

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Julio 2015



En esta edición

| | |
|--|---|
| Revisión de la tasa de interés de pago puntual..... | 3 |
| Presentación de reclamaciones de ICD-10 | 4 |
| Cambios a la ley de exclusión voluntaria..... | 6 |
| Detección de virus de la hepatitis C | 7 |
| CMS comienza la implementación de la legislación del pago clave..... | 8 |

Elimine las reclamaciones denegadas con el SPOT y las herramientas Web de First Coast

Encontrar una carta en el correo de un contratista administrativo de Medicare (MAC) puede parecer desalentador para algunos proveedores de atención médica. El mensaje dentro del sobre sellado podría significar una serie de cosas. Pero para Tracie Jones, y su equipo de facturación de Medicare de Simon-Med-Florida, el cartero entregó un regalo inesperado en marzo.

“Recibimos una carta de First Coast afirmando que más del 10 por ciento de nuestras reclamaciones estaban siendo denegadas”, dijo Jones. Debido a que los beneficiarios de Medicare representan alrededor del 40 por ciento de los pacientes tratados en nueve instalaciones de Simon-Med, en la región de los tres condados de Orlando, las medidas adoptadas para mejorar sus prácticas de facturación, como consecuencia de la carta, están dando grandes resultados.

Cada mes, First Coast Service Options (First Coast), el MAC de Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, contacta a los proveedores con altos volúmenes de errores que pueden ser evitados en la reclamación de Medicare. La carta dirige a los proveedores a las páginas en el sitio Web de First Coast,

donde los proveedores pueden acceder a las herramientas de resolución de problemas, tales como el *Secure Provider Online Tool (SPOT) de First Coast Service Options, First Coast University* y la información para *evitar las reclamaciones devueltas como no procesables (RUC)*.

“Después de revisar la carta, fui al sitio de First Coast para llegar al fondo de lo que estaba causando problemas con nuestra facturación. Una de las primeras cosas que hice, después de recibir la carta, fue crear una cuenta en el SPOT”, dijo Jones. El SPOT es un portal donde los proveedores médicos pueden ver electrónicamente las reclamaciones de Medicare y corregirlas.

“Una vez que tuvimos acceso al SPOT, ingresé y saqué los primeros dos meses de datos de las reclamaciones a través del reporte de PDS”, dijo Jones, refiriéndose



Ver **ELIMINE**, en la página 9



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Asuntos de procesamiento

Ajuste masivo de las reclamaciones3

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual.....3

ICD-10

Alternativas para la presentación de reclamaciones de ICD-104

Guía sobre el procesamiento de reclamaciones del sistema de pago mediante tarifa fija.....5

Información general

Cambios a la ley de exclusión voluntaria6

Inscripción del proveedor

Reportes de titularidad de hospital6

Intercambio electrónico de datos

Requisito de descripción de código de procedimiento no específico.....7

Recursos preventivos

Detección de virus de la hepatitis C7

Tarifas fijas

Archivos de precios de medicamentos de Medicare Parte B8

CMS comienza la implementación de la legislación del pago clave8

Recursos educativos

Calendario de eventos.....10

MLN Connects® Provider e-News11

Parte A

Asuntos de procesamiento

Las reclamaciones de Parte A retenidas que contienen el código HCPCS G027912

Sistema de pago prospectivo

CMS actualiza el pricer del sistema de pago prospectivo del SNF12

CMS emite la actualización trimestral del sistema de pago prospectivo de ESRD13

Determinaciones locales de cobertura de

Parte A14

LCD nuevas

Application of skin substitute graft for treatment of DFU and VLU of lower extremities15

Revisiones a las LCD existentes

Molecular pathology procedures15

Hemophilia clotting factors16

Noncovered services16

Ranibizumab (Lucentis®)16

Treatment of varicose veins of lower extremity ...17

Información médica adicional

Proceso de IDE - cambio en el proceso actual.....17

Contactos de Parte A19

Parte B

Asuntos de procesamiento

Denegación incorrecta del código de anestesia 0081020

Determinaciones locales de cobertura de

Parte B21

LCD nuevas

Application of skin substitute graft for treatment of DFU and VLU of lower extremities22

Revisiones a las LCD existentes

Molecular pathology procedures22

Hemophilia clotting factors23

Noncovered services23

Ranibizumab (Lucentis®)23

Treatment of varicose veins of lower extremity ...24

Información médica adicional

Proceso de IDE - cambio en el proceso actual.....24

Contactos de Parte B de Puerto Rico26

Contactos de Parte B de Florida27

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos28

Medicare A y B Al Día

Publication staff

Kathleen Storey

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.

Asuntos de procesamiento

Ajuste masivo de las reclamaciones que contienen el código G0473

Problema

Debido a un error en los sistemas, el coaseguro y el deducible no han sido eximidos de las reclamaciones que contienen el código G0473 (intensive behavioral therapy for obesity) (terapia intensiva del comportamiento para la obesidad).

Resolución

El problema se corrigió el 6 de abril de 2015. Para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2015, al 31 de marzo de 2015, los contratistas administrativos de Medicare estarán ajustando

masivamente estas reclamaciones y emitirán los pagos corregidos de todas las reclamaciones impactadas.

Estatus/fecha de resolución

Cerrado. Los datos de First Coast muestran que ninguna reclamación fue impactada.

Acción del proveedor

Ninguna.

Problemas actuales de procesamiento

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

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2015 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2015.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El departamento del tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página Web del Departamento del Tesoro en <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> (en inglés) para obtener la tasa correcta. El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa del 2.375 por ciento rige hasta el 31 de diciembre de 2015.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional



- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar

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

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

ICD 10

Alternativas para la presentación de reclamaciones de ICD-10

Para las fechas de servicio FROM (DESDE) (en reclamaciones profesionales y del suplidor) o fechas de alta/hasta (en reclamaciones institucionales) a partir del 1 de octubre de 2015, a las entidades cubiertas bajo Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) se les requieren utilizar los conjuntos de códigos de International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10) adoptado bajo HIPAA.

Si usted no podrá completar los cambios de sistema necesarios para presentar reclamaciones con códigos de ICD-10 para el 1 de octubre de 2015 o encuentra que no puede presentar reclamaciones a partir del 1 de octubre de 2015, debido a problemas con su software de facturación, vendedor o casa de facturación, las siguientes alternativas de presentación de reclamaciones están disponibles.

Por favor tenga en cuenta que estas alternativas de presentación de reclamaciones REQUIEREN EL USO DE conjuntos de códigos de ICD-10 para las fechas de servicio FROM (DESDE) (en reclamaciones profesionales y del suplidor) o fechas de alta/hasta (en reclamaciones institucionales) a partir del 1 de octubre de 2015.



Software de facturación libre de costo

Usted puede descargar el software libre de costo que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ofrecen a través de nuestro sitio Web en http://medicareespanol.fcso.com/software_pc-ace_pro32/.

Antes de descargar, usted debe completar el formulario de inscripción de EDI. El software ha sido actualizado para soportar los códigos de ICD-10 y requiere que la presentación sea a través de un vendedor de servicio de red (NSV) de una tercera parte para poder transmitir las reclamaciones. La descarga del software es libre de costo, pero hay muchos costos asociados con la presentación de reclamaciones a través de un NSV. Información sobre NSV está disponible en http://medicareespanol.fcso.com/edi_noticias/276590.asp.

Este software de facturación solamente funciona para presentar reclamaciones del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija a Medicare. Está destinado a proporcionar a los remitentes un formato de presentación de reclamaciones compatible con ICD-10; no provee asistencia de codificación.

Por favor tenga en cuenta que presentar reclamaciones electrónicas a Medicare utilizando el software libre de costo no cambia el requerimiento de las reclamaciones compatible con ICD-10 ser presentadas para las fechas de servicio FROM (DESDE) (en reclamaciones profesionales) o fechas de

alta/hasta (en reclamaciones institucionales) a partir del 1 de octubre de 2015. Cualquier reclamación que contenga códigos de ICD-9 para las fechas de servicio FROM (DESDE) (en reclamaciones profesionales) o fechas de alta/hasta (en reclamaciones institucionales) a partir del 1 de octubre de 2015, serán rechazadas por Medicare.

Acceso al sistema remoto

A los proveedores que facturan reclamaciones institucionales también se les permite presentar reclamaciones electrónicamente a través de las pantallas de acceso al sistema remoto (DDE). Para más información sobre DDE, vaya a http://medicareespanol.fcso.com/acceso_al_sistema_remoto/.

Por favor **presente una petición para presentar reclamaciones** a través de DDE para el **16 de septiembre de 2015**, para asegurar acceso para el 1 de octubre de 2015.

Por favor tenga en cuenta que las reclamaciones presentadas a través de DDE deben contener códigos de ICD-10 para las fechas de alta/hasta a partir del 1 de octubre de 2015. Aquellas presentadas que contengan códigos de ICD-9 para las fechas de alta/hasta a partir del 1 de octubre de 2015, serán devueltas al proveedor (RTP).

Reclamaciones en papel

En situaciones limitadas, usted puede presentar reclamaciones en papel con códigos de ICD-10 a Medicare. Para encontrar más información sobre cuándo puede presentar reclamaciones en papel, visite <http://www.cms.gov/Medicare/Billing/ElectronicBillingEDITrans/ASCAWaiver.html> (en inglés) en el sitio Web de CMS. Por favor tenga en cuenta que para presentar reclamaciones en papel, un proveedor debe cumplir con los requerimientos para calificar para una exención de las provisiones de Administrative Simplification Compliance Act (ASCA).

Los profesionales de la salud (médicos y profesionales de la salud) y suplidores utilizan el formulario CMS-1500 para facturar a los MAC y los DME MAC. Usted puede ordenar el formulario CMS-1500 de compañías de impresión, tiendas de suministros de oficina y del U.S. Government Printing Office (GPO), la librería del gobierno de los Estados Unidos. Se pueden hacer pedidos llamando al (866) 512-1800 o visitando <http://bookstore.gpo.gov/agency/346> (en inglés) en el sitio Web de GPO.

Los proveedores institucionales utilizan el formulario CMS-1450, también conocido como el UB-04, para facturar a

Ver **ALTERNATIVAS**, en la próxima página

ALTERNATIVAS

De la página anterior

los MAC. Usted puede ordenar formularios de reclamación UB-04 del National Uniform Billing Committee (NUBC) en <http://www.nubc.org> (en inglés), el sitio Web de NUBC.

También vea http://medicareespanol.fcso.com/pautas_envio_reclamacion/268319.asp para más información sobre la presentación de reclamaciones en papel.

Por favor tenga en cuenta que la presentación de reclamaciones en papel a Medicare, aún si es aprobado para una exención de ASCA, no cambia el requerimiento para las reclamaciones compatibles con ICD-10 de ser presentadas para las fechas de servicio FROM (DESDE) (en reclamaciones profesionales y del

suplidor) o fechas de alta/hasta (en reclamaciones institucionales) a partir del 1 de octubre de 2015. Cualquier reclamación en papel que contenga códigos de ICD-9 para las fechas de servicio FROM (DESDE) (en reclamaciones profesionales y del suplidor) o fechas de alta/hasta (en reclamaciones institucionales) a partir del 1 de octubre de 2015, serán devueltas como no procesables por Medicare.

Favor de presentar una petición para una exención de ASCA en o antes del **16 de septiembre de 2015** para asegurar una respuesta para el 1 de octubre de 2015.

Si tiene preguntas, por favor [contáctenos](#).

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

Guía sobre el procesamiento de reclamaciones del sistema de pago mediante tarifa fija de Medicare para implementar la clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición (ICD-10)

Número de *MLN Matters*®: SE1408 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo fue revisado el 27 de junio de 2015 para aclarar el lenguaje relacionado con las reclamaciones de Medicare que abarcan la fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015. El resto de información sigue siendo la misma.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han identificado posibles problemas de procesamiento de reclamaciones para los proveedores con reclamaciones que abarcan el 1 de octubre de 2015, fecha de implementación de la clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición (ICD-10).

Para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015, los proveedores del cuidado médico deben presentar reclamaciones utilizando solamente los conjuntos de códigos ICD-10. Las reclamaciones no

pueden contener ambos, los códigos ICD-9 y los códigos ICD-10. Sin embargo, donde los códigos ICD-9 son efectivos para la porción de los servicios prestados en o antes del 30 de septiembre de 2015, CMS ha desarrollado las pautas para asistir a los proveedores en la presentación de reclamaciones.

Por ejemplo, si una reclamación de hospital conecta el día de transición con una fecha de alta a partir del 1 de octubre de 2015, entonces la reclamación completa es facturada utilizando ICD-10.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1408.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1408

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

Cambios a la ley de exclusión voluntaria de Medicare para médicos y profesionales de la salud

Antes de la aprobación del Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015 (MACRA), las declaraciones juradas del médico/profesional de la salud de exclusión voluntaria eran solamente efectivas para dos años. Como resultado de los cambios realizados por MACRA, las declaraciones juradas válidas de exclusión voluntaria firmadas a *partir del 16 de junio de 2015*, serán renovadas automáticamente cada dos años.

Si los médicos y los profesionales de la salud que presentan declaraciones juradas efectivo a partir del 16 de junio de 2015, no quieren que su exclusión voluntaria sea renovada automáticamente al final de un periodo de exclusión voluntaria de dos años, deben cancelar la renovación notificando a todos los contratistas

administrativos de Medicare con los cuales presentaron una declaración jurada por escrito al menos 30 días antes del comienzo del próximo periodo de exclusión voluntaria.

Las declaraciones juradas válidas firmadas *antes del 16 de junio de 2015*, expirarán dos años después de la fecha efectiva de la exclusión voluntaria. Si los médicos y profesionales de la salud que presentaron declaraciones juradas efectivo antes del 16 de junio de 2015, quieren extender su exclusión voluntaria, deben presentar una renovación de la declaración jurada dentro de 30 días después de que el periodo actual de exclusión voluntaria expire a todos los contratistas administrativos de Medicare con los cuales hubieran presentado las reclamaciones en ausencia de la exclusión voluntaria.

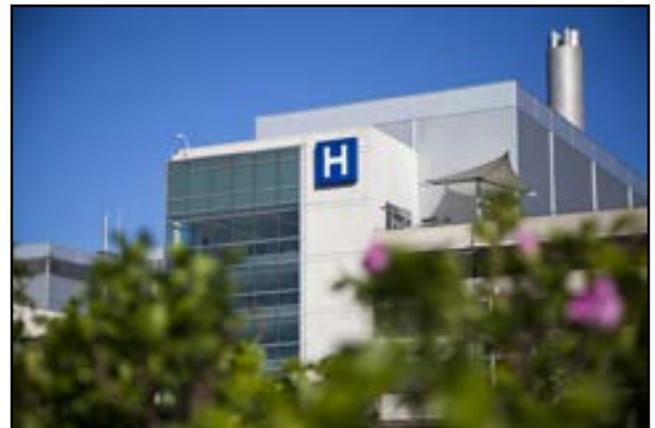
Inscripción del proveedor

Reporte de titularidad de hospital propiedad de un médico: publicación del CMS 855POH

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han publicado el [CMS-855POH](#), una aplicación nueva aprobada por la oficina de administración y presupuesto (OMB) para los hospitales propiedad de un médico para reportar titularidad y/o interés de inversión al momento de la inscripción inicial, revalidación o cuando es solicitado por CMS. Este formulario ha reemplazado el anexo 1 de la aplicación CMS-855A. Para más información, visite la [página Web del hospital propiedad de un médico](#) (en inglés).

Los contratistas administrativos de Medicare A/B (MAC) continuarán aceptando el CMS 855A con el anexo 1 hasta el 9 de diciembre de 2015. A partir del 10 de diciembre, el [CMS-855A](#) (sin el anexo 1), así como el [CMS-855-POH](#), deben ser presentados. Ambos formularios están



disponibles en la [lista de formularios de CMS](#) (en inglés).

Su opinión cuenta



Su opinión es importante para nosotros. Si usted todavía no ha completado la encuesta del indicador de satisfacción (MSI) por favor tome un momento para completarla ahora. Comparta su experiencia con los servicios que ofrecemos. Le tomará cerca de 10 minutos. Usted puede acceder a la encuesta [haciendo clic aquí](#).

Intercambio electrónico de datos

Requisito de descripción de código de procedimiento no específico para las reclamaciones de HIPAA versión 5010

Número de *MLN Matters*®: SE1138 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo fue revisado el 22 de junio de 2015, para eliminar las últimas dos oraciones de la sección "Background" en la página 2. Las versiones 5010 de las guías de implementación de reclamación profesional e institucional declaran que cuando las reclamaciones incluyen códigos de procedimientos no específicos, una descripción correspondiente del servicio para cada código es requerida.

Resumen

El 17 de noviembre de 2011, la Office of E-Health Standards and Services (OESS) anunció que aunque la fecha de conformidad de 5010/D.0 del 1 de enero de 2012, no cambiará, el cumplimiento de la conformidad con los nuevos estándares fue diferido hasta el 31 de marzo de 2012.

Las versiones 5010 de las guías de implementación de reclamación institucional y profesional promulgan

que cuando las reclamaciones incluyen códigos de procedimientos no específicos, una descripción correspondiente del servicio para cada código es requerida. El *HIPAA Version 5010 Implementation Guide* describe los códigos de procedimiento no específicos como códigos que pueden incluir, en su descriptor, términos tales como: "Not Otherwise Classified (NOC); Unlisted; Unspecified; Unclassified; Other; Miscellaneous; Prescription Drug Generic o Prescription Drug, Brand Name".

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1138.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1138

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

Recursos preventivos

Detección de virus de la hepatitis C en adultos – implementación de las ediciones adicionales

Número de *MLN Matters*®: MM9200
Número de petición de cambio relacionado: 9200
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de junio de 2015
Fecha de efectividad: 2 de junio de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R3285CP
Fecha de implementación: Para las ediciones del sistema compartido de FISS, publicaciones divididas entre el 5 de octubre de 2015 y el 4 de enero de 2016; 20 de julio de 2015, - para la ediciones del sistema no compartido de MAC; 5 de octubre de 2015 - para las ediciones de los sistemas compartidos de CWF.

Resumen

La petición de cambio 9200 detalla la edición del sistema en respaldo a la petición de cambio 8871. A partir del 2 de junio de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron la petición de cambio (CR) 8871, que cubre la detección de virus de la hepatitis C (HCV) para los beneficiarios adultos que cumplen con uno de los siguientes:

- Nacieron de 1945 a 1965 (única detección)
- Tienen una historia actual o pasada de inyección de drogas ilícitas (detección anual)

- Tienen un historial de recibir una transfusión de sangre antes de 1992 (única detección)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9200.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9200, 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/R3285CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3285, CR 9200

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.

Tarifas fijas

Archivos de precios de medicamentos de Medicare Parte B de precio promedio de venta trimestral de octubre

Número de *MLN Matters*®: MM9248
 Número de petición de cambio relacionado: 9248
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de julio de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3290CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han anunciado la divulgación de los archivos de precios de medicamentos del precio promedio de venta (ASP) de octubre de 2015 para los medicamentos de Medicare Parte B y posiblemente, los archivos revisados de julio 2015, abril 2015, enero 2015 y octubre 2014.

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago para los medicamentos procesados o reprocesados a partir del 5 de octubre de 2015, con fechas de servicio del 1 de octubre de 2015, hasta el 31 de diciembre 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/MM9248.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9248, 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/R3290CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3290, CR 9248

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

CMS comienza la implementación de la legislación del pago clave

La actualización propuesta a las tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud es la primera desde la revocación de SGR

El 8 de julio, CMS lanzó la primera actualización propuesta para la tarifa de pagos del médico desde la revocación de la tasa de crecimiento sostenible a través del Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015 (MACRA). La propuesta incluye una serie de provisiones dirigidas en la atención centrada en la persona y continúa el compromiso de la Administración para transformar el programa de Medicare en un sistema basado en los resultados saludables y de calidad.

“CMS está preparándose sobre la importante labor del Congreso para cambiar el programa de Medicare hacia un sistema que recompensa a los médicos por proporcionar atención de alta calidad”, dijo Andy Slavitt, administrador de CMS.

“Gracias al reciente punto de referencia de la legislación del programa del seguro de salud de niños y de Medicare, CMS y el Congreso están trabajando juntos para lograr un mejor sistema de pago de Medicare para los médicos y la gente en los Estados Unidos.”

En la regla propuesta CY 2016 de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud, CMS también busca comentarios del público sobre la implementación de algunas provisiones de MACRA, incluyendo el nuevo sistema de pago de incentivos basados en el mérito (MIPS). Esto es parte de un esfuerzo más amplio en el Departamento para mover el programa de Medicare a un sistema del cuidado de la salud centrado en la prestación de una atención de calidad y de valor.

La regla propuesta incluye actualizaciones a las políticas de pago, propuestas para implementar los ajustes estatutarios a los pagos médicos basados en los códigos con valor incorrecto, actualizaciones del sistema de reporte de la calidad médica, que mide el desempeño de la calidad de los médicos que participan en Medicare y actualizaciones del modificador de pago basado en el valor médico, que une una porción de los pagos médicos al desempeño en las medidas de calidad y el costo. CMS también está buscando comentarios sobre el potencial de expansión de la iniciativa de atención primaria integral; una iniciativa del Centro de Innovación de CMS diseñada para mejorar la coordinación de la atención para los beneficiarios de Medicare.

La regla propuesta también busca comentarios sobre una propuesta que apoya la atención centrada en el paciente y la familia para las personas mayores y otros beneficiarios de Medicare por lo que les permite discutir la planificación anticipada de la atención con sus proveedores. La propuesta sigue la recomendación de la American Medical Association para hacer que los servicios de planificación anticipada de la atención sean servicios pagables por separado bajo Medicare.

La publicación de la regla desencadena un periodo de comentarios de 60 días, tiempo durante el cual CMS da la bienvenida a los comentarios de las partes interesadas y el público. Una regla final se publicará este otoño.

Para más información:

[Regla propuesta](#) (en inglés)

[Hoja informativa](#) (en inglés)

ELIMINE

De la página 1

al resumen datos del proveedor (PDS). La mayoría, si no todos, los códigos de denegación estaban relacionados con las pruebas de ultrasonido de rutina y exámenes preventivos. Un procedimiento con un número extraordinariamente alto de denegaciones era DXA, una prueba de densidad ósea para medir la densidad mineral ósea que sólo está cubierta por Medicare una vez cada dos años, dijo Jones.

El reporte PDS ayuda a los proveedores a identificar los problemas recurrentes de facturación a través de un análisis detallado de los patrones de facturación en comparación con aquellos tipos de proveedores similares durante un período de tiempo especificado. “Había 10 códigos de mensajes que constituían hasta el 90 por ciento de las reclamaciones denegadas que estábamos experimentando”, dijo Jones. “Encontramos que nuestra compañía de facturación había codificado las pruebas de forma incorrecta. También encontramos que nuestro departamento de programación fue programando pruebas DXA para los pacientes antes de lo que, de otra forma, permite la cobertura de Medicare. “Estábamos perdiendo dinero. Teníamos un rompecabezas que necesitábamos descifrar y volver a armar para ver dónde estaban las pérdidas”.

El PDS incluye comparaciones de volúmenes y porcentajes de los servicios de reclamaciones designados como pagados, denegados, duplicados, procesados (subtotal) y las RUC que fueron presentados por el proveedor, o los pares del proveedor, durante el período de tiempo especificado. “El reporte PDS fue excelente. Fue bastante informativo. Este separó las reclamaciones que fueron enviadas, aquellas que fueron aprobadas y las que fueron denegadas. “, dijo Jones.

Para confirmar su interpretación de los datos del reporte PDS, Jones luego llamó al número de teléfono del representante de relaciones con el proveedor que aparece en la parte inferior de la carta. Ella contactó a Mary Pita Carrazana de First Coast y juntas revisaron los códigos de denegación problemáticos y otra información del reporte PDS.

Carrazana sugirió que verificara uno de los códigos de procedimiento en cuestión, el código *77085 de Current Procedural Terminology (CPT)*, en la [herramienta de búsqueda de las determinaciones locales de cobertura](#).

“ El reporte PDS fue excelente. Fue bastante informativo. Este separó las reclamaciones que fueron enviadas, aquellas que fueron aprobadas y las que fueron denegadas. ”

–Tracie L. Jones MHA, CPC
SimonMed-Florida
Directora del ciclo de ingreso

“Acompañé a Tracie a través de la herramienta de búsqueda de LCD para revisar el código de procedimiento y encontramos que el procedimiento DXA es cubierto una vez cada dos años “, dijo Carrazana.

Al utilizar los datos del reporte, Jones dijo que educó a la compañía de facturación de terceros, sobre los errores y cómo las reclamaciones estaban siendo codificadas incorrectamente. Entonces trabajamos con nuestro departamento de programación para asegurarnos de que sólo realizáramos la prueba DXA de acuerdo con las pautas de Medicare “, dijo Jones.

A pesar de que sólo se implementaron recientemente las mejoras en los procesos, Jones dice que ya está viendo resultados positivos. “Revisé nuestras cuentas por cobrar en el informe de junio. Ya puedo ver dónde está mejorando el resultado final”.

Tras el diagnóstico de los problemas originales con su facturación, Jones dice que va a seguir teniendo acceso a los reportes PDS de forma regular como parte de un programa de cumplimiento más robusto. “Ser proactivo siempre es mejor. El reporte PDS es como una autoauditoría gratuita. Es muy inteligente. El hecho de que es gratuita, muestra que Medicare quiere que usted haga un buen trabajo con su facturación”.

Carrazana está de acuerdo en que las herramientas pueden ser una parte efectiva de un programa de cumplimiento del proveedor. “Los proveedores que utilizan vendedores o los servicios de facturación de terceros a veces no son conscientes de sus denegaciones de reclamaciones.

En última instancia, el proveedor es responsable de todas las reclamaciones presentadas bajo su número de proveedor. Y, el uso de las herramientas Web de First Coast destaca nuestros esfuerzos enfocados en la educación, que puede ser una forma efectiva para que los proveedores y sus vendedores se mantengan al tanto de cualquier problema “, dijo Carrazana.

Recursos educativos

Calendario de eventos

Agosto de 2015

Teleconferencia pregúntele al contratista (ACT): E/M -- Codificación con modificadores 24 y 25 (B)

Cuando: 12 de agosto 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/0298197.asp>

Clase de PECOS basado en Internet

Cuando: 13 de agosto de 2015

Hora: 1:00-5:00 PM ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0293516.asp>

Actualizaciones trimestrales de OPPS 2015

Cuando: 14 de agosto 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/0297979.asp>

Requerimientos de documentación de admisión del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (Parte A)

Cuando: 19 de agosto 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/0297041.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.



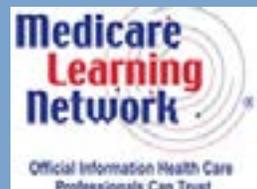
MLN Connects® Provider e-News de CMS

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, 18 de junio de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 25 de junio de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 2 de julio de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 9 de julio de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 16 de julio 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>.



Asuntos de procesamiento

Las reclamaciones de Parte A retenidas que contienen el código HCPCS G0279 se liberaron el 8 de julio de 2015

Problema

Las reclamaciones de Parte A que contienen el código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0279 estaban siendo retenidas debido a un problema previo de procesamiento, el cual fue corregido con la publicación trimestral de julio. Se ha determinado que el arreglo programado no corregirá totalmente el problema de fijación de precios para HCPCS G0279.

Resolución

Para evitar más retrasos en el procesamiento de las reclamaciones para el código HCPCS G0279 y prevenir impactos en los pagos de los proveedores, First Coast Service Options (First Coast) ha sido instruido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a liberar estas reclamaciones con precios de costo antes del 9 de julio de 2015 y aplicar el código de condición (CC) 15 para las reclamaciones.

Como las reclamaciones que contienen el código HCPCS G0279 tendrán el precio de costo, la implementación de la próxima legislación o una petición de cambio (CR)

futura corregirá el precio de la cantidad de la tarifa fija. Subsecuentemente, la próxima legislación también proveerá a First Coast las instrucciones de ajuste para corregir retrospectivamente el precio de cualquier reclamación procesada desde el 9 de julio de 2015, hasta la implementación de enero de 2016.

Estatus/fecha de resolución

Abierto. Las reclamaciones fueron liberadas el 8 de julio de 2015, con CC15. La corrección de precios ocurrirá en enero de 2016, con la implementación de la próxima legislación.

Acción del proveedor

Ninguna.

Nota: Por favor no contacte al centro de contacto del proveedor (PCC) para preguntar sobre los ajustes de precios o apelaciones, ya que los ajustes necesarios ocurrirán en base a la implementación de enero de 2016.

Problemas actuales de procesamiento

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

Sistema de pago prospectivo

CMS actualiza el pricer del sistema de pago prospectivo del centro de enfermería especializada de Medicare de 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9222 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9222
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de julio de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3289CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Este artículo fue revisado el 9 de julio de 2015 para reflejar la petición de cambio revisada (CR) 9222 emitida el 2 de julio. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para acceder la CR 9222 fueron revisadas. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la actualización del pricer del sistema de pago prospectivo del centro de enfermería especializada de Medicare Parte A del año fiscal 2016.

Cada mes de julio, CMS publica las tarifas de pago del centro de enfermería especializada (SNF) para el próximo año fiscal en el *Federal Register*, disponible en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFPPS/List-of-SNF-Federal-Regulations.html> (en inglés).

La metodología de actualización es idéntica a la

utilizada el año anterior, la cual incluye un ajuste de error de pronóstico cuando la diferencia entre el cambio pronosticado y el real en la bolsa del mercado de SNF excede 0.5 puntos porcentuales.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9222.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9222, 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/R3289CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3289, CR 9222

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 emite la actualización trimestral del sistema pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal

Número de *MLN Matters*®: MM9127

Número de petición de cambio relacionado: 9127

Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de mayo de 2015

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3260CP

Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) lanzaron recientemente su actualización trimestral del sistema pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS), agregando tres nuevos procedimientos a los requerimientos de facturación consolidada.

El ESRD PPS provee un pago único a las instalaciones de ESRD que cubre todos los recursos utilizados en el suministro de un tratamiento de diálisis ambulatorio. A partir del 1 de julio de 2015, CMS agregó los siguientes nuevos códigos que se han añadido a la lista de artículos y servicios sujetos a los requerimientos de facturación consolidada de ESRD PPS:

- J0887 - Inyección, Epoetin Beta (para ESRD en diálisis), 1 microgramo
- J1439 - Inyección, carboximaltosa férrico, 1mg
- Q9976 - Inyección pirofosfato férrico solución de citrato; 0.1 mg de hierro. Cuando Q9976 se administra a través de dializado, debe ir acompañado por el modificador JE

Información adicional

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



[MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9127.pdf](#).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9127, 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/R3260CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3260, CR 9127

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

Suscripción a Medicare Parte A

La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2014 hasta octubre 2015.

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

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

Application of skin substitute grafts for treatment of DFU and VLU of lower extremities – nueva LCD

Identificador de LCD: L36013 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) aborda el límite de razonable y necesario (R&N) para la cobertura de cirugía para sustitución de piel con un énfasis particular en las indicaciones para la aplicación de injertos de sustitutos de piel para las úlceras del pie diabético (DFU) y úlceras venosas de la pierna (VLU). La definición de injertos de sustitutos de piel se aborda en AMA CPT en la sección sobre cirugía de sustituto de piel. La evaluación de la literatura clínica indica que los estudios que comparan la eficacia de los injertos de sustitutos de piel como un complemento del cuidado de la herida crónica son limitados en cantidad, aplican principalmente a pacientes generalmente saludables y examinan sólo una pequeña porción de los productos de sustitutos de piel disponibles en los Estados Unidos. Por lo tanto, ningún producto individual puede ser considerado para pago a menos de que el código de cirugía de sustitución de piel aplicable cumpla con los requerimientos de esta LCD. La aplicación de injertos de sustitutos de piel para las indicaciones aparte de DFU o VLU no es abordada por esta LCD. Tal aplicación debe cumplir con el límite razonable y

necesario para la cobertura según definido en el manual de integridad del programa (program Integrity manual) y el suministro debe ser utilizado según los requerimientos de la etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA).

La LCD actual, "Skin Substitutes" (L29279-Florida y L29393-Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos), será retirada con fecha de efectividad del **6 de septiembre de 2015**.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva en base a las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de septiembre de 2015**, en base a la fecha de servicio. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Revisiones a las LCD existentes

Molecular pathology procedures – revisión a la LCD de Parte A/B

Identificador de LCD: L29203 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los procedimientos de patología molecular fue revisada para eliminar los códigos especificados en el *Current Procedural Terminology*® (CPT®) tanto para la identificación microbiana utilizando técnicas de patología molecular como para el análisis de hibridación en el lugar, en la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity". Estas técnicas de procedimiento de patología molecular describen métodos en otras secciones de patología y laboratorio del libro *Current Procedural Terminology*® (CPT®). Por lo tanto, todos los códigos CPT® serían aplicables para las técnicas

descritas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 21 de julio 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 al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Hemophilia clotting factors – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28851 (Florida)

Identificador de LCD: L28884 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para factores de coagulación de hemofilia fue revisada para clarificar que la profilaxis razonable y necesaria está cubierta para los pacientes con hemofilia severa A o B que tienen menos de un uno por ciento del factor normal (menos de 0.01 IU/mL) o en personas con hemofilia A o hemofilia B que no es severa (es decir, los hemofílicos con más del 1 por ciento de los niveles de factor normal) que han repetido episodios de sangrado espontáneo. El texto se añadió a la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity". En adición, la sección de la LCD "Sources of Information and Basis for

Decision" fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva con base en las fechas de servicio **en o a partir del 14 de julio 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](#).

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)

En base a las peticiones de cambio (CR) 9190 y 9205, la determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos fue revisada. La sección "CPT®/HCPCS Codes - Listed Procedure Codes – Drugs and Biologicals" de la LCD fue revisada para añadir los códigos CPT® 90620 y 90621. La sección "CPT®/HCPCS Codes - Listed Procedure Codes - Procedures" de la LCD fue revisada para remover el código HCPCS C9737 y reemplazarlo con el código CPT® 0392T. Adicionalmente, la sección "CPT®/HCPCS Codes - Listed Procedure Codes - Procedures" de la LCD fue revisada para añadir el código CPT® 0393T.

90621 es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de julio de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 1 de febrero de 2015**.

La revisión de la LCD para el código HCPCS C9737 y los códigos CPT® 0392T y 0393T es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de julio de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 1 de julio 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 al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para los códigos CPT® 90620 y

Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28977 (Florida)

Identificador de LCD: L29010 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) fue revisada para agregar una nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para ranibizumab (Lucentis®). Las secciones de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" e "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" se revisaron para agregar la nueva indicación para la retinopatía diabética en pacientes con edema macular diabético. Además, fue actualizada la sección de la LCD "Sources of Information and Basis for

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 23 de junio de 2015**, para servicios prestados **en o después del 6 de febrero 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 al seleccionar "LCD Attachments" en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Treatment of varicose veins of the lower extremity – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28999 (Florida)
Identificador de LCD: L29031 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el tratamiento de venas varicosas de las extremidades inferiores destaca la necesidad de clasificar a los pacientes sobre la base de la historia, el examen y la tomografía dúplex venosa y para delinear un plan de atención antes del tratamiento de los pacientes con enfermedad venosa crónica significativa o insuficiencia venosa crónica. Algunas nuevas modalidades de tratamiento y tecnologías emergentes se abordan con el requisito para la codificación de especificidad. Por ejemplo, MOCA (mechanical chemical ablation [ablación química mecánica]) (ClariVein®) permanece sin cobertura (pendiente de la publicación de pruebas de alta calidad) y debe ser codificada como código *CPT*® 37799 (pendiente de la asignación de un código único por parte de AMA/ *CPT*® o CMS). Las modalidades emergentes no tratadas en la LCD que no se ajustan a los descriptores de códigos específicos abordados en la LCD deben codificarse con

el código no listado *CPT*® 37799 y se abordarán en una base de caso por caso. Esta LCD ha sido revisada para actualizar las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, las pautas de documentación, la sección de codificación, las referencias y pautas de utilización para el tratamiento de venas varicosas de las extremidades inferiores.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 9 de agosto 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información médica adicional

Proceso de exención de dispositivo de investigación (IDE) – cambio en el proceso actual



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) hicieron cambios a las regulaciones de IDE (42 CFR § 405 subparte B). CMS delineó los criterios para la cobertura de los estudios de IDE y cambió la revisión y aprobación locales de los estudios de IDE del contratista administrativo de Medicare (MAC) a la revisión y aprobación centralizadas de los estudios IDE (con una carta de la Food and Drug Administration (FDA) de 2015).

<http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/index.html> (en inglés).

Suponiendo que todos los requisitos aplicables para el programa se cumplen, una aprobación para la Categoría A (Experimental) del estudio IDE permite la cobertura

de artículos y servicios para el cuidado de rutina proporcionados en el estudio, pero no de la Categoría A del dispositivo, que está legalmente excluida de la cobertura. Una aprobación para una Categoría B del estudio IDE (no experimentales/de investigación) permitirá la cobertura del dispositivo de la categoría B y de los artículos y servicios de atención de rutina en el juicio. La revisión de CMS es generalmente una solicitud del investigador principal y CMS publicará el título del estudio, el nombre del patrocinador, número de NCT, número de IDE y la fecha de aprobación de CMS.

<http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/Approved-IDE-Studies.html> (en inglés).

La aprobación de CMS no es una decisión y participación de los proveedores al nivel de cobertura de la reclamación (los sitios de estudio que presentan reclamaciones al MAC de la jurisdicción N de A/B) deben ser capaces de demostrar si son auditados (antes o después del pago) que todos los requisitos aplicables del programa fueron cumplidos, incluyendo pero no limitado a tener una aprobación activa en representación de la Junta de Revisión de Investigación (IRB), la documentación de apoyo de servicios necesarios y razonables y la facturación/codificación precisa de reclamaciones de MCS/FISS. Además, aunque no es necesario, sería beneficioso tanto para el contratista, como para el médico/ instalación, si el costo y el formulario de codificación

Ver **PROCESO**, en la próxima página

PROCESO

De la página anterior

aprobados para los IDE de CMS, junto con la carta de aprobación de CMS, fueron enviados a First Coast antes de presentar las reclamaciones. Esto permitirá que el contratista tome todas las decisiones y preparativos necesarios para la recepción de reclamaciones especialmente si los códigos de procedimientos no listados son considerados y/o aplicables. Esto no debería causar ningún retraso en la participación en el estudio y ayudará en la adjudicación de la reclamación.

Para la aprobación de la FDA IDE antes del 1 de enero de 2015, First Coast seguirá exigiendo sitios de estudio de investigación para presentar, para la revisión del contratista, toda la documentación que actualmente se requiere. Por favor, consulte el siguiente artículo titulado "Investigational device exemption (IDE) approval requirements" "requisitos de aprobación de la exención dispositivo de investigación (IDE)" (en inglés) y solicite el formulario para obtener una lista completa de los elementos que el contratista requiere para cada sitio de investigación. Los sitios de estudio deberán presentar toda

la documentación por vía electrónica a clinicaltrials@fcso.com.

Enlace al proceso de aprobación de CMS:

<http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/index.html> (en inglés).

Enlace a Q&A de direccionamiento de facturación y codificación:

<http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/Coverage-with-Evidence-Development/Downloads/Mandatory-Clinical-Trial-Identifier-Number-QsAs.pdf> (en inglés).

Artículo MLN de CMS de direccionamiento de facturación y codificación:

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM8401.pdf> (en inglés).

Enlace al formulario de costo y codificación de First Coast Service Options, Inc. (First Coast):

<http://medicare.fcso.com/initials/> (en inglés).

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.



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)

Asuntos de procesamiento

Denegación incorrecta del código de anestesia 00810



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 denegados

Estatus/fecha de resolución

Cerrado; todas las reclamaciones denegadas se ajustaron el 16 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.

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

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 2014 hasta octubre 2015.

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

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

Application of skin substitute grafts for treatment of DFU and VLU of lower extremities – nueva LCD

Identificador de LCD: L36013 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) aborda el límite de razonable y necesario (R&N) para la cobertura de cirugía para sustitución de piel con un énfasis particular en las indicaciones para la aplicación de injertos de sustitutos de piel para las úlceras del pie diabético (DFU) y úlceras venosas de la pierna (VLU). La definición de injertos de sustitutos de piel se aborda en AMA CPT en la sección sobre cirugía de sustituto de piel. La evaluación de la literatura clínica indica que los estudios que comparan la eficacia de los injertos de sustitutos de piel como un complemento del cuidado de la herida crónica son limitados en cantidad, aplican principalmente a pacientes generalmente saludables y examinan sólo una pequeña porción de los productos de sustitutos de piel disponibles en los Estados Unidos. Por lo tanto, ningún producto individual puede ser considerado para pago a menos de que el código de cirugía de sustitución de piel aplicable cumpla con los requerimientos de esta LCD. La aplicación de injertos de sustitutos de piel para las indicaciones aparte de DFU o VLU no es abordada por esta LCD. Tal aplicación debe cumplir con el límite razonable y

necesario para la cobertura según definido en el manual de integridad del programa (program Integrity manual) y el suministro debe ser utilizado según los requerimientos de la etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA).

La LCD actual, “Skin Substitutes” (L29279-Florida y L29393-Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos), será retirada con fecha de efectividad del **6 de septiembre de 2015**.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva en base a las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de septiembre de 2015**, en base a la fecha de servicio. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Molecular pathology procedures – revisión a la LCD de Parte A/B

Identificador de LCD: L29203 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los procedimientos de patología molecular fue revisada para eliminar los códigos especificados en el *Current Procedural Terminology*® (CPT®) tanto para la identificación microbiana utilizando técnicas de patología molecular como para el análisis de hibridación en el lugar, en la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”. Estas técnicas de procedimiento de patología molecular describen métodos en otras secciones de patología y laboratorio del libro *Current Procedural Terminology*® (CPT®). Por lo tanto, todos los códigos CPT® serían aplicables para las técnicas

descritas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 21 de julio 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Hemophilia clotting factors – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29187 (Florida)

Identificador de LCD: L29345 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para factores de coagulación de hemofilia fue revisada para clarificar que la profilaxis razonable y necesaria está cubierta para los pacientes con hemofilia severa A o B que tienen menos de un uno por ciento del factor normal (menos de 0.01 IU/mL) o en personas con hemofilia A o hemofilia B que no es severa (es decir, los hemofílicos con más del 1 por ciento de los niveles de factor normal) que han repetido episodios de sangrado espontáneo. El texto se añadió a la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”. En adición, la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for

Decision” fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva con base en las fechas de servicio **en o a partir del 14 de julio 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

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)

En base a las peticiones de cambio (CR) 9152 y 9207, la determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos fue revisada. La sección “CPT®/HCPCS Codes - Listed Procedure Codes – Drugs and Biologicals” de la LCD fue revisada para añadir los códigos CPT® 90620 y 90621. La sección “CPT®/HCPCS Codes - Listed Procedure Codes - Procedures” de la LCD fue revisada para remover el código HCPCS C9737 y reemplazarlo con el código CPT® 0392T. Adicionalmente, la sección “CPT®/HCPCS Codes - Listed Procedure Codes - Procedures” de la LCD fue revisada para añadir el código CPT® 0393T.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para los códigos CPT® 90620 y 90621 es efectiva para las reclamaciones procesadas a

partir del 6 de julio de 2015, para los servicios prestados **a partir del 1 de febrero de 2015**.

La revisión de la LCD para el código HCPCS C9737 y los códigos CPT® 0392T y 0393T es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de julio de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 1 de julio 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29266 (Florida)

Identificador de LCD: L29383 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) fue revisada para agregar una nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para ranibizumab (Lucentis®). Las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” e “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” se revisaron para agregar la nueva indicación para la retinopatía diabética en pacientes con edema macular diabético. Además, fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 23 de junio de 2015**, para servicios prestados **en o después del 6 de febrero 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Treatment of varicose veins of the lower extremity – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29298 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para el tratamiento de venas varicosas de las extremidades inferiores destaca la necesidad de clasificar a los pacientes sobre la base de la historia, el examen y la tomografía dúplex venosa y para delinear un plan de atención antes del tratamiento de los pacientes con enfermedad venosa crónica significativa o insuficiencia venosa crónica. Algunas nuevas modalidades de tratamiento y tecnologías emergentes se abordan con el requisito para la codificación de especificidad. Por ejemplo, MOCA (mechanical chemical ablation [ablación química mecánica]) (ClariVein®) permanece sin cobertura (pendiente de la publicación de pruebas de alta calidad) y debe ser codificada como código CPT® 37799 (pendiente de la asignación de un código único por parte de AMA/CPT® o CMS). Las modalidades emergentes no tratadas en la LCD que no se ajustan a los descriptores de códigos específicos abordados en la LCD deben codificarse con

el código no listado CPT® 37799 y se abordarán en una base de caso por caso. Esta LCD ha sido revisada para actualizar las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, las pautas de documentación, la sección de codificación, las referencias y pautas de utilización para el tratamiento de venas varicosas de las extremidades inferiores.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 9 de agosto 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 al seleccionar “LCD Attachments” en el menú desplegable de Jump to section... en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información médica adicional

Proceso de exención de dispositivo de investigación (IDE) – cambio en el proceso actual

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) hicieron cambios a las regulaciones de IDE (42 CFR § 405 subparte B). CMS delineó los criterios para la cobertura de los estudios de IDE y cambió la revisión y aprobación locales de los estudios de IDE del contratista administrativo de Medicare (MAC) a la revisión y aprobación centralizadas de los estudios IDE (con una carta de la Food and Drug Administration (FDA) de 2015).

<http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/index.html> (en inglés).

Suponiendo que todos los requisitos aplicables para el programa se cumplen, una aprobación para la Categoría A (Experimental) del estudio IDE permite la cobertura de artículos y servicios para el cuidado de rutina proporcionados en el estudio, pero no de la Categoría A del dispositivo, que está legalmente excluida de la cobertura. Una aprobación para una Categoría B del estudio IDE (no experimentales/de investigación) permitirá la cobertura del dispositivo de la categoría B y de los artículos y servicios de atención de rutina en el juicio. La revisión de CMS es generalmente una solicitud del investigador principal y CMS publicará el título del estudio, el nombre del patrocinador, número de NCT, número de IDE y la fecha de aprobación de CMS.

<http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/Approved-IDE-Studies.html> (en inglés).

La aprobación de CMS no es una decisión y participación de los proveedores al nivel de cobertura de la reclamación

(los sitios de estudio que presentan reclamaciones al MAC de la jurisdicción N de A/B) deben ser capaces de demostrar si son auditados (antes o después del pago) que todos los requisitos aplicables del programa fueron cumplidos, incluyendo pero no limitado a tener una aprobación activa en representación de la Junta de Revisión de Investigación (IRB), la documentación de apoyo de servicios necesarios y razonables y la facturación/codificación precisa de reclamaciones de MCS/FISS. Además, aunque no es necesario, sería beneficioso tanto para el contratista, como para el médico/instalación, si el costo y el formulario de codificación aprobados para los IDE de CMS, junto con la carta de aprobación de CMS, fueron enviados a First Coast antes de presentar las reclamaciones. Esto permitirá que el contratista tome todas las decisiones y preparativos necesarios para la recepción de reclamaciones especialmente si los códigos de procedimientos no listados son considerados y/o aplicables. Esto no debería causar ningún retraso en la participación en el estudio y ayudará en la adjudicación de la reclamación.

Para la aprobación de la FDA IDE antes del 1 de enero de 2015, First Coast seguirá exigiendo sitios de estudio de investigación para presentar, para la revisión del contratista, toda la documentación que actualmente se requiere. Por favor, consulte el siguiente artículo titulado “Investigational device exemption (IDE) approval requirements” “requisitos de aprobación de la exención

Ver **PROCESO**, en la próxima página

PROCESO

De la página anterior

dispositivo de investigación (IDE)” (en inglés) y solicite el formulario para obtener una lista completa de los elementos que el contratista requiere para cada sitio de investigación. Los sitios de estudio deberán presentar toda la documentación por vía electrónica a clinicaltrials@fcso.com.

Enlace al proceso de aprobación de CMS:

<http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/IDE/index.html> (en inglés).

Enlace a Q&A de direccionamiento de facturación y codificación:

<http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/Coverage-with-Evidence-Development/Downloads/Mandatory-Clinical-Trial-Identifier-Number-QsAs.pdf> (en inglés).

Artículo MLN de CMS de direccionamiento de facturación y codificación:

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM8401.pdf> (en inglés).

Enlace al formulario de costo y codificación de First Coast Service Options, Inc. (First Coast):

<http://medicare.fcso.com/initialization/11G/11G.pdf> (en inglés).

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 *clic aquí* para buscar las LCD actuales.



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@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

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

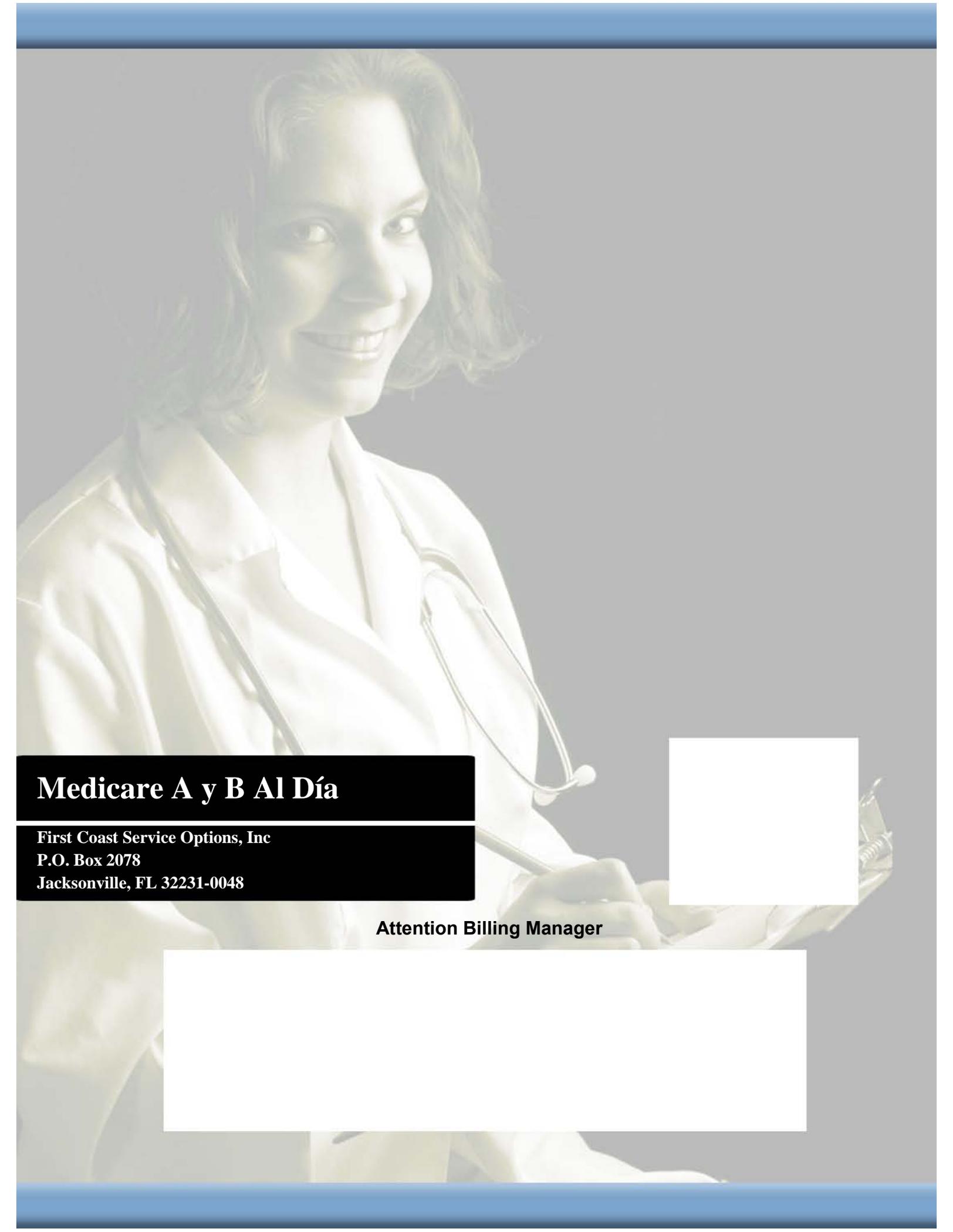
First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager