

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Mayo 2015



En esta edición

| | |
|--|----|
| Servicios de manejo de atención crónica | 4 |
| CMS implementa formatos alternativos | 6 |
| Nuevos formularios CMS-855..... | 7 |
| Pagos para hospitales de cuidado prolongado..... | 11 |
| CMS emite notificación de disponibilidad | 13 |
| Edición sobre el reporte del NPI | 24 |

Las herramientas Web de First Coast ponen en marcha las reclamaciones denegadas

Kristin Gunn es una experta veterana en el manejo de la facturación de Medicare por haberlo hecho por más de 27 años. Con esa amplia experiencia, Gunn dice “El SPOT es lo mejor que se han inventado.”

El SPOT, Secure Provider Online Tool, es el portal en línea libre de costo de First Coast Service Options para que los proveedores médicos manejen múltiples aspectos de la facturación de Medicare. La herramienta le permite a los proveedores verificar la elegibilidad del beneficiario de Medicare y el estatus de la reclamación. Los proveedores también pueden reabrir las reclamaciones donde los errores administrativos pueden ser corregidos así como también pueden presentar la documentación de respaldo para las redeterminaciones de reclamaciones.

Luego de trabajar por 27 años para grandes compañías de facturación médica, Gunn comenzó su propio negocio en enero de 2015, el South Florida Revenue Cycle Specialists, LLC. Ella actualmente está administrando

la facturación para tres consultorios médicos. Ella dice que el SPOT la pondrá en una buena posición para el crecimiento de su negocio.

“El SPOT es el camino a seguir ya no hay que llenar formularios para luego tener que enviarlos por fax o por correo electrónico. Yo he utilizado el SPOT para reabrir

“ El SPOT es el camino a seguir. Ya no hay que llenar formularios para luego enviarlos por fax o por correo electrónico. Yo uso el SPOT para reabrir varias reclamaciones. ”

– Kristin Gunn,
South Florida Revenue Cycle Specialists, LLC



varias reclamaciones. Yo no puedo creer cuan fácil es. Al utilizar el SPOT también recibimos esos pagos más rápido que si hubiéramos enviado la solicitud por fax o por correo,” dijo Gunn.

Ver **LAS HERRAMIENTAS**, en la página 7



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Ambulancia

Listas de condiciones médicas de ambulancia y de indicadores de transporte3

Cobertura

Reparación de la válvula mitral3

Facturación

Servicios de manejo de la atención crónica – preguntas frecuentes.....4

Médicos y NPP reportados.....5

CMS actualiza las listas de los códigos de denegación de ajuste5

Actualización de julio de 2015 para los cambios de código de medicamentos6

Información general

CMS implementa formatos alternativos para resúmenes de Medicare.....6

Inscripción del proveedor

Nuevos formularios CMS-8557

Aclaración de los requisitos de mantenimiento de documentación8

Servicios de rehabilitación

Actualizaciones del manual para clarificar los requerimientos.....8

Recursos educativos

Calendario de eventos.....9

MLN Connects® Provider e-News10

Parte A

Centros de enfermería especializada

Pagos para hospitales de cuidado prolongado que no presenten los datos11

Facturación

Instrucciones de codificación.....11

Información general

CMS publica la seguridad del ingreso12

Pagos a los centros de rehabilitación.....13

PARD

CMS emite notificación de disponibilidad del índice salarial preliminar.....13

Sistema de pago prospectivo

CMS publica la actualización de abril de 2015 del sistema de pagos14

Determinaciones locales de cobertura de Parte A15

LCD nuevas

Amniotic membrane-sutureless placement on the ocular surface16

Cardiology-non-emergent outpatient testing: exercise stress test.....16

Humanitarian Use Device (HUD)17

Revisiones a las LCD existentes

Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies.....17

Colorectal Cancer Screening18

Noncovered services18

LCD retiradas

Múltiples determinaciones locales de cobertura de la Parte A (LCD) se retiraron20

Pamidronate (Aredia®, APD) – retirada LCD de Parte A.....20

Información médica adicional

Viscosupplementation therapy21

Venofer® (sacarosa de hierro- J1756)21

Contactos de Parte A.....22

Parte B

Facturación

Errores de pago para el manejo de la atención crónica23

Inscripción del proveedor

Edición sobre el reporte del NPI de la localidad de servicio24

Problemas de procesamiento

Denegación incorrecta del código de anestesia 0081024

Determinaciones locales de cobertura de

Parte B25

LCD nuevas

Amniotic membrane-sutureless placement on the ocular surface.....26

Cardiology-non-emergent outpatient testing: exercise stress test.....26

Humanitarian Use Device (HUD)27

Revisiones a las LCD existentes

Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal27

Colorectal Cancer Screening.....28

Noncovered services28

LCD retiradas

Múltiples determinaciones locales de cobertura de la Parte B (LCD) se retiraron.....30

Pamidronate (Aredia®, APD)30

Información médica adicional

Viscosupplementation therapy31

Venofer® (sacarosa de hierro- J1756)31

Contactos de Parte B de Puerto Rico32

Contactos de Parte B de Florida.....33

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Los Estados Unidos.....34

Medicare A y B Al Día

Vol. 7, No. 5
Mayo de 2015

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.

Ambulancia

Listas de condiciones médicas de ambulancia y de indicadores de transporte

Número de *MLN Matters*: MM9142
Número de petición de cambio relacionado: 9142
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2015
Fecha de efectividad: 27 de julio de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3240CP
Fecha de implementación: 27 de julio de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 9142 informa a los proveedores que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han movido la lista de las condiciones médicas de ambulancia y la lista de indicadores de transporte de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª edición, modificación clínica (ICD-9-CM) del *Medicare Claims Processing Manual* a la página "Ambulance Service Center" del sitio Web de CMS.

No hay cambios de política como resultado de mover dicha información a la página Web de CMS.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9142.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9142, 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/R3240CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3240, CR 9142

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 dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar un resumen; no sustituir ninguna ley escrita. Recomendamos evaluar los estatutos y regulaciones para obtener una declaración del contenido total.

Cobertura

Reparación de la válvula mitral – determinación de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*: MM9002 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9002
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de abril de 2015
Fecha de efectividad: 7 de agosto de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R178NCD y R3241CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Este artículo fue revisado el 26 de abril debido a la publicación de una petición de cambio (CR) actualizada. Esa CR retira el texto concerniente a la facturación de la reparación de la válvula mitral de transcáteter (TMVR) para regurgitación mitral (MR) con el modificador 62. La fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y un enlace a la transmisión también han sido cambiados.

Resumen

Efectivo para las reclamaciones con fechas de servicio provisto en o después del 7 de agosto de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) reembolsarán las reclamaciones por TMVR para regurgitación mitral (MR) cuando es proporcionada bajo cobertura con evidencia de desarrollo (CED). La TMVR utilizada para el tratamiento de cualquier indicación que no

sea de MR o que no esté bajo la CED no está cubierta.

Los requerimientos incluyen lo siguiente:

- El tratamiento debe ser proporcionado para una indicación aprobada por la FDA con un dispositivo aprobado por la FDA
- El paciente debe ser ingresado a un registro nacional calificado
- Los criterios listados en la determinación de cobertura nacional deben ser cumplidos antes de comenzar un programa de TMVR y después de que un programa de TMVR ha sido establecido
- El tratamiento debe ser proporcionado en un hospital con la infraestructura adecuada y cumplir con todos los requerimientos especificados

Nota: Los requerimientos de codificación y de procesamiento de reclamación están detallados en el artículo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9002.pdf>.

Ver **REPARACIÓN**, en la próxima página

REPARACIÓN

De la página anterior

[MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9002.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/MM9002.pdf). La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9002, 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/R3241CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R178NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3241, CR 9002 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 178, CR 9002

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; no sustituir ninguna ley escrita. Recomendamos evaluar los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material para obtener una declaración del contenido total.



Requerimientos de firma de Medicare

El requerimiento de Medicare para autenticar el archivo médico es asegurar que los servicios prestados han sido completamente documentados y autenticados por el autor del ingreso en el archivo médico. *Haga clic aquí* para más información sobre los requerimientos de firma de Medicare y cómo adherirse a estos puede prevenir que sus reclamaciones sean afectadas.

Facturación

Servicios de manejo de la atención crónica – preguntas frecuentes



Número de *MLN Matters*: SE1516
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

El manejo de la atención es reconocida como un componente fundamental de la atención primaria que

mejora la salud del paciente y reduce el gasto. Desde 1 de enero de 2015, Medicare paga por separado los servicios de coordinación de cuidados que no son cara a cara proporcionados a los beneficiarios de Medicare con múltiples condiciones crónicas.

El artículo de edición especial SE1516 actualiza la hoja informativa y las preguntas y respuestas frecuentes relacionadas con el manejo de la atención crónica (código de procedimiento 99490) que abordan las solicitudes recibidas de los profesionales de la salud y proveedores para orientación adicional en áreas específicas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1516.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1516

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 estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar un resumen, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones y cualquier otro material para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Médicos y NPP reportados en las reclamaciones de hospitales de cuidado crítico de Parte A

Número de *MLN Matters*: SE1505
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Todas las reclamaciones de hospitales de cuidado crítico (CAH) Method II deben contener un médico o profesionales de la salud que atiende o que presta el servicio los cuales deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Un identificador nacional del proveedor (NPI) válido
- Elegible como médico o proveedor que atiende o que presta el servicio
- Inscrito en Medicare en un estatus de aprobado

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han implementado ediciones que verifican que el NPI

reportado por médicos o profesionales de la salud en los campos de prestación de servicios o atención médica, en las reclamaciones CAH Method II para el pago, tengan un NPI válido y que el proveedor para ese NPI está inscrito en Medicare en un estado de aprobado, de lo contrario la reclamación será rechazada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1505.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1505

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.

CMS actualiza las listas de los códigos de denegación de ajuste de reclamación y los códigos de comentarios de remesas de pago

Número de *MLN Matters*: MM9125 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9125
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2015
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3242CP
Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) agregaron recientemente los códigos de denegación de ajuste de reclamación y los códigos de comentarios de remesas de pago modificados para servicios de anestesia, estudios del sueño y tratamientos de investigación. CMS revisó el artículo el 27 de abril de 2015, para realizar cambios a los códigos de comentarios de remesas de pago (RARC) nuevos y desactivados. El resto de información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente las listas de los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y los códigos de comentarios de remesas de pago (RARC) para añadir códigos de servicios de anestesia y estudios del sueño y para modificar las narrativas de código relacionadas con tratamientos de investigación y medicamentos.



CMS generalmente solicita cambios de los códigos CARC y RARC junto con un cambio de política. Estos cambios en el código representan los cambios realizados en las listas desde el 9 de enero 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/MM9125.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9125, 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/R3242CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3242, CR 9125

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 tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Actualización de julio de 2015 para los cambios de código de medicamentos/productos biológicos



Número de *MLN Matters*: MM9167
 Número de petición de cambio relacionado: 9167
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de mayo de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3254CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

La petición de cambio 9167 anuncia las actualizaciones trimestrales de los códigos de medicamentos/productos biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). La actualización incluye nuevos códigos de julio.

Además, la CR 9167 actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* para abordar el uso del código de medicamentos no clasificados (NOC) de un medicamento compuesto en reclamaciones de medicamentos compuestos. A partir de julio de 2015, las reclamaciones por medicamentos compuestos deben ser presentadas utilizando el código NOC HCPCS para medicamento compuesto.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9167.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9167, 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/R3254CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3254, CR 9167

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 y no sustituir ninguna ley escrita. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Información general

CMS implementa formatos alternativos para los resúmenes de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM9153
 Número de petición de cambio relacionado: 9153
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de mayo de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1499OTN
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han designado a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) como los responsables de cumplir con las solicitudes de letra de tamaño grande y formatos alternativos de los resúmenes de Medicare (MSN) que se envían a los beneficiarios.

La sección 504 del Rehabilitation Act de 1973 (sección 504), 29 U.S.C. 794 prohíbe a las agencias ejecutivas y a beneficiarios de asistencia financiera federal de la exclusión de personas con discapacidad o la denegación de estos de la misma oportunidad de recibir beneficios y servicios del programa. CMS tiene la obligación de proporcionar los MSN en formatos alternativos para los beneficiarios que elijan uno de los formatos de su preferencia.

Además de letra de tamaño grande, la nueva política también cubre formatos alternativos tales como Braille, CD-ROM y formatos de audio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9153.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9153, 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/R1499OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1499, CR 9153

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 y no sustituir ninguna ley escrita. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

LAS HERRAMIENTAS

De la página 1

Recientemente ella utilizó el SPOT para manejar de manera rápida una solicitud de pago en exceso que involucra un beneficiario de Medicare que fue reportado como fallecido. “El SPOT hizo que el problema fuera tan fácil de resolver. Nosotros verificamos los registros médicos para ver si facturamos un número de paciente incorrecto, entre otras cosas.”

Luego verifiqué la pestaña de elegibilidad en el SPOT, verifiqué la fecha de defunción y comparé la fecha del servicio. Imprimí la pantalla desde el SPOT y la envié a través del correo seguro. “Presiona ‘send’ (‘enviar’) y allá va; sin visitas a la oficina de correos.”

Gunn principalmente utiliza tres herramientas del SPOT. Ella dice que está particularmente encantada con la ventana del estatus de reclamación. “La verificación del estatus de reclamación es mi parte favorita en el SPOT. Yo entro con el número de ICN. Puedo hacer una reapertura si necesito hacer un cambio a un modificador u otro campo. No tengo que marcar el teléfono para reabrir la reclamación.” Con el SPOT, los proveedores de

la Parte B pueden cambiar una fecha de servicio, código de diagnóstico, código de procedimiento, modificador o unidades facturadas a través de una reapertura administrativa de una reclamación.

Antes de comenzar su propio negocio, Gunn trabajó para una compañía grande de facturación médica que utilizaba otros productos de software para manejar las reclamaciones de Medicare. Cuando una compañía de facturación se fusionó con su empleador, ella decidió convertirse en su propia jefa. “Yo sabía sobre el SPOT, pero no lo había usado hasta que comencé mi propio negocio.”

Gunn dice que ella se ha inscrito para varias de las [clases de aprendizaje en línea](#) para obtener créditos de educación continua. Ella también está planificando utilizar el centro de aprendizaje de First Coast para ponerse al día con muchas de las funciones disponibles a través del SPOT.

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

Inscripción del proveedor

Nuevos formularios CMS-855

La Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB) ha aprobado dos nuevos formularios 855 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Los nuevos formularios son CMS-855C y CMS-855POH.

El formulario CMS-855C es usado por los facturadores de procedimiento de pago indirecto (IPP) para la inscripción de Medicare y el formulario CMS-855POH es utilizado por los hospitales que son propiedad de médicos para reportar la propiedad del hospital y el interés de la inversión.

Para obtener más información acerca de estos formularios, por favor refiérase a la transmisión publicada por CMS:

- Petición de cambio (CR) 9120 – [Update of CMS-855A, Physician-Owned Hospital Reporting Via the CMS-855POH and Indirect Payment Procedure Registration Via the CMS-855C en el capítulo 15 de la publicación 100-08](#) (en inglés)



Cuando los formularios sean publicados por CMS, se pueden obtener mediante el acceso a la [página de la lista de formularios de CMS](#) (en inglés) o la [sección de inscripción del proveedor](#) en el sitio Web del proveedor de First Coast de Medicare.

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

Encuentre sus favoritos utilice Clics rápidos

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar la información útil y urgente en nuestro sitio Web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de Clics rápidos. Localizado en el lado derecho de la página de inicio, este menú conveniente le permite acceder a las páginas más populares en el sitio – con un sólo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita. Utilice Clics rápidos.

Aclaración de los requisitos de mantenimiento de documentación para ordenar y certificar

Número de *MLN Matters*: MM9112
 Número de petición de cambio relacionado: 9112
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de abril de 2015
 Fecha de efectividad: 20 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R587PI
 Fecha de implementación: 20 de julio de 2015

Resumen

La petición de cambio 9112 aclara el término “acceso a la documentación” lo que significa que la documentación es en realidad proporcionada o se pone a disposición en la forma solicitada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o un contratista de Medicare.

Un proveedor o distribuidor que suministre artículos cubiertos de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS), servicios clínicos de laboratorio, servicios de imágenes o servicios cubiertos ordenados/certificados de salud en el hogar está obligado a:

- Mantener la documentación durante siete años a partir de la fecha del servicio y

- A solicitud de CMS, o un contratista de Medicare, proporcionar acceso a la documentación

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9112.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9112, 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/R587PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 587, CR 9112

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.

Servicios de rehabilitación

Actualizaciones del manual para clarificar los requerimientos para la certificación y recertificación de la elegibilidad del paciente para los servicios de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*: MM9119 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9119
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de abril de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R92GI y R208BP
 Fecha de implementación: 11 de mayo de 2015

Este artículo fue revisado el 22 de abril de 2015, para cambiar la fecha de vigencia del 11 de mayo de 2015, al 1 de enero de 2015. La fecha de publicación de la petición de cambio (CR), los números de transmisión y los enlaces para las transmisiones, también fueron cambiados. El resto de la información permanece igual. La CR 9119 actualiza el 'Medicare Benefit Policy Manual' para reflejar la regla final del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) de 2015.

Resumen

La petición de cambio (CR) 9119 actualiza el *Medicare Benefit Policy Manual* para reflejar la regla final del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) de 2015. Las actualizaciones del capítulo 7 incluyen lo siguiente:

- Tres cambios al requerimiento del encuentro cara a cara, los cuales reducirán la carga administrativa
- Los requerimientos de la reevaluación de la visita de

terapia 13 y 19 han sido eliminados

- Al menos cada 30 días calendario un terapeuta calificado debe proveer el servicio de terapia necesario y reevaluar el paciente funcionalmente

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9119.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9119, 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/R92GI.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R208BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 92, CR 9119 y CMS Pub. 100-02, Transmittal 208, CR 9119

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 y regulaciones 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 evalúe los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Recursos educativos

Calendario de eventos

Junio de 2015

Servicios de quiropráctica y documentación

Cuando: 15 de junio de 2015

Hora: 10:00-11:30 AM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

Dirigido a: Puerto Rico

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0293220.asp>

Cambios y regulaciones de la Parte A de Medicare

Cuando: 16 de junio de 2015

Hora: 10:00-11:30 AM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0276477.asp>

Cambios y regulaciones de la Parte B de Medicare

Cuando: 17 de junio de 2015

Hora: 11:30 AM-1:00 PM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0276505.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 abril de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 30 de abril de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 7 de mayo de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 14 de mayo de 2015](#)

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>.



Centros de enfermería especializada

Pagos para los hospitales de cuidado prolongado que no presenten los datos de calidad requeridos

Número de *MLN Matters*: MM9105
Número de petición de cambio relacionado: 9105
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de mayo de 2015
Fecha de efectividad: 2 de septiembre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R42QRI
Fecha de implementación: 2 de septiembre de 2015

Resumen

A partir del año fiscal 2016, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementarán una reducción de dos por ciento para los hospitales de cuidado prolongado que no presenten los datos de calidad cada año fiscal.

A partir del 1 de octubre de 2015, el comienzo del FY 2016, y los años subsecuentes, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) notificarán a los hospitales de cuidado prolongado (LTCH) que no cumplan con los requerimientos de presentar los datos de calidad de la reducción de dos por ciento en los pagos de Medicare. La carta de notificación también informará al LTCH del proceso para solicitar una reconsideración de



su reducción de pago. El proceso de reconsideración será descrito en la carta de notificación inicial.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9105.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9105, 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/R42QRI.pdf>.

[Downloads/R42QRI.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R42QRI.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 42, CR 9105

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 o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Facturación

Instrucciones de codificación para la reapertura de reclamaciones de forma electrónica



Número de *MLN Matters*: SE1426 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 8581

Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de marzo de 2015

Fecha de efectividad: Reclamaciones recibidas a partir del 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3219CP
Fecha de implementación: 1 de enero de 2016

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron instrucciones para el manejo de las reaperturas electrónicas de reclamaciones en septiembre de 2014. CMS actualizó este artículo el 7 de mayo de 2015, para añadir más información sobre los periodos de presentación a tiempo para las reaperturas de reclamaciones. En este artículo la fecha de publicación de la CR, la fecha efectiva, la fecha de implementación, el número de transmisión y el enlace a la CR también cambiaron. El resto de la información permanece igual.

Ver **INSTRUCCIONES**, en la próxima página

INSTRUCCIONES

De la página anterior

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron cambios que permitirán a los proveedores y a sus vendedores solicitar una reapertura de reclamaciones de forma electrónica.

En el artículo de *MLN Matters*® [MM8581](#), CMS declaró que las reaberturas de las reclamaciones institucionales deben ser presentadas con un código de frecuencia “Q” para identificarlas como una reapertura.

En combinación con [MM8581](#), CMS ha publicado las instrucciones de codificación para presentar solicitudes para reabrir las reclamaciones que están fuera del plazo de presentación de la reclamación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1426.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1426

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

CMS publica la seguridad del ingreso suplementario actualizado y los datos de Medicare para la liquidación del informe de costos

Número de *MLN Matters*: MM8835

Número de petición de cambio relacionado: 8835

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de abril de 2015

Fecha de efectividad: 18 de mayo de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R1488OTN

Fecha de implementación: 18 de mayo de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron los archivos de datos que contienen la seguridad del ingreso suplementario (SSI) y los datos de Medicare para determinar el ajuste para la parte desproporcionada de hospital (DSH) del sistema de pagos prospectivos (PPS) para los hospitales de pacientes internos y el ajuste de pacientes de bajos ingresos para los centros hospitalarios de rehabilitación (IRF).

Los archivos de datos se utilizan para fines de liquidación del PPS de hospitales de pacientes internos y los IRF con períodos de reporte de costos que comienzan durante el año fiscal (FY) 2012. Los hospitales del PPS para pacientes internos que sirven a una parte desproporcionada de los pacientes de bajos ingresos reciben un pago adicional para los servicios prestados a estos beneficiarios de Medicare. Bajo el PPS de los

centros de rehabilitación para pacientes internos, los IRF reciben una cantidad de pago adicional para tener en cuenta el costo de la atención prestada a los pacientes de bajos ingresos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8835.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8835, 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/R1488OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1488, CR 8835

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)



Pagos a los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados que no presenten los datos de calidad requeridos

Número de *MLN Matters*: MM9106
Número de petición de cambio relacionado: 9106
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de mayo de 2015
Fecha de efectividad: 11 de agosto de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R44QRI
Fecha de implementación: 11 de agosto de 2015

Resumen

A partir del año fiscal 2016, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementarán una reducción de dos por ciento para los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados que no presenten los datos de calidad cada año fiscal.

A partir del 1 de octubre de 2015, el comienzo del FY 2016, y los años posteriores, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) notificarán a los centros de rehabilitación de pacientes hospitalizados que no estén cumpliendo con los requerimientos de presentar los datos de calidad sobre la reducción del dos por ciento en los pagos de Medicare. La carta de notificación también informará a los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados sobre el proceso para solicitar una

reconsideración de su reducción de pago. El proceso de reconsideración estará descrito en la carta de notificación inicial.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9106.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9106, 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/R44QRI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 44, CR 9106

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 dirijan 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 evalúe los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

PARD

CMS emite notificación de disponibilidad del índice salarial preliminar PUF del FY 2017 y la carta del cronograma de hospital

Para el FY 2017, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cambiaron el desarrollo del cronograma del índice de salarios. El desarrollo del índice salarial ahora inicia en mayo con la publicación de S-3 PUF.

[Cronograma de desarrollo del índice salarial de hospital del FY 2017](#) (en inglés).

[Carta a los hospitales sobre "Disponibilidad de archivos](#)

[de uso público \(PUF\) del índice salarial preliminar PUF del FY 2017, moratoria para las solicitudes de revisiones a los datos del índice salarial y cronograma de desarrollo de índice salarial FY 2017"](#) (en inglés).

[PUF del índice salarial preliminar](#) (en inglés)

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

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](#).

Sistema de pago prospectivo

CMS publica la actualización de abril de 2015 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM 9097 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9097
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de abril de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3238CP
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de abril de 2015. Este artículo fue revisado el 23 de abril de 2015, para corregir la tarifa de pago para el código HCPCS C9447. Además, las referencias a los códigos HCPCS J0365 y J7180 fueron removidas del artículo. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en la actualización de abril de 2015 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS).

Con la actualización, CMS otorga el paso a través del estatus OPPS de seis medicamentos y productos biológicos a partir del 1 de abril de 2015. CMS también corrigió retroactivamente las tarifas y la metodología de pago ASP para varios medicamentos y productos biológicos. Otros cambios incluyen:

- La reasignación de los productos sustitutos de piel del grupo de bajo costo al grupo de alto costo
- El copago del beneficiario para el código HCPCS J7315 se estableció erróneamente al 20 por ciento de la tarifa de pago de APC en el 'pricer' OPPS desde el

1 de enero de 2014, hasta el 31 de marzo de 2015. El artículo contiene una lista de las tarifas de copago corregidas de J7315

- Se han establecido tres nuevos códigos del *Current Procedural Terminology (CPT)* para vacunas

CMS también revisó las instrucciones de facturación para permitir el pago sólo para procedimientos de hospitalización prestados a un paciente en el ámbito ambulatorio, en la fecha de la admisión hospitalaria o durante los tres días calendario que preceden a la fecha de la admisión hospitalaria. Además, CMS finalizó las instrucciones relacionadas con el reporte del modificador "PO" para los servicios proporcionados en los departamentos ambulatorios fuera del campus basado en el proveedor.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9097.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) MM9097, 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/R3238CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3238, CR MM9097

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

Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <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**.

LCD nuevas

Amniotic membrane-sutureless placement on the ocular surface – nueva LCD

Identificador de LCD: L29355 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Un análisis de datos identificó un aumento en la utilización de colocación de membrana amniótica en la superficie ocular; sin suturas, código 65778 de *Current Procedural Terminology*® (CPT®). Los datos médicos estadísticos del sistema de resumen de extracción de Medicare Parte B (BESS) obtenidos para las fechas de servicio del 1 de enero de 2014, hasta el 30 de junio de 2014, indicaron una relación de contratista a nación para Florida al *2.79 para el código de procedimiento 65778 (150% sobre el promedio nacional). (Nota: Los datos para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos estaban debajo del promedio nacional para el código aplicable). El reembolso para el código CPT® 65778 del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) para centros no participantes (Non-Fac Par) en Florida localidad 99 (el resto de Florida) es \$1338.50.

Debido al riesgo de un error de pago de reclamación de alta cantidad, y la falta de evidencia de calidad para muchas indicaciones propuestas en la literatura publicada disponible, la LCD ha sido creada para abordar las

indicaciones para este servicio.

Esta LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, código CPT®, códigos de diagnósticos de ICD-9-CM, pautas de documentación y pautas de utilización para la membrana amniótica-colocación sin suturas en la superficie ocular. En adición, las pautas de codificación fueron creadas y adjuntadas a la LCD para proveer instrucciones sobre codificación y facturación.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 29 de junio de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Cardiology-non-emergent outpatient testing: exercise stress test, stress echo, MPI SPECT, and cardiac PET— nueva LCD

Identificador de LCD: L35933 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) se ha desarrollado para describir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT®, códigos de diagnóstico ICD-9-CM, directrices de documentación y pautas de utilización de las pruebas no invasivas para la enfermedad arterial coronaria obstructiva en el ámbito ambulatorio.

El diagnóstico y el manejo de los pacientes con sospecha y documentación de enfermedad arterial coronaria en el ámbito de oficina, son respaldados por varias pruebas validadas incluyendo la prueba de esfuerzo en caminadora, la ecocardiografía de esfuerzo, las imágenes de perfusión miocárdica (MPI) a través tanto de la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) como la tomografía por emisión de positrones (PET). Históricamente, en el curso del proceso de desarrollo de políticas estándar del contratista, que incluye el análisis de datos de rutina para la jurisdicción N, varias LCD se implementaron para abordar las pruebas de diagnóstico basadas en oficina. Los médicos han solicitado la reconsideración de varias de estas LCD que comparten indicaciones similares para varias situaciones clínicas. Esta nueva LCD actualiza y consolida varias

políticas existentes y sirve para alinear las indicaciones y pautas de utilización en el entorno de oficina para los pacientes en una situación que no sea de emergencia. Las siguientes políticas existentes se retirarán con la implementación de esta política.

- Prueba de esfuerzo cardiovascular
- Ecocardiografía de esfuerzo
- Estudios cardiovasculares de imágenes nucleares (Parte B)/imágenes de perfusión miocárdica (Parte A)
- Imágenes de miocardio, tomografía por emisión de positrones (PET)

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 29 de junio de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Humanitarian Use Device (HUD) and Humanitarian Device Exemption (HDE) process – nueva LCD

Identificador de LCD: L35931 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Un dispositivo de uso humanitario (HUD), tal como lo define la Food and Drug Administration (FDA), es un dispositivo que tiene por objeto beneficiar a los pacientes mediante el tratamiento o el diagnóstico de una enfermedad o condición que afecta o se manifiesta en menos de 4,000 personas por año en los Estados Unidos. Cuando el fabricante presenta una solicitud de exención de dispositivo humanitario (HDE) a la FDA, se debe proporcionar información suficiente para que la FDA determine que el dispositivo no representa un riesgo no razonable o significativo de enfermedad o lesión para el paciente y que los beneficios probables para la salud son mayores que el riesgo de lesión o enfermedad por su uso. El fabricante no está obligado a facilitar los resultados de las investigaciones clínicas científicamente válidas que demuestren que el dispositivo es eficaz para los fines previstos antes de la comercialización (vea las regulaciones de la FDA [21 CFR 814.124]). Esta regulación de la FDA fue desarrollada para proporcionar un incentivo para el desarrollo de dispositivos para su uso en el tratamiento o diagnóstico de enfermedades que afectan a las poblaciones limitadas. Estos dispositivos sólo pueden ser utilizados en instituciones donde una junta de revisión institucional (IRB) ha aprobado el uso del dispositivo para tratar o diagnosticar la enfermedad rara específica.

Esta política aclara que un dispositivo clasificado por la FDA como un HUD no se aborda en el proceso de

aprobación del estudio de la exención de investigación de dispositivo (IDE) del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción N (JN). Un dispositivo designado por HDE sólo podrá ser considerado para la cobertura en el nivel de reclamación (revisión previa o posterior al pago). En la auditoría, la historia clínica debe respaldar que el dispositivo cumple con el límite razonable y necesario de Medicare (R&N) para la cobertura asumiendo que todos los demás requisitos aplicables del programa se cumplan. El dispositivo no está cubierto específicamente si lo señala como tal dicha determinación de cobertura nacional o local o si se utiliza fuera de la etiqueta según las indicaciones de la FDA. Las reclamaciones por un dispositivo en general (con algunas excepciones) incorporan servicios de médicos facturados a Multi-Carrier System (MCS) (proveedores de Parte B incluyendo médicos [MCS]) y los servicios del centro hospitalario facturados en el sistema compartido del intermediario fiscal (FISS).

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva **a partir del 06/29/2015**. 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 seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Revisiones a las LCD existentes

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para bisfosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada para añadir una nueva indicación aprobada por la FDA para Xgeva®. Además, pamidronate (Aredia®) ha sido añadido a esta LCD. Las siguientes secciones de la LCD fueron revisadas: "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity", "ICD-9 Codes That Support Medical Necessity", "Documentation Requirements", "Utilization Guidelines" y "Sources of Information and Basis for Decision".

Fecha de vigencia

La revisión relacionada con Xgeva® es efectiva para las

reclamaciones procesadas **a partir del 14 de mayo de 2015** para los servicios prestados **a partir del 14 de diciembre de 2014**. La revisión de la LCD relacionada con la adición de pamidronate (Aredia®) es efectiva para los servicios prestados **a partir del 14 de mayo 2015**. 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 seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Colorectal Cancer Screening – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28803 (Florida)

Identificador de LCD: L28805 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 8874 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), dos modificadores pueden ser utilizados para identificar los servicios de anestesia prestados conjuntamente con un servicio de evaluación.

- Modificador 33 – servicios preventivos: cuando el propósito principal del servicio es la entrega de un servicio basado en la evidencia de acuerdo con las calificaciones vigentes de United States Preventive Task Force A or B y otros servicios preventivos. Añadir el modificador 33 eximirá el deducible y coaseguro del paciente
- Modificador PT – prueba de evaluación del cáncer colorrectal; convertido a prueba diagnóstica u otro procedimiento. Añadir el modificador PT eximirá el

deducible del paciente. El coaseguro seguirá siendo aplicable

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación del cáncer colorrectal ha sido revisada para reflejar la adición de los modificadores 33 y PT.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de enero de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

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.



Noncovered services – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

El departamento de políticas y procedimientos médicos (Medical Policy & Procedures Department) evaluó los siguientes servicios y determinó que no están considerados médicamente razonables y necesarios en este momento en base a la evidencia publicada disponible actualmente (por ejemplo, literatura médica revisada por expertos y estudios publicados). Por lo tanto, los siguientes códigos de procedimiento han sido añadidos a la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos. El periodo de comentarios para la adición de estos servicios fue desde el 14 de febrero de 2015, al 30 de marzo de 2015. Luego de que una LCD se hace efectiva/activa, cualquier parte interesada puede solicitar una revisión a la LCD, siguiendo el proceso de reconsideración según lo descrito en nuestro sitio Web.

- C9737 – *Laparoscopy, surgical, esophageal sphincter augmentation with device (eg, magnetic band) (laparoscopia, quirúrgico, aumento de esfínter*

esofágico con dispositivo [por ejemplo, banda magnética])

- 0378T – 0379T - *Visual field assessment, with concurrent real time data analysis and accessible data storage with patient initiated data transmitted to a remote surveillance center for up to 30 days (evaluación del campo visual, con análisis de los datos en tiempo real concurrente y almacenamiento de datos accesible con los datos iniciados del paciente transmitidos a un centro de vigilancia remoto por hasta 30 días)*
- 0380T - *Computer-aided animation and analysis of time series retinal images for the monitoring of disease progression, unilateral or bilateral, with interpretation and report (animación y análisis de series de tiempo de imágenes de la retina asistido por ordenador para monitorear la progresión de la enfermedad, unilateral o bilateral, con interpretación y reporte)*
- 0381T – 0382T – *External heart rate and 3-axis accelerometer data recording up to 14 days to assess*

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

changes in heart rate and to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (grabación del ritmo cardíaco externo y datos del acelerómetro de 3 ejes por hasta 14 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco y para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnóstico de eventos convulsivos de epilepsia nocturna)

- *0383T – 0384T – External heart rate and 3-axis accelerometer data recording from 15 to 30 days to assess changes in heart rate to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (grabación del ritmo cardíaco externo y datos del acelerómetro de 3 ejes desde 15 hasta 30 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnóstico de eventos convulsivos de epilepsia nocturna)*
- *0385T – 0386T – External heart rate and 3-axis accelerometer data recording more than 30 days to assess changes in heart rate to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (grabación del ritmo cardíaco externo y datos del acelerómetro de 3 ejes por más de 30 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnóstico de eventos convulsivos de epilepsia nocturna)*
- ** 0387T- Transcatheter insertion or replacement of permanent leadless pacemaker, ventricular (inserción o reemplazo del transcáteter del marcapasos permanente sin cables, ventricular)*
- ** 0388T - Transcatheter removal of permanent leadless pacemaker, ventricular (remoción del transcáteter del marcapasos permanente sin plomo, ventricular)*
- ** 0389T - Programming device evaluation (in person) with iterative adjustment of the implantable device to test the function of the device and select optimal permanent programmed values with analysis, review and report, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo de programación [en persona] con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar el funcionamiento del dispositivo y seleccionar los valores óptimos programados permanentes con análisis, revisión y reporte, sistema de marcapasos sin cables)*
- *0390T - Peri-procedural device evaluation (in person) and programming of device system parameters before or after a surgery, procedure or test with analysis, review and report, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo periprocesal [en persona] y la programación de los parámetros del sistema del dispositivo antes o después de una cirugía, procedimiento o prueba con análisis, revisión y reporte, sistema de marcapasos sin cables)*
- *0391T - Interrogation device evaluation (in person)*

with analysis, review and report, includes connection, recording and disconnection per patient encounter, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo de interrogación [en persona] con análisis, revisión y reporte, incluye conexión, grabación y desconexión por encuentro de paciente, sistema de marcapasos sin cables)

**Cubierto si el beneficiario está inscrito en un estudio de excepción de dispositivo de investigación (IDE) categoría B aprobado por un MAC.*

Para determinar si un servicio o procedimiento alcanza el límite para cobertura, este contratista aborda la calidad de la evidencia según el *Program Integrity Manual*. Al dirigirse a los artículos y la información relacionada en el dominio público, el contratista administrativo de Medicare de la jurisdicción N (JN) llegó a la determinación de que la evidencia disponible era de calidad moderada a baja, compuesta por pequeña serie de casos, estudios retrospectivos y revisión de artículos que reportan seguridad limitada y datos de eficacia para estos procedimientos. Debido a la indisponibilidad de evidencia de alta calidad, el JN MAC reitera que no hay evidencia científica suficiente para respaldar estos procedimientos, y por lo tanto no son considerados razonables y necesarios bajo la sección 1862(a)(1)(a) del Social Security Act.

Cualquier reclamación denegada tendría los derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere la revisión por un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para revisión toda la documentación médica relevante e información específica de caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Una parte interesada puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el borrador sea finalizado, el periodo de notificación ha terminado y el borrador se active. En el caso de las LCD de servicios no cubiertos, la parte interesada puede solicitar la lista de los artículos e información relacionada en el dominio público que fueron consideradas por el departamento de política médica para la toma de decisión de no cobertura. Si la parte interesada tiene nueva información en base a la evaluación de la lista de artículos e información relacionada, se puede iniciar una reconsideración de LCD. Es responsabilidad de la parte interesada solicitar la lista probatoria del contratista y presentar los artículos adicionales, datos e información relacionada para respaldar su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requerimientos de reconsideración de LCD descritos en el sitio Web.

También, cualquier parte interesada podría solicitar a CMS que considere desarrollar una determinación de cobertura nacional (NCD). Cabe señalar, si la evidencia no es adecuada para cobertura bajo la sección 1862(a)(1)(A), un artículo o servicio puede ser considerado para cobertura bajo la política de cobertura con desarrollo de evidencia (CED) de CMS en la cual “razonable y

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

necesario” es establecido bajo 1862(a)(1)(E) del Act. Bajo la autoridad de la sección 1862(a)(1)(E), el proceso de la NCD puede resultar en cobertura si el artículo o servicio es cubierto sólo cuando es provisto en un ambiente en el cual hay un proceso predeterminado para la recolección de datos adicionales, y en el cual el proceso proporciona protecciones adicionales y medidas de seguridad para los beneficiarios, tales como aquellos presentes en ciertas investigaciones clínicas.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

prestados **a partir del 29 de junio de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

LCD retiradas

Múltiples determinaciones locales de cobertura de la Parte A (LCD) se retiraron

Identificador de LCD: L29052, L29096, L29193, L29295 (Florida)

Identificador de LCD: L29070, L29111, L29348, L29331 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en el análisis de datos y una revisión de las determinaciones locales de cobertura (LCD), se determinó que las siguientes LCD ya no son necesarias y, por lo tanto, se retiraron.

- Accelerated partial breast irradiation (APBI)
- Ceredase/cerezyme
- Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) therapy
- Transmyocardial revascularization

Fecha de vigencia

El retiro de ‘accelerated partial breast Irradiation (APBI),

ceredase/cerezyme, and ilbritumomab tiuxetan (Zevalin®) therapy’ es efectivo para los servicios prestados **a partir del 14 de mayo de 2015**.

El retiro de la LCD ‘transmyocardial revascularization’ es efectivo para los servicios prestados **a partir del 16 de mayo de 2015**.

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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Pamidronate (Aredia®, APD) – retirada LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28944 (Florida)

Identificador de LCD: L28965 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para pamidronate (Aredia®) ha sido retirada. Pamidronate (Aredia®) se ha incorporado en los bifosfanatos (por vía intravenosa [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones de LCD.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD es efectivo para los servicios prestados

a partir del 14 de mayo de 2015. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información médica adicional

Viscosupplementation therapy for knee LCD de Parte A – procedimientos de imagen realizados de forma rutinaria para la colocación de aguja no considerados médicamente necesarios

Identificador de LCD: L29005 (Florida)

Identificador de LCD: L29037 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación para la rodilla contiene el siguiente texto relacionado a los procedimientos de imagen no cubiertos (por ejemplo, 20611, 77012, 77021, 76881, 76882 o 76942).

Imaging procedures performed **routinely** for the purpose of visualization of the knee to provide guidance for needle placement will not be covered. Fluoroscopy may be medically necessary and allowed if documentation supports that the presentation of the patient's affected knee on

the day of the procedure makes needle insertion problematic. No other imaging modality for the purpose of needle guidance and placement will be covered. (Los procedimientos de imagen realizados **de forma rutinaria** con el propósito de visualización de la rodilla para proveer dirección para la colocación de aguja no serán cubiertos. La fluoroscopia puede ser médicamente necesaria y permitida si la documentación respalda que la presentación de la rodilla afectada del paciente el día del procedimiento dificulta la inserción de la aguja. Ninguna otra modalidad de imagen con el propósito de dirección y colocación de aguja será cubierta.)

Por lo tanto, estos servicios serán denegados.

Venofer® (sacarosa de hierro- J1756) y Ferrlecit® (complejo gluconato férrico de sodio en sacarosa- J2916) en inyección – reclamaciones que pudieron haber sido denegadas por error entre el 24 de febrero al 6 de mayo de 2015

Venofer® está cubierto por la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) como tratamiento de primera línea de la anemia por deficiencia de hierro en pacientes sometidos a hemodiálisis crónica, así como para el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en pacientes con enfermedad renal crónica no dependiente de diálisis.

Ferrlecit® está cubierto para la indicación aprobada por la FDA como un tratamiento de primera línea de la anemia por deficiencia de hierro en pacientes sometidos a hemodiálisis crónica que reciben terapia suplementaria con eritropoyetina.

Las reclamaciones presentadas por los códigos HCPCS J1756 y J2916 (inyección) del **24 febrero al 6 de mayo de**

2015, pueden haber sido denegadas de forma incorrecta con el siguiente mensaje de denegación: "These are non-covered services because this is not deemed a 'medical necessity' by the payer" ("estos son servicios no cubiertos porque estos no se consideran una 'necesidad médica' por el pagador".)

Este error se corrigió el 6 de mayo de 2015.

No se requiere acción por parte de los proveedores

Los proveedores cuyas solicitudes fueron denegadas incorrectamente debido a este error no necesitan tomar ninguna medida. First Coast Servicio Options Inc. llevará a cabo ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto pueda haber causado.

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
888-664-4112 (FL/USVI)
877-908-8433 (Puerto Rico)
877-660-1759 (TTY-FL/USVI)
888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)
888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com
855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.
Servicio al cliente Medicare Parte A
P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit
P. O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer
P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review
P. O. Box 45267
Jacksonville, FL 32232-5267

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

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

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos, 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

Provider audit and reimbursement
P. O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:
Medicare Part A. Redetermination/ Appeals
P. O. Box 45053
Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

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 prostéticos, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) (www.cms.gov)

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, división de administración financiera y operaciones de tarifa fija
ROATLFM@CMS.HHS.GOV

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare
800-HHS-TIPS (800-447-8477)

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227
1-800-754-7820 (TTY)

Facturación

Errores de pago para el manejo de la atención crónica

Desde el 1 de enero de 2015, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han creado un nuevo código del *Current Procedural Terminology*® (CPT®) para el manejo de la atención crónica (CCM): 99490. El análisis de datos de First Coast revela que los proveedores están facturando este servicio de manera inadecuada. En respuesta a estos hallazgos, First Coast estará implementando las ediciones en el sistema de procesamiento de reclamaciones para evitar el pago indebido de los servicios de CCM que no cumplan con las directrices de servicio de CCM.

Este artículo revisa los puntos específicos que los proveedores deben considerar en relación con las directrices de CCM, junto con un enlace a un artículo del *Medicare Learning Network*® (MLN®) que describe las directrices de CCM en más detalle.

Elegibilidad del proveedor

- Sólo un proveedor puede ser pagado por el servicio CCM durante un mes calendario determinado. CCM puede ser facturado con mayor frecuencia por los médicos de atención primaria, aunque los médicos de especialidad que cumplan con todos los requisitos de facturación pueden facturar el servicio
 - CCM no está dentro del alcance de ciertos profesionales de la salud
- Sólo el personal clínico puede proporcionar CCM
 - Requisitos de supervisión general se aplican a los servicios de CCM

Elegibilidad del paciente

- Los pacientes con dos o más condiciones crónicas cuya expectativa de duración es por lo menos 12 meses, o hasta la muerte del paciente, y en el momento en que el paciente está en riesgo significativo de muerte, exacerbación/a descompensación aguda o deterioro funcional, son elegibles para el servicio de CCM
- Un proveedor debe haber visto a un paciente, ya sea para una visita de bienestar anual (AWV), un examen físico preventivo inicial (IPPE) o una visita de nivel completo de evaluación y manejo (E/M) previa a la prestación de CCM
 - Sobre la base de este examen, un proveedor puede identificar la necesidad de CCM y debe documentar la aceptación del paciente y el

conocimiento de este acuerdo junto con los puntos específicos adicionales en relación con CCM

- CCM debe garantizar 24 horas al día, 7 días a la semana, acceso a los servicios de manejo de atención, proporcionándole al paciente un medio para hacer contacto puntual con profesionales de la salud en la práctica que tiene acceso a la historia clínica del paciente para hacer frente a sus necesidades urgentes de atención crónica

Directrices de facturación y documentación de CCM

- El código CPT® 99490 no se puede facturar durante el mismo mes calendario como:
 - Códigos CPT® 99495-99496 (transitional care management [manejo de la atención de transición]) o 90951-90970 (certain End-Stage Renal Disease services [ciertos servicios de la enfermedad renal en estado terminal])
 - Códigos G0181/G0182 (home health care supervision/hospice care supervision [supervisión de atención médica de salud en el hogar/supervisión del cuidado de hospicio]) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)
- CCM requiere por lo menos 20 minutos de tiempo del personal clínico dirigido por el profesional de la salud para calificar para la facturación del servicio
 - Este tiempo puede acumularse a lo largo del mes, y una vez que el requisito de los 20 minutos se haya cumplido, la reclamación relacionada puede ser facturada (es decir, en cualquier momento durante el mes)
- CMS requiere el uso de la tecnología certificada del registro de salud electrónico (EHR) para satisfacer cierto alcance de los elementos de servicio de CCM

Para más información sobre los puntos de CCM antes mencionados, por favor vea el artículo de MLN® en <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/ChronicCareManagement.pdf>.

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

Inscripción del proveedor

Edición sobre el reporte del NPI de la localidad de servicio para reclamaciones contra el margen de ganancia y el laboratorio de referencia

Número de *MLN Matters*: MM9150
 Número de petición de cambio relacionado: 9150
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de mayo de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3255CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 9150 instruye al mantenedor del sistema de múltiples contratistas de Medicare para corregir la edición 043H que fue codificada incorrectamente bajo la petición de cambio 8806. La petición de cambio 8806 implementó instrucciones de que los médicos y suplidores ya no pueden utilizar su propio identificador nacional del proveedor (NPI) en la localidad del servicio (Ítem 32a) cuando el médico o suplidor que presta el servicio está localizado en otra jurisdicción.

El propósito de la edición 043H es editar y devolver las reclamaciones cuando el NPI del proveedor que factura coincide con el NPI de la localidad de servicio. La edición 043H está comparando el NPI del proveedor que presta el servicio con el NPI de la localidad de servicio, en lugar de comparar el NPI de facturación con el NPI de la localidad

de servicio. Esta petición de cambio también retrasa la implementación de la CR 8806.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9150.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9150, 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/R3255CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3255, CR 9150

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.

Problemas de procesamiento

Denegación incorrecta del código de anestesia 00810

Problema

Como resultado de las revisiones de la petición de cambio (CR) 8874, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid instruyeron a los contratistas administrativos de Medicare de Parte B a actualizar sus sistemas de procesamiento para que:

- Los servicios de anestesia 00810 facturados con el modificador 33 (servicios preventivos) sean exentos del pago de deducible y coaseguro, aun cuando un servicio de colonoscopia de evaluación (G0105 o G0121) no se encuentre en el historial
- Los servicios de anestesia 00810 facturados con el modificador PT sean exentos del pago de deducible

Resolución

Los contratistas fueron instruidos para ajustar las reclamaciones de anestesia 00810 para las fechas de servicio desde el 1 de enero de 2015, que fueron:

- Denegadas porque un servicio de colonoscopia de evaluación G0105 o G0121 no estuvo presente en el historial al momento en que una reclamación por un servicio 00810 fue facturada con el modificador 33
- Facturadas con el modificador PT y denegadas

Estatus/fecha de resolución

Abierto. El ajuste de las reclamaciones que han sido denegadas debe ser completado no más tarde del 14 de junio.

Acción del proveedor

No se requiere acción por parte del proveedor.

Problemas de procesamiento actuales

Aquí hay un enlace a la tabla de los [problemas de procesamiento actuales](#) 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.

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**.

LCD nuevas

Amniotic membrane-sutureless placement on the ocular surface – nueva LCD

Identificador de LCD: L29355 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Un análisis de datos identificó un aumento en la utilización de colocación de membrana amniótica en la superficie ocular; sin suturas, código 65778 de *Current Procedural Terminology*® (CPT®). Los datos médicos estadísticos del sistema de resumen de extracción de Medicare Parte B (BESS) obtenidos para las fechas de servicio del 1 de enero de 2014, hasta el 30 de junio de 2014, indicaron una relación de contratista a nación para Florida al *2.79 para el código de procedimiento 65778 (150% sobre el promedio nacional). (Nota: Los datos para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos estaban debajo del promedio nacional para el código aplicable). El reembolso para el código CPT® 65778 del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) para centros no participantes (Non-Fac Par) en Florida localidad 99 (el resto de Florida) es \$1338.50.

Debido al riesgo de un error de pago de reclamación de alta cantidad, y la falta de evidencia de calidad para muchas indicaciones propuestas en la literatura publicada disponible, la LCD ha sido creada para abordar las

Cardiology-non-emergent outpatient testing: exercise stress test, stress echo, MPI SPECT, and cardiac PET– nueva LCD

Identificador de LCD: L35933 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) se ha desarrollado para describir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT®, códigos de diagnóstico ICD-9-CM, directrices de documentación y pautas de utilización de las pruebas no invasivas para la enfermedad arterial coronaria obstructiva en el ámbito ambulatorio.

El diagnóstico y el manejo de los pacientes con sospecha y documentación de enfermedad arterial coronaria en el ámbito de oficina, son respaldados por varias pruebas validadas incluyendo la prueba de esfuerzo en caminadora, la ecocardiografía de esfuerzo, las imágenes de perfusión miocárdica (MPI) a través tanto de la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) como la tomografía por emisión de positrones (PET). Históricamente, en el curso del proceso de desarrollo de políticas estándar del contratista, que incluye el análisis de datos de rutina para la jurisdicción N, varias LCD se implementaron para abordar las pruebas de diagnóstico basadas en oficina. Los médicos solicitaron la reconsideración de LCD que comparten indicaciones similares para varias situaciones clínicas. Esta nueva LCD actualiza y consolida varias políticas existentes y sirve

indicaciones para este servicio.

Esta LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, código CPT®, códigos de diagnósticos de ICD-9-CM, pautas de documentación y pautas de utilización para la membrana amniótica-colocación sin suturas en la superficie ocular. En adición, las pautas de codificación fueron creadas y adjuntadas a la LCD para proveer instrucciones sobre codificación y facturación.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 29 de junio de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

para alinear las indicaciones y pautas de utilización en el entorno de oficina para los pacientes en una situación que no sea de emergencia. Las siguientes políticas existentes se retirarán con la implementación de esta política.

- Prueba de esfuerzo cardiovascular
- Ecocardiografía de esfuerzo
- Estudios cardiovasculares de imágenes nucleares (Parte B)/imágenes de perfusión miocárdica (Parte A)
- Imágenes de miocardio, tomografía por emisión de positrones (PET)

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 29 de junio de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Humanitarian Use Device (HUD) and Humanitarian Device Exemption (HDE) process – nueva LCD

Identificador de LCD: L35931 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Un dispositivo de uso humanitario (HUD), tal como lo define la Food and Drug Administration (FDA), es un dispositivo que tiene por objeto beneficiar a los pacientes mediante el tratamiento o el diagnóstico de una enfermedad o condición que afecta o se manifiesta en menos de 4,000 personas por año en los Estados Unidos. Cuando el fabricante presenta una solicitud de exención de dispositivo humanitario (HDE) a la FDA, se debe proporcionar información suficiente para que la FDA determine que el dispositivo no representa un riesgo no razonable o significativo de enfermedad o lesión para el paciente y que los beneficios probables para la salud son mayores que el riesgo de lesión o enfermedad por su uso. El fabricante no está obligado a facilitar los resultados de las investigaciones clínicas científicamente válidas que demuestren que el dispositivo es eficaz para los fines previstos antes de la comercialización (vea las regulaciones de la FDA [21 CFR 814.124]). Esta regulación de la FDA fue desarrollada para proporcionar un incentivo para el desarrollo de dispositivos para su uso en el tratamiento o diagnóstico de enfermedades que afectan a las poblaciones limitadas. Estos dispositivos sólo pueden ser utilizados en instituciones donde una junta de revisión institucional (IRB) ha aprobado el uso del dispositivo para tratar o diagnosticar la enfermedad rara específica.

Esta política aclara que un dispositivo clasificado por la FDA como un HUD no se aborda en el proceso de

aprobación del estudio de la exención de investigación de dispositivo (IDE) del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción N (JN). Un dispositivo designado por HDE sólo podrá ser considerado para la cobertura en el nivel de reclamación (revisión previa o posterior al pago). En la auditoría, la historia clínica debe respaldar que el dispositivo cumple con el límite razonable y necesario de Medicare (R&N) para la cobertura asumiendo que todos los demás requisitos aplicables del programa se cumplan. El dispositivo no está cubierto específicamente si lo señala como tal dicha determinación de cobertura nacional o local o si se utiliza fuera de la etiqueta según las indicaciones de la FDA. Las reclamaciones por un dispositivo en general (con algunas excepciones) incorporan servicios de médicos facturados a Multi-Carrier System (MCS) (proveedores de Parte B incluyendo médicos [MCS]) y los servicios del centro hospitalario facturados en el sistema compartido del intermediario fiscal (FISS).

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva **a partir del 06/29/2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Revisiones a las LCD existentes

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para bisfosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada para añadir una nueva indicación aprobada por la FDA para Xgeva®. Además, pamidronate (Aredia®) ha sido añadido a esta LCD. Las siguientes secciones de la LCD fueron revisadas: “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”, “ICD-9 Codes That Support Medical Necessity”, “Documentation Requirements”, “Utilization Guidelines” y “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha de vigencia

La revisión relacionada con Xgeva® es efectiva para las

reclamaciones procesadas **a partir del 13 de mayo de 2015** para los servicios prestados **a partir del 14 de diciembre de 2014**. La revisión de la LCD relacionada con la adición de pamidronate (Aredia®) es efectiva para los servicios prestados **a partir del 13 de mayo 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Colorectal Cancer Screening – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29100 (Florida)

Identificador de LCD: L29115 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 8874 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), dos modificadores pueden ser utilizados para identificar los servicios de anestesia prestados conjuntamente con un servicio de evaluación.

- Modificador 33 – servicios preventivos: cuando el propósito principal del servicio es la entrega de un servicio basado en la evidencia de acuerdo con las calificaciones vigentes de United States Preventive Task Force A or B y otros servicios preventivos. Añadir el modificador 33 eximirá el deducible y coaseguro del paciente
- Modificador PT – prueba de evaluación del cáncer colorrectal; convertido a prueba diagnóstica u otro procedimiento. Añadir el modificador PT eximirá el

deducible del paciente. El coaseguro seguirá siendo aplicable

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación del cáncer colorrectal ha sido revisada para reflejar la adición de los modificadores 33 y PT.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 1 de enero de 2015**. 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 seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

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](#).

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)

El departamento de políticas y procedimientos médicos (Medical Policy & Procedures Department) evaluó los siguientes servicios y determinó que no están considerados médicamente razonables y necesarios en este momento en base a la evidencia publicada disponible actualmente (por ejemplo, literatura médica revisada por expertos y estudios publicados). Por lo tanto, los siguientes códigos de procedimiento han sido añadidos a la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos. El periodo de comentarios para la adición de estos servicios fue desde el 14 de febrero de 2015, al 30 de marzo de 2015. Luego de que una LCD se hace efectiva/activa, cualquier parte interesada puede solicitar una revisión a la LCD, siguiendo el proceso de reconsideración según lo descrito en nuestro sitio Web.

- C2624 - *Implantable wireless pulmonary artery pressure sensor with delivery catheter, including all*

system components (sensor implantable inalámbrico de presión arterial pulmonar con catéter de colocación, incluyendo todos los componentes del sistema)

- C9737 – *Laparoscopy, surgical, esophageal sphincter augmentation with device (eg, magnetic band) (laparoscopia, quirúrgico, aumento de esfínter esofágico con dispositivo [por ejemplo, banda magnética])*
- 0378T – 0379T - *Visual field assessment, with concurrent real time data analysis and accessible data storage with patient initiated data transmitted to a remote surveillance center for up to 30 days (evaluación del campo visual, con análisis de los datos en tiempo real concurrente y almacenamiento de datos accesible con los datos iniciados del paciente transmitidos a un centro de vigilancia remoto por hasta 30 días)*
- 0380T - *Computer-aided animation and analysis of time series retinal images for the monitoring of disease*

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

progression, unilateral or bilateral, with interpretation and report (animación y análisis de series de tiempo de imágenes de la retina asistido por ordenador para monitorear la progresión de la enfermedad, unilateral o bilateral, con interpretación y reporte)

- 0381T – 0382T – External heart rate and 3-axis accelerometer data recording up to 14 days to assess changes in heart rate and to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (grabación del ritmo cardíaco externo y datos del acelerómetro de 3 ejes por hasta 14 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco y para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnóstico de eventos convulsivos de epilepsia nocturna)
- 0383T – 0384T – External heart rate and 3-axis accelerometer data recording from 15 to 30 days to assess changes in heart rate to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (grabación del ritmo cardíaco externo y datos del acelerómetro de 3 ejes desde 15 hasta 30 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnóstico de eventos convulsivos de epilepsia nocturna)
- 0385T – 0386T – External heart rate and 3-axis accelerometer data recording more than 30 days to assess changes in heart rate to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (grabación del ritmo cardíaco externo y datos del acelerómetro de 3 ejes por más de 30 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnóstico de eventos convulsivos de epilepsia nocturna)
- * 0387T- Transcatheter insertion or replacement of permanent leadless pacemaker, ventricular (inserción o reemplazo del transcáteter del marcapasos permanente sin cables, ventricular)
- * 0388T - Transcatheter removal of permanent leadless pacemaker, ventricular (remoción del transcáteter del marcapasos permanente sin plomo, ventricular)
- * 0389T - Programming device evaluation (in person) with iterative adjustment of the implantable device to test the function of the device and select optimal permanent programmed values with analysis, review and report, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo de programación [en persona] con ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar el funcionamiento del dispositivo y seleccionar los valores óptimos programados permanentes con análisis, revisión y reporte, sistema de marcapasos sin cables)
- * 0390T - Peri-procedural device evaluation (in person) and programming of device system parameters before or after a surgery, procedure or test with analysis,

review and report, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo periprocesal [en persona] y la programación de los parámetros del sistema del dispositivo antes o después de una cirugía, procedimiento o prueba con análisis, revisión y reporte, sistema de marcapasos sin cables)

- * 0391T - Interrogation device evaluation (in person) with analysis, review and report, includes connection, recording and disconnection per patient encounter, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo de interrogación [en persona] con análisis, revisión y reporte, incluye conexión, grabación y desconexión por encuentro de paciente, sistema de marcapasos sin cables)
 - 43289 - Unlisted laparoscopy procedure, esophagus (LINX® reflux management system) (procedimiento de laparoscopia no listado, esófago [LINX® reflux management system])
 - 93799 - Unlisted cardiovascular service or procedure (CardioMEMS™) (servicio o procedimiento cardiovascular no listado [CardioMEMS™])
- *Cubierto si el beneficiario está inscrito en un estudio de excepción de dispositivo de investigación (IDE) categoría B aprobado por un MAC.

Para determinar si un servicio o procedimiento alcanza el límite para cobertura, este contratista aborda la calidad de la evidencia según el Program Integrity Manual. Al dirigirse a los artículos y la información relacionada en el dominio público, el contratista administrativo de Medicare de la jurisdicción N (JN) llegó a la determinación de que la evidencia disponible era de calidad moderada a baja, compuesta por pequeña serie de casos, estudios retrospectivos y revisión de artículos que reportan seguridad limitada y datos de eficacia para estos procedimientos. Debido a la indisponibilidad de evidencia de alta calidad, el JN MAC reitera que no hay evidencia científica suficiente para respaldar estos procedimientos, y por lo tanto no son considerados razonables y necesarios bajo la sección 1862(a)(1)(a) del Social Security Act.

Cualquier reclamación denegada tendría los derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere la revisión por un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para revisión toda la documentación médica relevante e información específica de caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Una parte interesada puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el borrador sea finalizado, el periodo de notificación ha terminado y el borrador se active. En el caso de las LCD de servicios no cubiertos, la parte interesada puede solicitar la lista de los artículos e información relacionada en el dominio público que fueron consideradas por el departamento de política médica para la toma de decisión de no cobertura. Si la parte interesada tiene nueva información en base a la evaluación de la lista

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

de artículos e información relacionada, se puede iniciar una reconsideración de LCD. Es responsabilidad de la parte interesada solicitar la lista probatoria del contratista y presentar los artículos adicionales, datos e información relacionada para respaldar su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requerimientos de reconsideración de LCD descritos en el sitio Web.

También, cualquier parte interesada podría solicitar a CMS que considere desarrollar una determinación de cobertura nacional (NCD). Cabe señalar, si la evidencia no es adecuada para cobertura bajo la sección 1862(a)(1)(A), un artículo o servicio puede ser considerado para cobertura bajo la política de cobertura con desarrollo de evidencia (CED) de CMS en la cual “razonable y necesario” es establecido bajo 1862(a)(1)(E) del Act. Bajo la autoridad de la sección 1862(a)(1)(E), el proceso de la NCD puede resultar en cobertura si el artículo o servicio es cubierto sólo cuando es provisto en un ambiente en el

cual hay un proceso predeterminado para la recolección de datos adicionales, y en el cual el proceso proporciona protecciones adicionales y medidas de seguridad para los beneficiarios, tales como aquellos presentes en ciertas investigaciones clínicas.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 29 de junio de 2015**. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

LCD retiradas

Múltiples determinaciones locales de cobertura de la Parte B (LCD) se retiraron

Identificador de LCD: L29052, L29096, L29193, L29295 (Florida)

Identificador de LCD: L29070, L29111, L29348, L29331 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en el análisis de datos y una revisión de las determinaciones locales de cobertura (LCD), se determinó que las siguientes LCD ya no son necesarias y, por lo tanto, se retiraron.

- Accelerated partial breast irradiation (APBI)
- Ceredase/cerezyme
- Ibritumomab tiuxetan (Zevalin®) therapy
- Transmyocardial revascularization

Fecha de vigencia

El retiro de ‘accelerated partial breast Irradiation (APBI),

Pamidronate (Aredia®, APD) – retirada la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29250 (Florida)

Identificador de LCD: L29461 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para pamidronate (Aredia®) ha sido retirada. Pamidronate (Aredia®) se ha incorporado en los biofosfanatos (por vía intravenosa [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones de LCD.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD es efectivo para los servicios prestados

ceredase/cerezyme, and ilbritumomab tiuxetan (Zevalin®) therapy’ es efectivo para los servicios prestados **a partir del 14 de mayo de 2015**.

El retiro de la LCD ‘transmyocardial revascularization’ es efectivo para los servicios prestados **a partir del 16 de mayo de 2015**.

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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

a partir del 13 de mayo de 2015. 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información médica adicional

Viscosupplementation therapy for knee Part B LCD – procedimientos de imagen realizados de forma rutinaria para la colocación de aguja no considerados médicamente necesarios

Identificador de LCD: L29307 (Florida)

Identificador de LCD: L29408 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación para la rodilla contiene el siguiente texto relacionado a los procedimientos de imagen no cubiertos (por ejemplo, 20611, 77012, 77021, 76881, 76882 o 76942).

Imaging procedures performed **routinely** for the purpose of visualization of the knee to provide guidance for needle placement will not be covered. Fluoroscopy may be medically necessary and allowed if documentation supports that the presentation of the patient's affected knee on

the day of the procedure makes needle insertion problematic. No other imaging modality for the purpose of needle guidance and placement will be covered. (Los procedimientos de imagen realizados **de forma rutinaria** con el propósito de visualización de la rodilla para proveer dirección para la colocación de aguja no serán cubiertos. La fluoroscopia puede ser médicamente necesaria y permitida si la documentación respalda que la presentación de la rodilla afectada del paciente el día del procedimiento dificulta la inserción de la aguja. Ninguna otra modalidad de imagen con el propósito de dirección y colocación de aguja será cubierta.)

Por lo tanto, estos servicios serán denegados.

Venofer® (sacarosa de hierro- J1756) y Ferrlecit® (complejo gluconato férrico de sodio en sacarosa- J2916) en inyección – reclamaciones que pudieron haber sido denegadas por error entre el 24 de febrero al 4 de mayo de 2015

Venofer® está cubierto por la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) como tratamiento de primera línea de la anemia por deficiencia de hierro en pacientes sometidos a hemodiálisis crónica, así como para el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en pacientes con enfermedad renal crónica no dependiente de diálisis.

Ferrlecit® está cubierto para la indicación aprobada por la FDA como un tratamiento de primera línea de la anemia por deficiencia de hierro en pacientes sometidos a hemodiálisis crónica que reciben terapia suplementaria con eritropoyetina.

Las reclamaciones presentadas por los códigos HCPCS J1756 y J2916 (inyección) del **24 febrero al 4 de mayo de**

2015, pueden haber sido denegadas de forma incorrecta con el siguiente mensaje de denegación: "These are non-covered services because this is not deemed a 'medical necessity' by the payer" ("estos son servicios no cubiertos porque estos no se consideran una 'necesidad médica' por el pagador".)

Este error se corrigió el 4 de mayo de 2015.

No se requiere acción por parte de los proveedores

Los proveedores cuyas solicitudes fueron denegadas incorrectamente debido a este error no necesitan tomar ninguna medida. First Coast Servicio Options Inc. llevará a cabo ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto pueda haber causado.

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

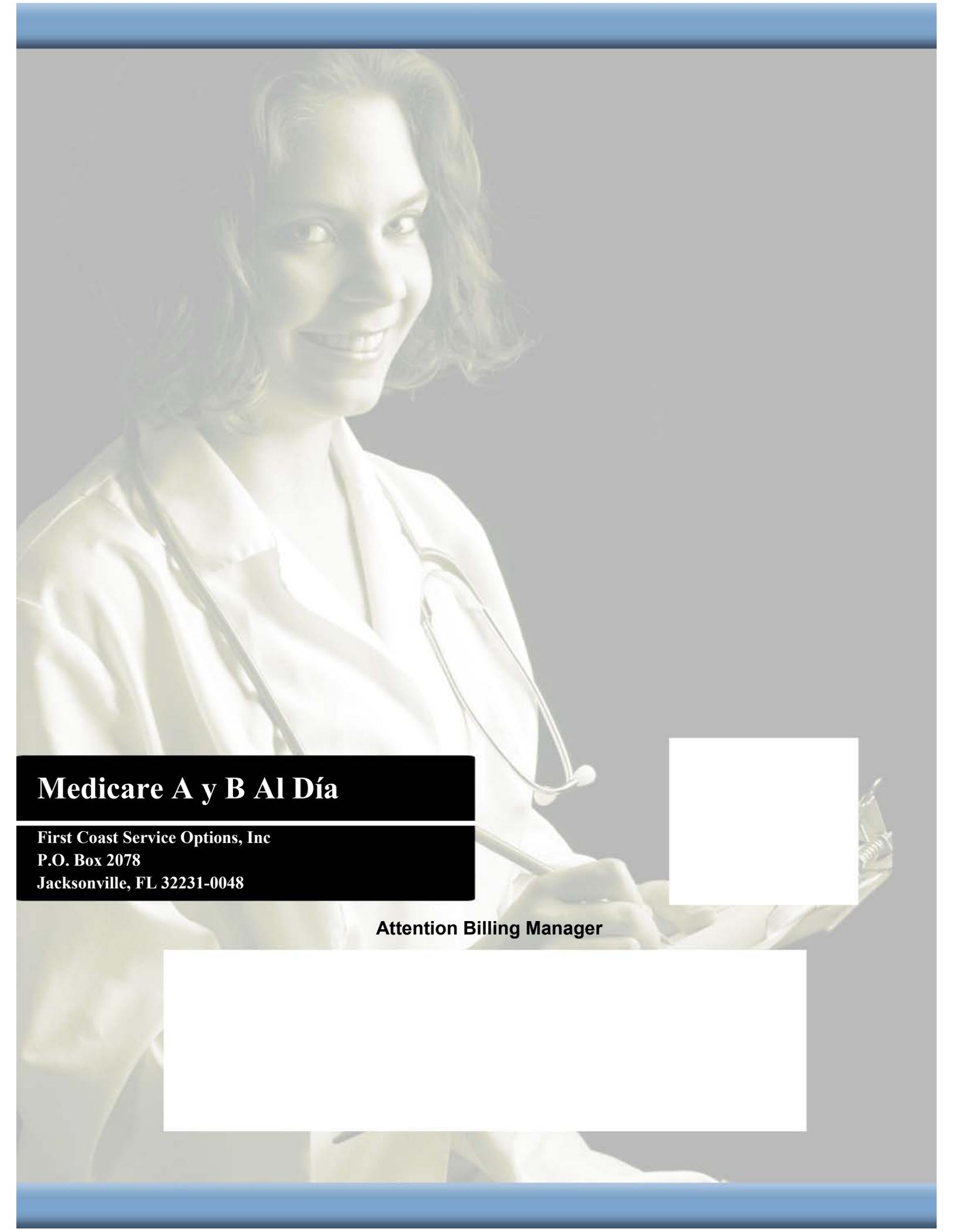
First Coast University

<http://www.fcsso.com>

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager