-754-7820

Reporte del balance de crédito

Recuperación de deudas

904-791-6281

Fax

904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-8103

Fax para registro de seminarios

904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

First Coast Service Options Inc. (Contratistas de Medicare de Florida e Islas Vírgenes de EE.UU.)

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Proveedores:

www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Documentación médica

Hallazgos de la revisión de pruebas de psicoterapia del código CPT® 90834

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente llevó a cabo revisiones de pruebas específicas del proveedor posteriores al pago, en respuesta a las anomalías de datos identificadas para el código de *Current Procedural Terminology*® (CPT®) 90834 (psychotherapy, 45 minutes with patient and/or family member).



Las revisiones médicas de pagos posteriores resultaron en altas tasas de error. Los servicios fueron denegados debido a que los registros médicos no cumplieron con los requerimientos de documentación según lo descrito en la determinación de cobertura local (LCD) The Psychiatric Diagnostic Evaluation and Psychotherapy Services (L33128).

Específicamente a los registros médicos le faltaban uno o más de los siguientes requerimientos de documentación para cada fecha de servicio:

- Documentación de metas mensurables en el plan de tratamiento;
- Resumen detallado de las sesiones de psicoterapia, incluyendo la documentación descriptiva de las intervenciones terapéuticas;
- Grado de participación de los pacientes e interacción con el terapeuta;
- Reacción del paciente a las sesiones de terapia;
- Progreso documentado hacia los objetivos mensurables desde las últimas sesiones; y cambios o la falta de cambios en el comportamiento del paciente o en los síntomas;
- Documentación de los ajustes en el plan de tratamiento que revela la dinámica del tratamiento;
- El plan de tratamiento no fue actualizado y no respaldó la necesidad médica de cada sesión de psicoterapia

La documentación para los servicios de psicoterapia debe incluir, periódicamente, la capacidad del paciente para participar y beneficiarse de la psicoterapia. Dicha documentación debe incluir la duración estimada del tratamiento en términos de cantidad de sesiones requeridas y los síntomas tratados, metas objetivas y mensurables de la terapia relacionadas a los cambios en

el comportamiento, procesos mentales y/o medicamentos, métodos de monitoreo de los resultados y por qué la terapia escogida es una modalidad apropiada ya sea en lugar de o en adición a otra forma de tratamiento psiquiátrico. Para un problema agudo, debe estar documentado que se espera que el tratamiento mejore el estado de la salud mental o el funcionamiento del paciente. Para problemas crónicos, debe haber documentación indicando que se espera la estabilización del estado de la salud mental o el funcionamiento del paciente. La documentación reflejará ajustes en el plan de tratamiento que revela la dinámica del tratamiento.

Se espera que el plan de tratamiento para un paciente que está recibiendo psicoterapia ambulatoria (es decir, metas de tratamiento mensurables y objetivas, documentación descriptiva de la intervención terapéutica, frecuencia de las sesiones y la duración estimada del tratamiento) sea actualizado de forma periódica, generalmente al menos cada tres meses.

La documentación del registro médico mantenida por el proveedor debe indicar la necesidad médica de cada sesión de psicoterapia e incluir lo siguiente:

- La presencia de una enfermedad psiquiátrica y/o la demostración de síntomas emocionales o de comportamiento suficientes para alterar el funcionamiento de la base de referencia; y
- Un resumen detallado de la sesión, incluyendo documentación descriptiva de las intervenciones terapéuticas tales como ejemplos de intentos de modificación del comportamiento, interacción de apoyo y discusión de la realidad; y
- El grado de participación de los pacientes e interacción con el terapeuta, la reacción del paciente a la sesión de terapia, documentación en dirección a resultados orientados a las metas y los cambios o la falta de cambios en los síntomas del paciente y/o comportamiento como resultado de la sesión de terapia
- La justificación de cualquier desviación del plan o extensión de la terapia debe ser documentada en el registro médico. El terapeuta debe documentar la interacción del paciente/terapeuta en adición a una evaluación del problema(s) del paciente

First Coast recomienda que los proveedores se familiaricen con las indicaciones de la necesidad médica y los requerimientos de documentación para los servicios de psicoterapia según lo indicado en la LCD de Psychiatric Diagnostic Evaluation and Psychotherapy Services. Las LCD 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>.

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

Información general

Presentación del NPI en las reclamaciones de laboratorio de referencia y contra el margen de ganancia

Número de *MLN Matters*: MM8806 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8806
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de noviembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3103CP
Fecha de implementación: Reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2015

La petición de cambio (CR) 8806 anuncia que los proveedores deben reportar el identificador nacional del proveedor (NPI) cuando facturan por servicios de laboratorio de referencia y contra el margen de ganancia. Este artículo fue revisado el 24 de octubre para reflejar una revisión de CR emitida el 21 de octubre. La CR fue revisada para cambiar las fechas de efectividad y de implementación. Los detalles de la CR y la dirección Web para acceder la CR también fueron revisados.

Resumen

El sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS) le permite al contratista verificar todos los identificadores nacionales del proveedor (NPI), independientemente de la jurisdicción en la cual estén inscritos.

A partir del 1 de abril de 2015, los médicos y suplidores que estén facturando reclamaciones de laboratorio de referencia y contra el margen de ganancia deben

reportar el identificador nacional del proveedor (NPI) del médico o suplidor que en realidad prestó el servicio. Este nuevo requerimiento aplica a todas las reclamaciones, incluyendo las reclamaciones por servicios en las que el proveedor que presta los servicios está fuera de la jurisdicción del contratista de procesamiento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8806.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8806, 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/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3103CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3103, CR 8806

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

Suscripción a Medicare Parte B

La *Parte B de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta octubre 2014.

Para ordenar una suscripción anual, complete el *formulario para ordenar materiales de Medicare de Parte B*.

Servicios relacionados con hospicio

Número de *MLN Matters*: SE1321 Revisado
 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

Este artículo de edición especial describe la responsabilidad del proveedor en la identificación, educación y documentación de archivos si el beneficiario ha sido inscrito en un hospicio. Además, el artículo utiliza ejemplos de estudios de reclamación para ilustrar el uso adecuado de los modificadores de GV y GW. Este artículo fue revisado el 6 de noviembre para hacer ciertas aclaraciones, que incluyen el cambio de las referencias para 'terminal diagnosis' (diagnóstico terminal) para 'terminal prognosis' (pronóstico terminal).

Resumen

Esta edición especial del artículo de *MLN Matters*[®] describe la responsabilidad del proveedor en la identificación, educación y documentación de archivos si el beneficiario ha sido inscrito en un hospicio. El proveedor debe contactar al proveedor de hospicio para organizar cualquier tipo de atención que el beneficiario necesite.

Si el proveedor de cuidados de hospicio no organiza los servicios que el beneficiario necesita, el beneficiario podrá ser financieramente responsable de los servicios. El beneficiario y su familia también deben estar conscientes de que el beneficiario o su representante legal pueden revocar la elección de los cuidados paliativos en cualquier momento por escrito.



Este artículo también utiliza ejemplos de estudios de reclamación para ilustrar el uso adecuado de los modificadores de GV y GW.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1321.pdf>.

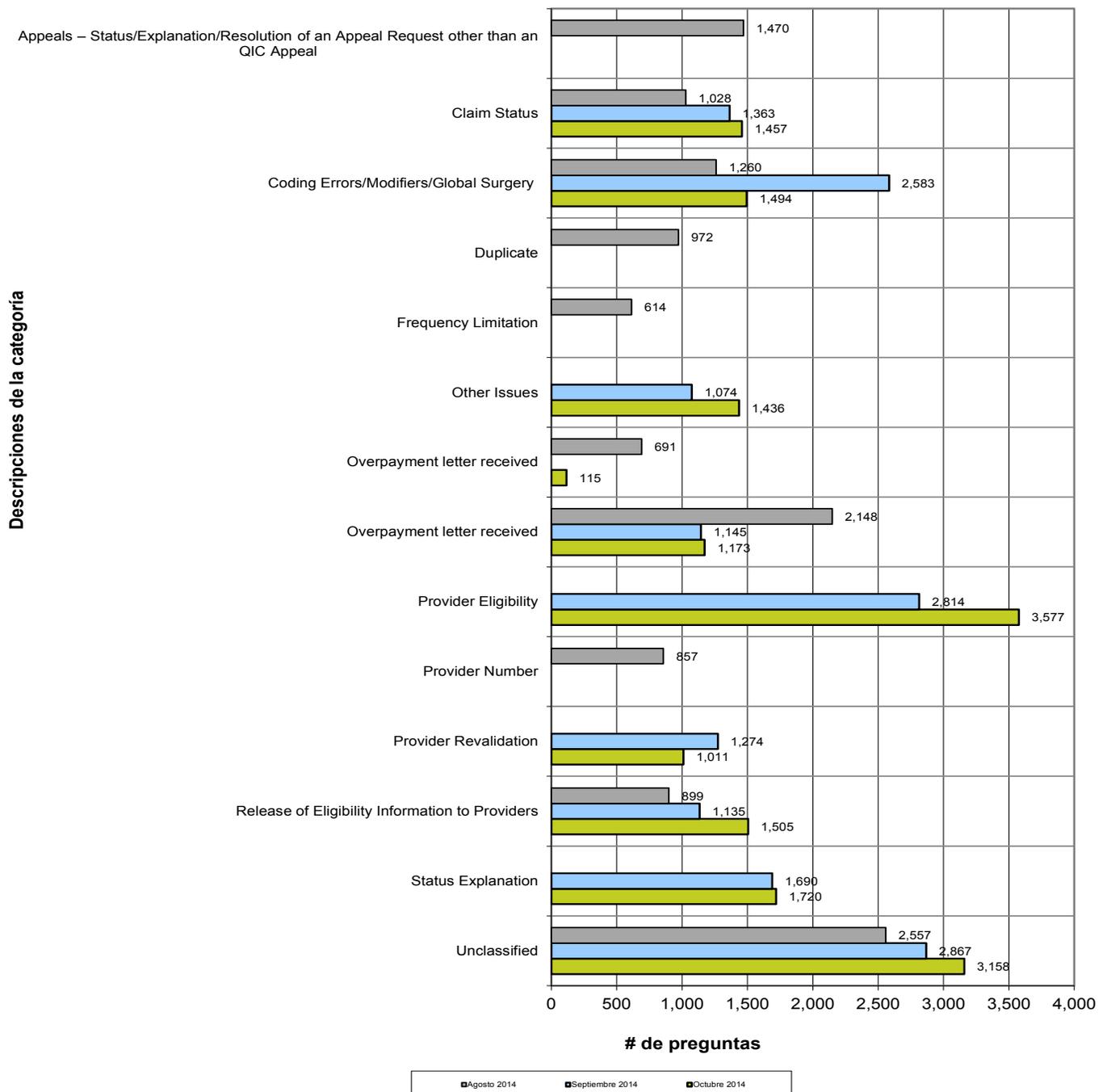
Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1321

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

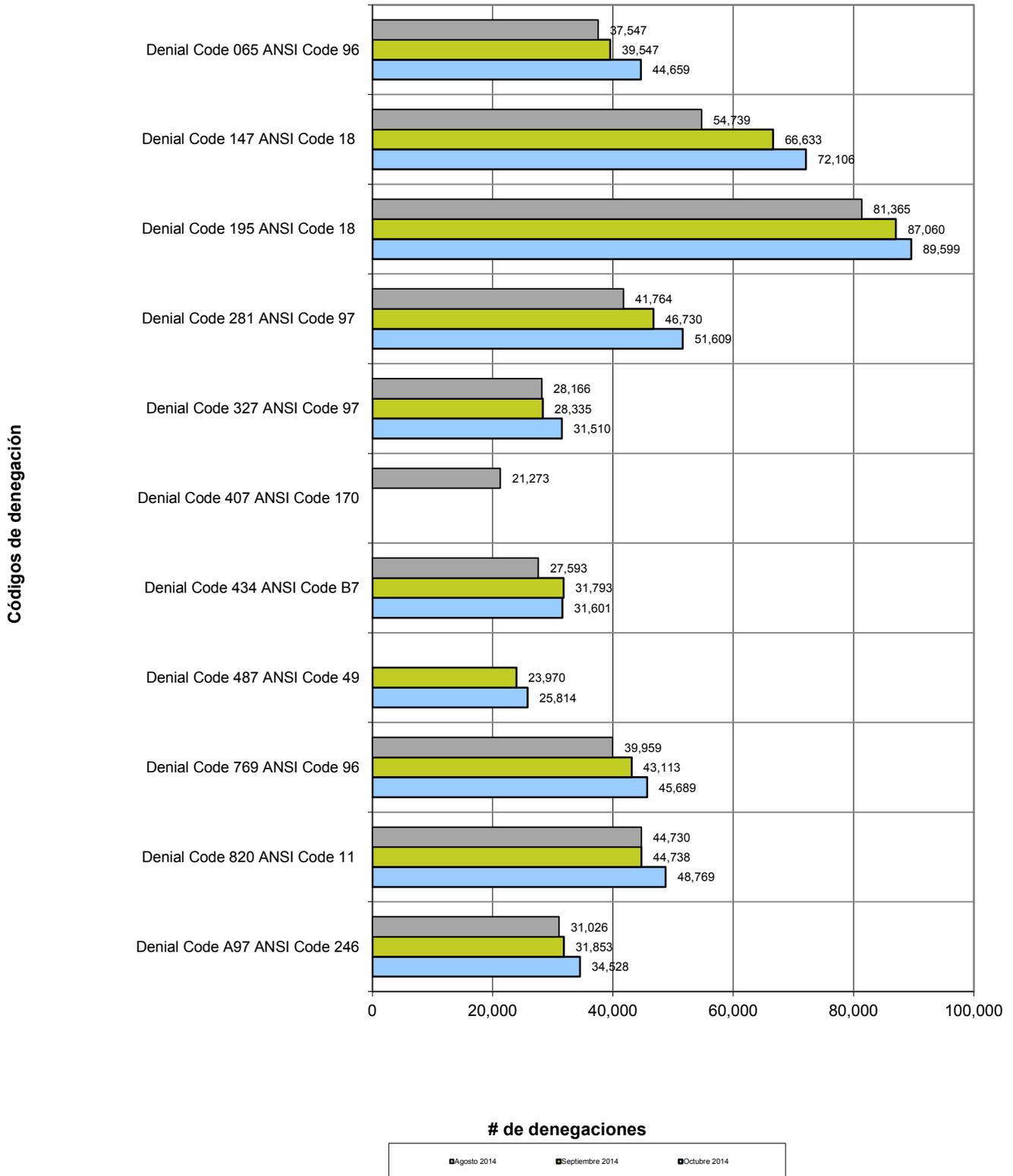
Las preguntas más frecuentes, denegaciones y reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) en agosto - octubre de 2014

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. (First Coast), por los proveedores de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos durante los meses de agosto a octubre de 2014. 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/.

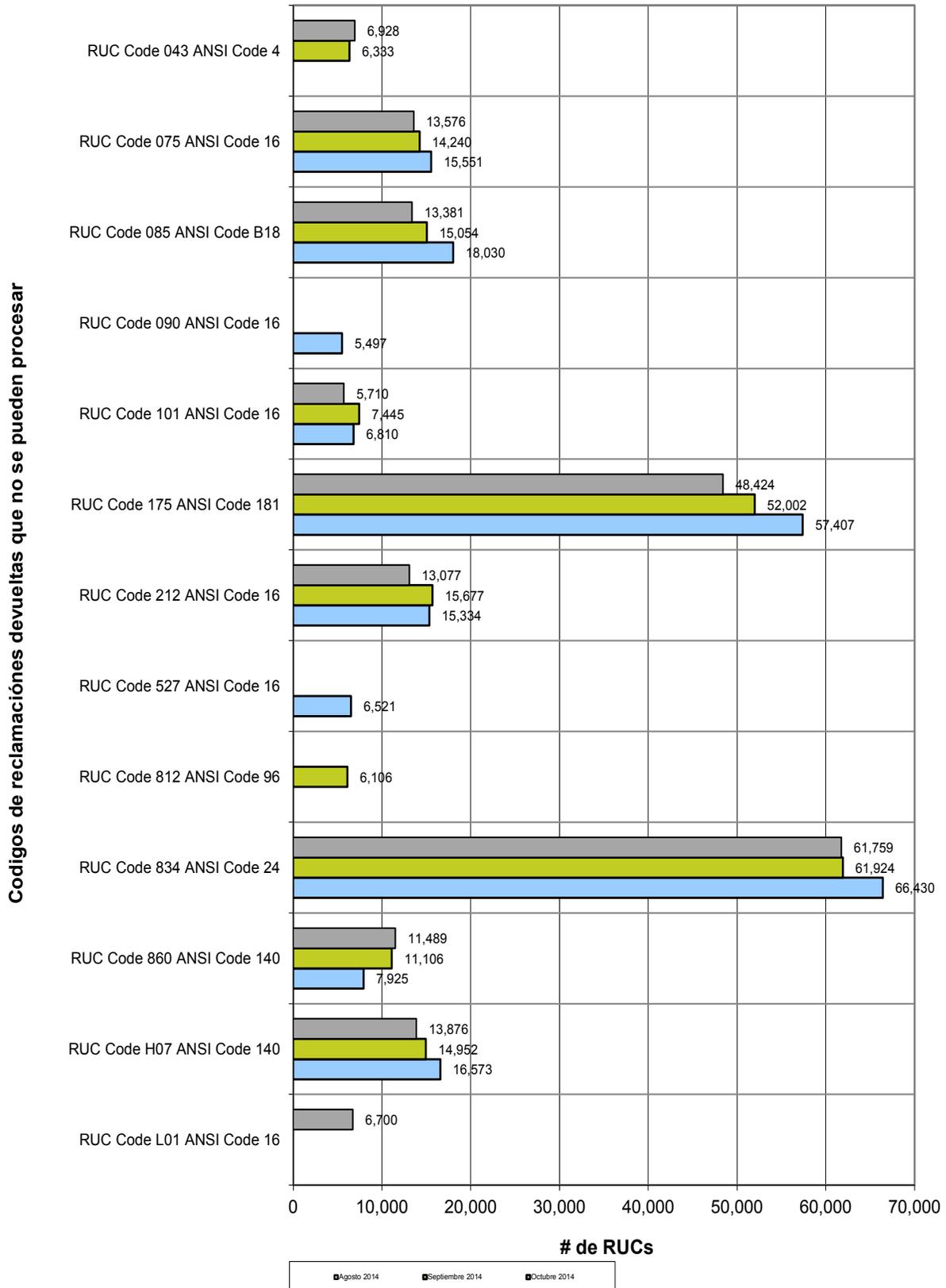
Preguntas de Parte B más frecuentes en agosto-octubre de 2014



Denegaciones de Parte B más frecuentes en agosto-octubre de 2014



RUC de Parte B más frecuentes en agosto-octubre de 2014



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://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

Si usted no tiene acceso a Internet, contacte 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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisones a las LCD existentes

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

Con base en la petición de cambio (CR) 5432, el código 37799 (stenting of the vertebral and cerebral arteries) del *Current Procedural technology (CPT®)* fue removido de la sección de la LCD “Unlisted Procedure Codes-Procedures”. También, el código *CPT®* 37799 (percutaneous transluminal angioplasty [PTA] of the vertebral and cerebral arteries) fue removido de la sección de la LCD “Procedures” del anexo “Coding Guidelines”.

Fecha de vigencia

Esta revisión del anexo de la LCD “Coding Guidelines” es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 3 de noviembre de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 6 de noviembre de 2006**.

Con base en la CR 6185, los códigos *CPT®* 0052T (*Replacement or repair of thoracic unit of a total*

replacement heart system [artificial heart]) y 0053T (*Replacement or repair of implantable component or components of total replacement heart system [artificial heart], excluding thoracic unit*) fueron removidos de la sección de la LCD “Devices” del anexo “Coding Guidelines”.

Esta revisión del anexo de la LCD “Coding Guidelines” es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 3 de noviembre de 2014**, para los servicios prestados **a partir del 1 de mayo de 2008**. 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... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Paclitaxel (Taxol®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29249 (Florida)

Identificador de LCD: L29460 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para paclitaxel (Taxol®) ha sido revisada con base a una solicitud de reconsideración. Bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, para indicaciones fuera de la etiqueta, se añadió el carcinoma anaplásico de tiroides. Bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”, fue agregado el código 193 de ICD-9-CM (Malignant neoplasm of thyroid gland). Además, la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 10 de noviembre de 2014**. 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... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Visual field examination – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29308 (Florida)

Identificador de LCD: L29487 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el examen del campo visual fue revisada en base a las modificaciones por servicios médicamente improbables, capítulo XI, de las modificaciones nacionales de codificación correcta de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue actualizada. Adicionalmente, se ha desarrollado y añadido una “pauta de codificación” (Coding Guideline) a la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2014**. 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... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información médica adicional**Alprolix™ [Coagulation Factor IX (Recombinant), Fc Fusion Protein]**

El polvo liofilizado Alprolix™ [Coagulation Factor IX (Recombinant), Fc Fusion Protein] para solución inyectable vía intravenosa es un derivado de DNA recombinante, concentrado del factor de coagulación IX que está indicado en adultos y niños con hemofilia B para: control y prevención de episodios de sangrado, tratamiento perioperatorio y profilaxis de rutina para prevenir o reducir la frecuencia de los episodios de sangrado. Alprolix™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 28 de marzo de 2014.

Alprolix™ es suministrado como un polvo liofilizado en un frasco de un sólo uso que contiene nominalmente 500, 1000, 2000 o 3000 unidades internacionales (IU). Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada y la duración

del tratamiento dependen en la severidad de la deficiencia del factor XI, la ubicación y la magnitud del sangrado y la condición clínica del paciente.

A falta de la determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según lo indicado por la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico del paciente debe respaldar el diagnóstico del trastorno de hemofilia B utilizando el código adecuado de ICD-9-CM 286.1 (congenital L factor XI disorder), cuando el suplidor proporciona una receta válida, una factura válida, el envío y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

Cyramza™ (ramucirumab)

La inyección Cyramza™ (ramucirumab), para uso intravenoso es un antagonista del factor receptor 2 de crecimiento endotelial vascular humano (human vascular endothelial growth factor receptor 2, VEGFR2) indicado para el tratamiento del cáncer gástrico avanzado o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, como un agente único después de fluoropirimidinas o quimioterapia con platino. Cyramza™ fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 21 de abril de 2014.

Cyramza™ es suministrada en un frasco de una sola dosis como una solución esterilizada, libre de preservativos, como una solución concentrada para la infusión en un frasco de un sólo uso de 5mg/5ml (1mg/mL) que requiere dilución. Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada es 8 mg/kg cada dos semanas administrada como infusión intravenosa en 60 minutos.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital.

El registro médico debe documentar claramente los regímenes de quimioterapia anteriores del paciente y también debe respaldar el diagnóstico de cáncer gástrico avanzado o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica utilizando el código(s) adecuado de ICD-9-CM de 150.0-150.9 (Malignant neoplasm of esophagus), 151.0-151.9 (Malignant neoplasm of stomach), 235.5 (Other and unspecified digestive organs) y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

Eloctate™ Antihemophilic Factor (Recombinant), Fc Fusion Protein

Eloctate™, Antihemophilic factor (Recombinant) Fc Fusion Protein, polvo liofilizado para solución inyectable vía intravenosa es un derivado de "recombinant DNA, Antihemophilic factor" indicado para uso en adultos y niños con hemofilia A (deficiencia del factor congénito VIII) para: control y prevención de los episodios de sangrado; manejo perioperatorio y la profilaxis de rutina para prevenir o reducir la frecuencia de los episodios de sangrado. Eloctate™ no está indicado para el tratamiento de la enfermedad Von Willebrand.

Eloctate™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 6 de junio de 2014.

Eloctate™ es suministrado como un polvo liofilizado en frascos de un sólo uso que contienen nominalmente 250, 200, 1000, 1500, 2000 y 3000 unidades internacionales de la potencia del factor VIII. Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada y la duración del tratamiento

dependen de la severidad de la deficiencia del factor VIII, la ubicación y la magnitud del sangrado y la condición clínica del paciente. Un monitoreo cuidadoso de la terapia de reemplazo es necesario en casos de cirugía mayor o episodios de sangrado potencialmente mortal.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital.

El registro médico del paciente debe respaldar el diagnóstico de la deficiencia del factor congénito VIII utilizando el código de ICD-9-CM adecuado 286.0. (Congenital deficiency of other clotting factors), cuando un suplidor provee una receta válida, factura válida, recibo de envío y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

Entyvio™ (vedolizumab)

La inyección Entyvio™ (vedolizumab), para uso intravenoso es un antagonista del receptor de integrina indicado para el tratamiento de pacientes adultos con colitis ulcerosa (UC) de actividad moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada con, han perdido la respuesta a o que fueron intolerantes al bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF) o inmunomodulador; o que tuvieron una respuesta inadecuada con, fueron intolerantes a o que demostraron dependencia de los corticosteroides:

- Inducir y mantener la respuesta clínica
- Inducir y mantener la remisión clínica
- Mejorar la apariencia endoscópica de la mucosa
- Alcanzar la remisión libre de corticosteroides

Entyvio™ es también indicada para el tratamiento de los pacientes adultos con la enfermedad de Crohn (CD) de actividad moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada con, que han perdido la respuesta a o que fueron intolerantes a un bloqueador de TNF o inmunomodulador; o que tuvieron una respuesta inadecuada con, fueron intolerantes a; o que demostraron dependencia de los corticosteroides:

- Alcanzar una respuesta clínica
- Alcanzar la remisión clínica
- Alcanzar la remisión libre de corticosteroides

Entyvio™ fue aprobado por la Food and Drug

Novoeight®, Antihemophilic Factor (Recombinant)

Novoeight®, Antihemophilic factor (Recombinant), un polvo liofilizado para solución inyectable vía intravenosa es indicada para utilizar en adultos y niños con hemofilia A (deficiencia del factor congénito VIII o hemofilia clásica) para: controlar y prevenir los episodios de sangrado; manejo perioperatorio y profilaxis de rutina para prevenir o reducir la frecuencia de los episodios de sangrado. Novoeight® no está indicado para el tratamiento de la enfermedad de Von Willebrand.

Novoeight® fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 15 de octubre de 2013.

Novoeight® es suministrado como un polvo en frascos de un sólo uso de 250, 200, 1000, 1500, 2000 y 3000 unidades internacionales. Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada es determinada utilizando la siguiente fórmula: dosificación requerida (IU) = peso

Sylvant™ (siltuximab)

La inyección Sylvant™ (siltuximab), de uso intravenoso es un antagonista de interleucina-6 (IL-6) indicado para el tratamiento de pacientes con la enfermedad de Castleman multicéntrica (MCD) la cual es un virus de inmunodeficiencia humana (HIV) negativo y el virus del herpes humano 8 (HHV) negativo.

Sylvant™ fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 22 de abril de 2014.

Sylvant™ es administrado en un frasco de un sólo uso que

Administration (FDA) el 20 de mayo de 2014.

Entyvio™ es suministrado en frascos de cristal esterilizados de 20 mL de un sólo uso, que contienen 300mg de vedolizumab así como una pastilla de color blanco a blancuzco. Según lo aprobado por la FDA la dosis recomendada en pacientes con colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn es 300mg infundido por vía intravenosa en aproximadamente 30 minutos en las semanas cero, dos y seis, y después de eso cada ocho semanas. Entyvio™ debe ser discontinuado en pacientes que no muestran evidencia del beneficio terapéutico para la semana 14.

A falta de la determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según lo indicado por la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico debe documentar claramente la respuesta inadecuada del paciente, la pérdida de respuesta o la intolerancia al bloqueador de TNF o inmunomodulador o que tuvo una respuesta inadecuada, intolerancia o que demostró dependencia de los corticosteroides. El registro médico debe documentar claramente la evidencia de que los pacientes han obtenido un beneficio terapéutico, el registro también debe respaldar el diagnóstico de UC o CD utilizando el código(s) adecuado de ICD-9-CM de 556.0-556.3 o 556.5-556.9 (Ulcerative colitis), 555.0-555.9 (Regional enteritis) y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

corporal (kg) x aumento del factor VIII deseado (IU/dl o % normal) x 0.5 (IU/dl). La frecuencia de la administración de Novoeight® es determinada por el tipo de episodio de sangrado y la recomendación del médico tratante.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico del paciente debe respaldar el diagnóstico de la deficiencia del factor congénito VIII utilizando el código adecuado de ICD-9-CM 286.0 (Congenital deficiency of other clotting factors), cuando un suplidor provee una receta válida, una factura válida, recibo de envío y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

contiene 100mg o 400mg de polvo liofilizado. Según fue aprobado por la FDA la dosis recomendada es 11mg/kg administrada en una hora por infusión intravenosa cada tres semanas hasta que el tratamiento ya no funcione.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación

Ver **SYLVANT**, en la próxima página

SYLANT

De la página anterior

de la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital. El registro médico debe documentar claramente el estatus de HIV y HHV-8 del paciente; el registro médico debe incluir la prueba de laboratorio de hematología del paciente de los primeros 12 meses de tratamiento y de cada 3 ciclos de dosificación a partir de entonces.

Tretten[®], Coagulation Factor XIII A-Subunit (Recombinant)

Tretten[®], [Coagulation Factor XIII A-Subunit (Recombinant)], polvo liofilizado para solución inyectable vía intravenosa es indicado para el tratamiento rutinario preventivo de sangrado para pacientes con deficiencia congénita del factor de la subunidad XIII-A (congenital factor XIII-A-Subunit deficiency).

Tretten[®] fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el 24 de diciembre de 2013.

Tretten[®] es administrado como polvo liofilizado en un frasco de un sólo uso junto con el frasco del diluyente (agua esterilizada para inyección). Según lo aprobado por la FDA las dosis recomendadas son 35 unidades internacionales por kilogramo de peso corporal una vez al mes para

J3590/C9399 Vimizim[™] (elosulfase alfa)

La inyección Vimizim[™] (elosulfase alfa), para uso intravenoso es una enzima específica de glicosaminoglicanos lisosomal hidrolítica (hydrolytic lysosomal glycosaminoglycan, GAG) indicada para pacientes con mucopolisacaridosis tipo IVA (MPS IVA; Morquio A syndrome). Vimizim[™] fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 14 de febrero de 2014.

Vimizim[™] es suministrada como una solución concentrada para infusión en un frasco de un sólo uso de 5mg/5ml (1mg/mL) que requiere dilución. Según fue aprobado por la FDA la dosis recomendada es 2mg por kg administrado vía intravenosa en un rango mínimo de 3.5 a 4.5 horas, en base al volumen de la infusión, una vez a la semana. El tratamiento previo con antihistamínicos, con o sin

El registro también debe respaldar el diagnóstico de la enfermedad de Castleman utilizando el código(s) adecuado de ICD-9 de 785.6 (inflamación de los ganglios linfáticos), 229.0 (tumor benigno en otros lugares no especificados), 238.79 (otros tejidos linfáticos y hematopoyéticos) y la dirección de la FDA para su utilización así como para su administración.

alcanzar el objetivo a través del nivel de actividad FXIII en o sobre el 10% utilizando una prueba validada.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que usualmente no es autoadministrado según la indicación de la FDA cuando es administrado como incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital.

El registro médico del paciente debe respaldar el diagnóstico de la deficiencia congénita del factor de la subunidad XIII A utilizando el código adecuado de ICD-9-CM 286.3 y la dirección de la FDA para su uso así como para su administración.

antipiréticos, se recomienda 30-60 minutos antes de comenzar la infusión.

A falta de una determinación de cobertura nacional (NCD) o determinación de cobertura local (LCD), Medicare puede considerar la cobertura de un medicamento que no es usualmente autoadministrado según lo indicado por la FDA cuando es administrado incidente al servicio de un médico o en ambiente de hospital.

El registro médico de un paciente también debe respaldar el diagnóstico de mucopolisacaridosis, tipo IVA (MPS IVA; Morquio A syndrome) utilizando el código(s) de ICD-9-CM adecuado de 277.5 (Mucopolysaccharidosis) y la dirección de la FDA para su uso así como su administración.

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

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

Redeterminaciones 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

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 expreso y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y próstéticos

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

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

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

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

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

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

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

Reclamaciones de rutina por escrito

Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Proveedores participantes

Proveedores participantes Medicare Parte B
P. O. Box 44117
Jacksonville, FL 32231-4117

Reclamaciones de quiropráctico

Unidad quiropráctica Medicare Parte B
P. O. Box 44067
Jacksonville, FL 32231-4067

Reclamaciones de ambulancia

Departamento de ambulancia Medicare Parte B.
P. O. Box 44099
Jacksonville, FL 32231-4099

Medicare como pagador secundario

Departamento MSP Medicare Parte B
P. O. Box 44078
Jacksonville, FL 32231-4078

Reclamaciones ESRD

Reclamaciones ESRD Medicare Parte B
P. O. Box 45236
Jacksonville, FL 32232-5236

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones

Revisión reclamaciones Medicare Parte B.
P.O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Solicitud de audiencias justas

Audiencias Medicare
P.O. Box 45156
Jacksonville FL 32232-5156

Freedom of Information Act

Solicitud Freedom of Information Act
Apartado postal 2078
Jacksonville, Florida 32231

Audiencias juez de derecho administrativo

Q2 Administrators, LLC
Parte B QIC South Operations. P.O. Box
183092. Columbus, Ohio 43218-3092
Attn: Administration manager

Estatus/preguntas generales

Correspondencia Medicare Parte B
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Sobrepagos

Servicios financieros Medicare Parte B
P. O. Box 44141
Jacksonville, FL 32231-4141

Reclamaciones de (DME), prostéticos u ortóticos

CSG Administrators, LLD
P.O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

Reclamaciones electrónicas (EMC)

Reclamaciones, acuerdos y preguntas Medicare EDI. P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Desarrollo adicional

Dentro de los 40 días de solicitud inicial:
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2537
Jacksonville, FL 32231-0020

Pasados 40 días de solicitud inicial:

Envíe los cargos en cuestión, incluyendo información solicitada, como si fuera una nueva reclamación
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Misceláneo

Problemas de participación del proveedor y afiliación de grupo; solicitudes por escrito para UPIN, perfiles y tarifas fijas: inscripción en Medicare
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor

Inscripción en Medicare.P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021 y
Departamento Inscripción del proveedor
Blue Cross Blue Shield of Florida
P. O. Box 41109
Jacksonville, FL 32203-1109

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalcientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educacionales

Medicare Parte B. Educación y alcance al proveedor de Medicare
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Limitación de asuntos de cargos

Errores de procesamiento
Medicare Parte B. P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0048

Verificación de reembolso:

Medicare Parte B
Supervisión de cumplimiento
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:

Palmetto GBA
Ferrocarril Medicare Parte B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso

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

Números telefónicos

Proveedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR):

1-877-847-4992

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Beneficiario. Llamada gratis:

1-800-MEDICARE
Impedimento auditivos:
1-800-754-7820

Nota: las líneas gratuitas de servicio al cliente están reservadas para los beneficiarios de Medicare. El uso por parte de los proveedores no está permitido y puede considerarse como abuso del programa.

Registro eventos educacionales (línea no gratuita):

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prostéticas

Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45098
Jacksonville, FL 32232-5098

Listas de influenza

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

Recuperación de deuda Parte B, preguntas MSP y sobrepagos, y manejo de efectivo

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45013
Jacksonville, FL 32232-5013

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplier

Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor:

Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

y

Departamento de inscripción del proveedor
Blue Cross Blue Shield of Florida
P. O. Box 41109
Jacksonville, FL 32231-1109

Redeterminaciones

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45024
Jacksonville, FL 32232-5091

Redeterminaciones de sobrepago

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45091
Jacksonville, FL 32232-5091

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45073
Jacksonville, FL 32232-5073

Investigaciones del congreso

First Coast Service Options Inc.
Attn: Carla-Lolita Murphy
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalcientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educativos:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor de Medicare
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril

Palmetto GBA
Railroad Medicare Part B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso

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

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 44288
Jacksonville, FL 32231-4288

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First

Coast), su contratista administrativo de Medicare

<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

Correo electrónico:

AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente beneficiarios

1-800-MEDICARE
Impedimentos auditivos:
1-800-754-7820

Nota: Las líneas gratuitas de servicio al cliente están reservadas para los beneficiarios de Medicare. El uso por parte de los proveedores no está permitido y puede considerarse como abuso del programa.

Registro de eventos educacionales

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

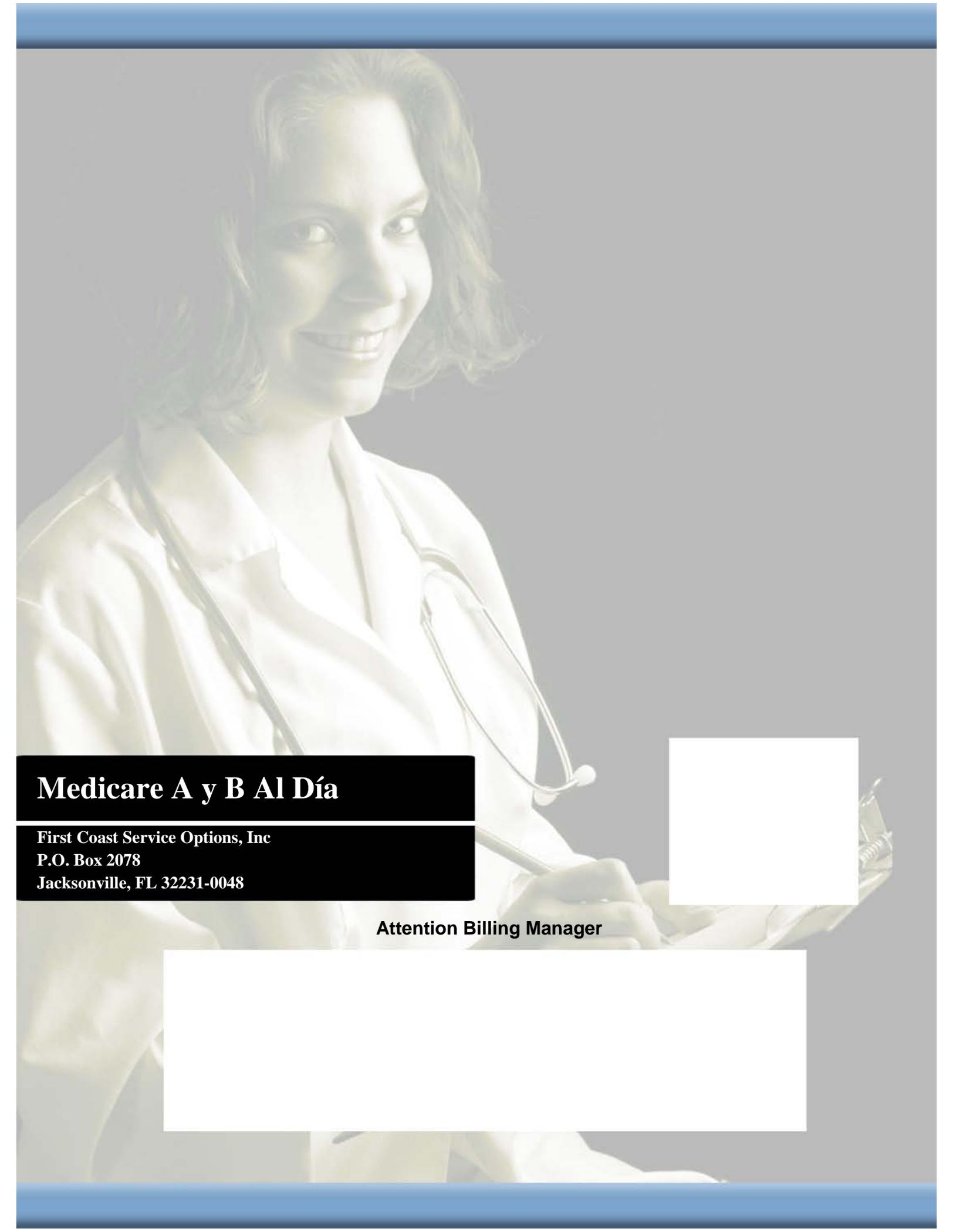
Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prótesis

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager