

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Septiembre 2015



En esta edición

Facturación consolidada de SNF	3
Los proveedores con impuestos atrasados	4
Alternativas de presentación de reclamaciones	5
Recursos de influenza 2015-2016	8
CMS clarifica ediciones de codificación.....	12
Exclusión voluntaria de Medicare	23

Actualización de las asignaciones de pago para la vacuna de la influenza para la temporada de 2015-2016

Número de *MLN Matters*[®]: MM9299
Número de petición de cambio relacionado: 9299
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de agosto de 2015
Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3341CP
Fecha de implementación: No más tarde del 24 de noviembre de 2015

Resumen

La petición de cambio 9299 publica una lista de códigos de procedimiento y fechas efectivas para los cuales las asignaciones de pago están disponibles para las vacunas del virus de influenza estacional.

Los límites de las asignaciones de pago de Medicare Parte B para las vacunas de influenza y neumococo son 95 por ciento del promedio del precio de venta al por mayor (AWP) según reflejado en el compendio publicado.

El artículo incluye la lista complete de los códigos de procedimiento y las fechas efectivas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9299.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9299, 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/R3341CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3341, CR 9299

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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Centros de enfermería especializada

Facturación consolidada de SNF	3
Actualización anual de 2016 de los códigos HCPCS para la facturación consolidada.....	3

Cobertura

Actualización de NCD para dispositivos de generación de habla.....	4
--	---

Facturación

Los proveedores de Medicare que tengan impuestos atrasados verán un aumento.....	4
Actualización de la tarifa por los servicios prestados de los factores de coagulación.....	5

ICD-10

Alternativas de presentación de reclamaciones.....	5
CMS lleva a cabo su última semana exitosa.....	6

Intercambio electrónico de datos

Actualización de los códigos de taxonomía.....	6
Actualización de los códigos de estatus de reclamación.....	7

Asuntos de procesamiento

Retraso en la implementación de los marcapasos cardíacos unicameral y bicameral.....	7
--	---

Recursos preventivos

CMS anuncia la cobertura para la detección de cáncer colorectal.....	8
Recursos de influenza 2015-2016.....	8

Remesa de pago

Actualización para las combinaciones de código definido CAQH CORE.....	9
--	---

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	10
MLN Connects® Provider e-News.....	11

Parte A

Hospital

CMS clarifica ediciones de codificación.....	12
--	----

Información general

Apelaciones de los informes de costos.....	13
CMS actualiza la lista de pacientes hospitalizados de MS-DRG.....	14

Sistema de pago prospectivo

CMS implementa cambios en el PPS del IRF.....	14
Actualización del OPPS de hospital.....	15
CMS emite la actualización del IPF PPS.....	16

Determinaciones locales de cobertura de

Parte A.....	17
--------------	----

Revisiones a las LCD existentes

Implantable infusion pump for the treatment of chronic intractable pain.....	18
Colorectal cancer screening.....	18
G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™).....	19
Estimulación de la médula espinal para el dolor crónico - revisión corregida.....	19
Noncovered services - revisión a la LCD del anexo 'Coding Guidelines' de ICD-10-CM.....	19

LCD nuevas

Controlled substance monitoring and drugs of abuse testing.....	20
---	----

LCD retiradas

Múltiples LCD que están siendo retiradas.....	21
---	----

Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados.....	21
--	----

Contactos de Parte A

.....	22
-------	----

Parte B

Información general

Exclusión voluntaria de Medicare.....	23
---------------------------------------	----

Determinaciones locales de cobertura de

Parte B.....	24
--------------	----

Revisiones a las LCD existentes

Implantable infusion pump for the treatment of chronic intractable pain.....	25
Colorectal cancer screening.....	25
G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™).....	26
Intravitreal bevacizumab (Avastin®).....	26
Estimulación de la médula espinal para el dolor crónico - revisión corregida.....	26
Noncovered services.....	27
Noncovered services - revisión a la LCD del anexo 'Coding Guidelines' de ICD-10-CM.....	27

LCD nuevas

Controlled substance monitoring and drugs of abuse testing.....	28
---	----

LCD retiradas

Microvolt t-wave alterans.....	28
Múltiples LCD que están siendo retiradas.....	29

Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados.....	29
--	----

Contactos de Parte B de Puerto Rico

.....	30
-------	----

Contactos de Parte B de Florida

.....	31
-------	----

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos

.....	32
-------	----

Medicare A y B Al Día

Publications 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.

Centros de enfermería especializada

Facturación consolidada de SNF y eritropoyetina

Número de *MLN Matters*[®]: SE0434 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

Esta edición especial describe la facturación consolidada del centro de enfermería especializada (SNF) según aplica a eritropoyetina (EPO, epoetin alfa) y servicios relacionados. Este artículo fue revisado el 11 de septiembre para referencia a la regulación actualizada y varias direcciones de Web.

Resumen

Bajo el requerimiento de facturación consolidada, se requiere que un centro de enfermería especializada (SNF) presente todas las reclamaciones de Medicare para los servicios que reciben sus residentes; los servicios que

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

son excluidos están detallados en el [artículo de edición especial SE0431](#) (en inglés), el cual incluye la cobertura de eritropoyetina (EPO, epoetin alfa) para ciertos pacientes de diálisis.

Nota: EPO/DPA (darbepoetin alfa, nombre comercial Aranesp) no son facturables separadamente cuando son provistos como tratamiento para cualquier otra enfermedad o condición. En este caso, el SNF es responsable de reembolsar al suplidor. El SNF debe incluir los cargos en la factura de Parte A presentada para dicho beneficiario.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE0434.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE0434

Actualización anual de 2016 de los códigos HCPCS para la facturación consolidada del centro de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*[®]: MM9340
Número de petición de cambio relacionado: 9340
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de septiembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3349CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron que publicarán, en diciembre, la actualización anual de 2016 de los códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para la facturación consolidada del centro de enfermería especializada (SNF CB).

Para la primera semana de diciembre de 2015, nuevos archivos de códigos para el procesamiento del contratista administrativo de Medicare (MAC) de Parte B y los nuevos archivos para el procesamiento de MAC de Parte A estarán disponibles en <http://www.cms.gov/Medicare/Billing/SNFConsolidatedBilling/index.html> (en inglés).

Una vez sea publicado, CMS le recomienda firmemente a los proveedores leer la información “General Explanation

of the Major Categories” localizada en la parte inferior de la actualización del MAC para que puedan entender las categorías mayores, incluyendo exclusiones adicionales que no son conducidas por los códigos HCPCS.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9340.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9340, 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/R3349CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3349, CR 9340

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

Cobertura

Actualización de NCD para dispositivos de generación de habla

Número de *MLN Matters*®: MM9281
 Número de petición de cambio relacionado: 9281
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2015
 Fecha de efectividad: 29 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R184NCD
 Fecha de implementación: 21 de septiembre de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 9281 actualiza la determinación de cobertura nacional para los dispositivos de generación de habla (SGD) para añadir un alcance revisado de beneficio. Esta NCD puede ser encontrada en el *Medicare National Coverage Determinations Manual* (capítulo 1, parte 1, sección 50.1) y es efectiva para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 29 de julio de 2015.

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.

Haga clic aquí (en inglés) para acceder al memorando de la decisión final en relación con la cobertura de los dispositivos de generación de habla, publicado el 29 de julio por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9281.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9281, 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/R184NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 184, CR 9281

Facturación

Los proveedores de Medicare que tengan impuestos atrasados verán un aumento en la retención a un 100 por ciento

Número de *MLN Matters*®: MM9285
 Número de petición de cambio relacionado: 9285
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2015
 Fecha de efectividad: 16 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1536OTN
 Fecha de implementación: 16 de octubre de 2015

Resumen

Los proveedores que deben impuestos federales verán un aumento en las cantidades que retienen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en los pagos de Medicare de un 30 por ciento al 100 por ciento a partir del 16 de octubre de 2015.

En abril de 2015, la sección del código de rentas internas 6331(h) fue modificada por el Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015, sección 413(a), lo cual aumenta la retención de recaudación de impuestos a un 100 por ciento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9285.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9285, 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/R1536OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1536, CR 9285

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

Actualización de la tarifa por los servicios prestados de los factores de coagulación

Número de *MLN Matters*®: MM9295
Número de petición de cambio relacionado: 9295
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3340CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la tarifa por los servicios prestados de 2016 relacionados a la administración de los factores de coagulación para los beneficiarios de Medicare.

Para el 2016, la tarifa por los servicios prestados de los factores de coagulación de \$0.202 por unidad está incluida en el límite de pago publicado. CMS incluye la tarifa por los servicios prestados del factor de coagulación en los límites de pago nacionales publicados para los códigos de facturación del factor de coagulación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9295.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9295, 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/R3340CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3340, CR 9295

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.

ICD-10

Alternativas de presentación de reclamaciones para los proveedores que tienen dificultades para presentar reclamaciones de ICD-10

Número de *MLN Matters*®: SE1522
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo provee las alternativas para los médicos, proveedores y suplidores que experimentan problemas con la presentación de las reclamaciones electrónicas debido al software de facturación, vendedor(es) o casa(s) de facturación después de la implementación de ICD-10 el 1 de octubre.

Las alternativas para presentación de reclamaciones están disponibles:

- Software de facturación libre de costo;
- Portales de Internet del proveedor;
- Acceso al sistema remoto (DDE); y



- Reclamaciones impresas*

***Nota:** Para presentar reclamaciones impresas, usted debe cumplir con los requerimientos para calificar para una exención de las disposiciones del Administrative Simplification Compliance Act (ASCA).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1522.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1522

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 lleva a cabo su última semana exitosa de pruebas integrales de Medicare FFS ICD-10 en julio

Desde el 20 al 24 de julio de 2015, los proveedores del cuidado de la salud de tarifa fija de Medicare (FFS), casas de facturación y agencias de facturación participaron en una tercera semana exitosa de pruebas integrales de ICD-10 con todos los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y el contratista del intercambio electrónico de datos comunes (CEDI) del MAC de equipo médico duradero (DME). CMS logró acomodar a la mayoría de los voluntarios, una amplia muestra representativa de proveedores, reclamaciones y tipos de remitentes.

Esta última semana de pruebas integrales demostró que los sistemas de CMS están listos para aceptar y procesar reclamaciones de ICD-10. Aproximadamente 1,200 proveedores y compañías de facturación participaron y los examinadores presentaron sobre 29,000 reclamaciones de prueba. Vea los [resultados](#) (en inglés).

En general, los participantes en la semana de pruebas integrales de julio lograron presentar exitosamente reclamaciones de prueba de ICD-10 y que estas fueran procesadas a través de los sistemas de facturación de Medicare. La tasa de aceptación para julio fue similar a las tasas de [enero](#) (en inglés) y [abril](#) (en inglés), pero con un aumento en la cantidad de examinadores y reclamaciones presentadas. La mayoría de los rechazos de reclamaciones que ocurrieron fueron debido a errores no relacionados a ICD-9 o ICD-10.

A través de su sistema robusto de liberación de pruebas, CMS se ha asegurado de que los cambios en

los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare FFS para la implementación de ICD-10 han sido completamente probados y validados. CMS también ha llevado a cabo un nivel adicional de pruebas sin precedentes para ayudar a los proveedores a prepararse para ICD-10. Esta fue la última semana de pruebas integrales, pero se anima a los proveedores a participar en las [pruebas de reconocimiento](#) (en inglés), la cual puede ser completada en cualquier momento antes de la fecha de implementación.

Prepárese

Las reclamaciones de Medicare con una fecha de servicio a partir del 1 de octubre de 2015, serán rechazadas si no contienen un código válido de ICD-10. Los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare no tienen la capacidad de aceptar códigos de ICD-9 para las fechas de servicio a partir del 30 de septiembre de 2015; o aceptar reclamaciones que contienen ambos códigos de ICD-9 y ICD-10.

CMS ha creado una cantidad de herramientas de ICD-10 y recursos para proveedores. Una herramienta es ["Road to 10"](#) (en inglés), dirigidas específicamente a prácticas médicas pequeñas con manuales básicos para la documentación clínica, escenarios clínicos y otros recursos específicos de la especialidad para ayudar con la implementación.

Para más información, visite la página Web de [recursos del proveedor de Medicare FFS](#) (en inglés).

Intercambio electrónico de datos

Actualización de octubre de 2015 de los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*[®]: MM9260

Número de petición de cambio relacionado: 9260

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2015

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3336CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2016 –

Contratistas con la habilidad de hacerlo deberán implementar esta CR efectivo el 1 de octubre de 2015.

Resumen

El comité nacional de reclamaciones uniformes (NUCC) mantiene el conjunto HPTC para la clasificación estandarizada de los proveedores del cuidado de la salud y lo actualiza dos veces al año con cambios efectivos desde del 1 de abril y el 1 de octubre. Estos cambios incluyen la adición de un nuevo código y la adición de las definiciones de los códigos existentes.

La CR 9260 instruye a los contratistas para obtener el conjunto más reciente HPTC y utilizarlo para actualizar sus tablas internas HPTC y/o archivos de referencia. El conjunto HPTC está disponible para ver o descargar

desde el Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-edi.com/codes> (en inglés).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9260.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9260, 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/R3336CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3336, CR 9260

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

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM9276
Número de petición de cambio relacionado: 9276
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de agosto de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3344CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Luego de la reunión de septiembre/octubre del National Code Maintenance Committee, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de categoría de estatus de reclamación y los códigos de estatus de reclamación de Medicare.

Los conjuntos de códigos están disponibles en

- <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes/>
- <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes/>

Los cambios de código hechos en la reunión de junio son para ser utilizados en la edición de todas las transacciones

de reclamaciones electrónicas procesadas en o alrededor del 1 de noviembre 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/MM9276.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9276, 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/R3344CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3344, CR 9276

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

Asuntos de procesamiento

Retraso en la implementación de los marcapasos cardiacos unicameral y bicameral



Problema

El 13 de agosto de 2013, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron un memorando de decisión final sobre la cobertura de los marcapasos cardiacos permanentes implantados, unicameral o bicameral, y determinaron que son razonables y necesarios para el tratamiento de la bradicardia sintomática no reversible debido a la disfunción del nódulo sinusal y el bloqueo auriculoventricular de segundo y/o tercer grado.

Resolución

El 20 de febrero de 2015, CMS publicó la petición de cambio (CR) 9078, transmisiones [179](#) (en inglés) y [3204](#) (en inglés), que implementan la determinación de cobertura nacional (NCD) 20.8.3 el 6 de julio de 2015, para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 13 de agosto de 2013, para aquellos beneficiarios que cumplan con criterios de cobertura específicos.

Estatus/fecha de resolución

Abierto. Hay un retraso temporero para implementar NCD 20.8.3 lo cual significa que todas las ediciones y decisiones sobre cobertura relativas a la CR 9078 serán hechas a nivel del contratista administrativo de Medicare (MAC) local hasta nuevo aviso de CMS. CMS informará sobre la nueva fecha de implementación próximamente.

Acción del proveedor

Ninguna. CMS informará sobre la nueva fecha de implementación próximamente.

Problemas actuales de procesamiento

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

Recursos preventivos

CMS anuncia la cobertura para la detección de cáncer colorectal utilizando Cologuard™

Número de *MLN Matters*®: MM9115
 Número de petición de cambio relacionado: 9115
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015
 Fecha de efectividad: 9 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R183NCD y R3319CP
 Fecha de implementación: 8 de septiembre de 2015 para las ediciones de MAC no compartidas; 4 de enero de 2016 para los cambios de los sistemas compartidos

Resumen

Efectivo el 9 de octubre de 2014, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cubrirán Cologuard™ como una prueba de detección as una prueba de detección de cáncer colorectal (código de procedimiento G0464) una vez cada tres años para los beneficiarios de Medicare que cumplen con todos los siguientes criterios:

- 50 a 85 años de edad
- Asintomático
- Bajo un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorectal

Nota: Solamente los laboratorios autorizados por el fabricante para realizar la prueba Cologuard™ pueden

facturar por este servicio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9115.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9115, 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/R183NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3319CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 183, CR 9115 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3319, CR 9115

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

Recursos de influenza 2015-2016 para los profesionales del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*®: SE1523
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial provee información valiosa y recursos que los proveedores deben mantener disponibles durante la temporada de influenza (flu). Además de servir como recordatorio, el artículo también provee lo siguiente:

- Productos educativos
- Recursos de servicios preventivos
- Tarifas de pago para 2015-2016

Recordatorios: Las cantidades de deducible y coaseguro no aplican. Todos los proveedores

que administren la vacunación contra la influenza y/o neumococo deben aceptar la asignación en la reclamación para la vacuna.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1523.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1523

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

Remesa de pago

Actualización para las combinaciones de código definido CAQH CORE

Número de *MLN Matters*®: MM9270
Número de petición de cambio relacionado: 9270
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3335CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9270 trata con la actualización regular en el Council for Affordable Quality Healthcare (CAQH) Committee sobre las combinaciones de código definido de las reglas de operación para el intercambio de información (CORE) según la regla de operación 360-uso uniforme de la regla (835) de los códigos de denegación de ajuste de reclamación y los códigos de comentarios de remesas de pago.

El CAQH CORE publicará la próxima versión de la lista de combinación de código en o alrededor del 1 de octubre de 2015 y la actualización se basará en actualizaciones CARC y RARC publicadas el 1 de julio en el sitio Web de Washington Publishing Company (WPC). Los contratistas

administrativos de Medicare comenzarán a utilizar esta versión el 1 de octubre 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/MM9270.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9270, 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/R3335CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3335, CR 9270

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.

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.



Recursos educativos

Calendario de eventos

Octubre de 2015

Clase de PECOS basado en Internet
 Cuando: 8 de octubre 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/0293518.asp>

Medicare Speaks 2015: Manteniéndole al día e informado

Cuando: 20 de octubre de 2015
 Hora: 9:00 AM-1:00 PM ET
 Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Islas Vírgenes de EE.UU

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0302831.asp>

Medicare Speaks 2015: Manteniéndole al día e informado

Cuando: 21 de octubre de 2015
 Hora: 9:00 AM-1:00 PM ET
 Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Islas Vírgenes de EE.UU

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0302838.asp>

Medicare Te Informa 2015 Guayanilla

Cuando: 22-23 de octubre de 2015
 Hora: 8:00 AM-3:30 PM ET
 Tipo: Cara a cara

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

http://medicareespanol.fcso.com/Medicare_te_informa/0301798.pdf

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, 20 de agosto de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 27 de agosto de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 3 de septiembre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 10 de septiembre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 17 de septiembre 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>.



Hospital

CMS clarifica ediciones de codificación correcta para el procedimiento de ventilación respiratoria

Número de *MLN Matters*®: MM9117
 Número de petición de cambio relacionado: 9117
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1495OTN
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente información de codificación correcta para el código de procedimiento 5A1955Z de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10-CM), ventilación respiratoria proporcionada por más de 96 horas consecutivas.

En la actualidad, el editor de código de Medicare (MCE) rechaza las reclamaciones cuando el código de procedimiento 96.72 (ventilación mecánica invasiva continua durante 96 horas consecutivas o más) de ICD-9-CM refleja una duración de estadía de cuatro días o menos, sin contar el día del alta. El 1 de octubre de 2015, Medicare hará la transición a la codificación de ICD-10. La edición de ICD-10, para el código de procedimiento correspondiente, rechaza reclamaciones al nivel de duración de estadía de cinco días, contando la fecha del alta como uno de los días dentro de los parámetros de la edición.

Para corregir este problema, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) permitirán ajustes en las reclamaciones que han llamado su atención, con el código de procedimiento ICD-9-CM 96.72, y con fechas de alta a partir del 1 de octubre de 2012 que fueron devueltas

sin pagar al proveedor. Además, los MAC ajustarán de forma masiva las reclamaciones para recuperar los pagos en exceso debido a un error en el proceso de conteo de días consecutivos. Las reclamaciones con los siguientes parámetros serán ajustadas hasta el 16 de noviembre de 2015:

- Tipo de factura - 11X
- La fecha de alta es a partir del 1 de octubre de 2012 y el código de periodo de ocurrencia 74 está presente
- Código de procedimiento 96.72; y
- La duración de la estadía es mayor a cuatro días

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9117.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9117, 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/R1495OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1495, CR 9117

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*.

Información general

Apelaciones de los informes de costos

Una vez que un proveedor recibe un aviso de reembolso del programa (Notice of Program Reimbursement, NPR) de una liquidación de informes de costos, tiene derecho a solucionar los problemas de ajuste de auditoría mediante el proceso de apelaciones de los informes de costos, ya sea de carácter individual o bien como miembro de un grupo de proveedores ante la Junta de revisión de reembolsos a proveedores (Provider Reimbursement Review Board, PRRB).

Derechos de apelación de informes de costos

Sólo un proveedor tiene derechos de apelación. Entre los proveedores se incluyen:

- Hospitales
- Centros de enfermería especializada (SNF)
- Centros de rehabilitación ambulatoria comprensiva (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF)
- Proveedores de enfermedad renal en estado terminal (ESRD)

Tipos de apelaciones de informes de costos

Los proveedores pueden ser parte de una apelación individual, una apelación de la PRRB o una apelación de un grupo.

- Apelación intermediaria: El reembolso objeto de la controversia es entre \$1,000 y \$9,999
- Apelación individual PRRB: El reembolso objeto de la controversia es de \$10,000 o más para los proveedores individuales. [Provider Reimbursement Manual, parte 1 \(PRM15-1\), párrafo 2920.1](#) (en inglés)

Apelación de grupo de la PRRB: El reembolso objeto de la controversia totaliza, al menos, \$50,000 y los proveedores que integran el grupo tienen en común una cuestión de hecho o de interpretación de la ley, las reglamentaciones o las resoluciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

[Provider Reimbursement Manual, parte 1, PRM 15-1, párrafo 2920.2](#) (en inglés).

Plazo para presentar una petición

La petición de audiencia debe presentarse por escrito ante la PRRB o el intermediario/contratista administrativo de Medicare (Medicare administrative contractor, MAC), a más tardar, 180 días calendario después del aviso de determinación final efectuada por los Centros de Servicios

de Medicare y Medicaid (CMS) o su MAC; en caso de que el MAC no haya emitido puntualmente el NPR, las peticiones de audiencias deben presentarse ante la Junta, a más tardar, 180 días después del vencimiento del período de 12 meses. El (los) ajuste(s) de auditoría o el (los) problema(s) objeto de apelación deben ser específicos y estar directamente relacionados con el NPR.

Antes de presentar su petición de audiencia en apelación, obtenga una copia de las [normas de la PRRB](#) (en inglés) del sitio Web de la PRRB. Los proveedores deben cumplir las pautas del proceso de apelación incluidas en las instrucciones de la PRRB.

Una vez que la PRRB o el MAC hayan aceptado su petición de apelación o de audiencia, debe hacer referencia al número de caso de la apelación y la información del proveedor en toda correspondencia presentada a la PRRB, al MAC o a Blue Cross Blue Shield Association (BCBSA).

Dónde enviar la petición de audiencia ante la PRRB

La petición de audiencia ante la PRRB de un proveedor debe enviarse al Presidente de la Junta de Revisión de Reembolsos a Proveedores, First Coast Service Options Inc. (First Coast) y Blue Cross Blue Shield Association (BCBSA). La petición debe dirigirse de la siguiente manera:

PRRB Appeals
Federal Specialized Services
1701 S. Racine Avenue
Chicago, IL 60608-4058

Correo electrónico de contacto: prrb@fssappeals.com

Las copias de las peticiones del proveedor deben enviarse a:

First Coast Service Options, Inc.
532 Riverside Avenue
Jacksonville, FL 32202
Attn: Geoff Pike

Correo electrónico de contacto: geoff.pike@fcsso.com

Para recibir instrucciones sobre qué incluir en su petición y para obtener otro tipo de información sobre los procedimientos de la Junta, consulte las [instrucciones de la Junta](#) (en inglés).

También puede obtener una copia escribiendo a la Junta, a la dirección arriba indicada o llamando por teléfono a la Junta, al 410-786-2671.

CMS actualiza la lista de pacientes hospitalizados de MS-DRG cubiertos por la política de reducción de costos para la sustitución de dispositivos médicos

Número de *MLN Matters*®: MM9121
 Número de petición de cambio relacionado: 9121
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014; 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1494OTN
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente agregaron siete grupos relacionados por diagnóstico y severidad de Medicare (MS-DRG) a la política de pago del sistema de pago prospectivo de pacientes hospitalizados (IPPS) sobre los dispositivos sustituidos ofrecidos sin costo o a precio reducido a los hospitales.

Dentro de las adiciones a la política de dispositivos sustituidos de IPPS, CMS incluye:

- MS-DRG 266 (Reemplazo de la válvula cardíaca endovascular con mayor complicación o comorbilidad (MCC))
- MS DRG 267 (Reemplazo de la válvula cardíaca endovascular sin MCC)
- MS-DRG 268 (Procedimientos asistidos de corazón y aórtica excepto balón de pulsación con MCC)
- MS-DRG 269 (Procedimientos asistidos de corazón y aórtica excepto balón de pulsación sin MCC)

- MS-DRG 270 (Otros procedimientos cardiovasculares mayores con MCC)
- MS-DRG 271 (Otros procedimientos cardiovasculares mayores con CC)
- MS-DRG 272 (Otros procedimientos cardiovasculares mayores con sin CC/MCC)

También, con la actualización, CMS eliminó dos DRG de la política que afecta a los dispositivos médicos proporcionados sin costo o a precio reducido.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9121.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9121, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Transmittals/Downloads/R1494OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1494, CR 9121

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.

Sistema de pago prospectivo

CMS implementa cambios el sistema de pago prospectivo del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*®: MM9236
 Número de petición de cambio relacionado: 9236
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3331CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) lanzaron recientemente una lista de reembolso y cambios en las políticas para el sistema de pago prospectivo del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF).

CMS implementará estos cambios, que entrarán en vigor el 1 de octubre de 2015, con el lanzamiento de un nuevo paquete de software IRF pricer antes del 1 de octubre de 2015. El software contendrá las tarifas actualizadas vigentes para reclamaciones con altas a partir del 1 de



Ver **CMS**, en la próxima página

CMS

De la página anterior

octubre de 2015, hasta el 30 de septiembre de 2016. Con el lanzamiento del software, CMS implementa una reducción del dos por ciento en el año fiscal (FY) 2016 para los IRF que no cumplieron con los requisitos de presentación de datos durante el período de recolección de datos del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2014.

De acuerdo con CMS, todos los IRF recibirán una política de transición de un año que consiste en un índice combinado de salarios (50 por ciento de su índice salarial del FY 2016 basado en las nuevas delimitaciones de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB) y el 50 por ciento de su índice salarial del FY 2016 basado en las delimitaciones de la OMB utilizadas en el FY 2015.

Información adicional

Actualización del sistema de pago prospectivo ambulatorio de hospital de octubre de 2015

Número de *MLN Matters*[®]: MM9298

Número de petición de cambio relacionado: 9298

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2015

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3333CP

Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Las instrucciones de facturación de Medicare para "dropless cataract surgery" van a cambiar efectivo el 1 de octubre de 2015, cuando los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementen su actualización trimestral para el sistema de pago prospectivo ambulatorio de hospital.

Con la actualización de octubre, CMS reitera su política de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) de 2015 con respecto a la inyección de un medicamento durante un procedimiento de extracción de catarata u otro procedimiento oftalmológico. De acuerdo con la política de NCCI, las inyecciones no son reportables por separado, pero son una parte de la cirugía ocular y el código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) utilizado para reportar el procedimiento quirúrgico.

De acuerdo con CMS, las combinaciones de medicamento compuesto asociadas con este procedimiento y combinaciones de medicamentos similares deben ser reportadas con HCPCS Q9977, independientemente del lugar de servicio de la cirugía. Son empacados como

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9236.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9236, 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/R3331CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3331, CR 9236

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.

suministros quirúrgicos en el departamento ambulatorio de hospital y el centro quirúrgico ambulatorio.

En adición a la publicación de orientación para la facturación de inyecciones de medicamentos antiinflamatorios y antibióticos utilizados en la cirugía del ojo, CMS añadió el HCPCS C9743 (Bulking/spacer material injection/implantation of bulking or spacer material [any type] with or without image guidance).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9298.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9298, 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/R3333CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3333, CR 9298

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 del sistema de pago prospectivo de los centros psiquiátricos de pacientes hospitalizados de 2016



Número de *MLN Matters*®: MM9305
 Número de petición de cambio relacionado: 9305
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de agosto de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3332CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron su actualización del año fiscal (FY) 2016 para el sistema de pago prospectivo de los centros psiquiátricos de pacientes hospitalizados (IPF PPS) anunciando una nueva tarifa básica por día de \$743.73 para los centros que cumplan con los programas de reporte de calidad.

CMS actualizó la tarifa básica IPF PPS para el FY 2016 mediante la aplicación de la actualización de la bolsa del mercado ajustada de 1.7 por ciento (lo que incluye la actualización de la bolsa del mercado IPF basada en 2012 de 2.4 por ciento, una reducción requerida del Affordable Care Act de 0.2 por ciento a la actualización de la bolsa del mercado y una reducción de ajuste de productividad requerida del Affordable Care Act de 0.5 por ciento) y el factor de neutralidad de presupuesto de índice de salario de 1.0041 para la tarifa básica federal por día de FY 2015 de \$728.31 para producir una tarifa básica federal por día de FY 2016 de \$743.73.

Las actualizaciones de IPFPPS para el FY2016 incluyen:

- La tarifa básica federal por día es \$743.73 para los IPF que cumplieron con el requerimiento de la presentación de datos de calidad
- La tarifa básica federal por día es \$729.10 cuando se aplica la reducción de dos por ciento, para los IPF que no cumplan con los requerimientos de presentación de datos de calidad
- La cantidad límite de pérdida fija en dólares es \$9,580.00
- El índice de salario del IPF PPS está basado en el límite de pago del FY 2015, índice de salario de hospital de cuidado intensivo preclasificado, lo cual incluye delineaciones actualizadas de CBSA de la oficina de manejo y presupuesto (OMB). Por favor vea la siguiente sección nombrada, "FY 2016 IPF PPS Wage Index," para más detalles sobre el índice de salario de IPF PPS de FY 2016
- La parte relacionada a la labor es 75.2 por ciento
- La parte no relacionada a la labor es 24.8 por ciento

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9305.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9305, 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/R3332CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3332, CR 9305

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

Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <http://medicareespanol.fcso.com> a través de CMS Medicare Coverage Database.

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Implantable infusion pump for the treatment of chronic intractable pain – revisión de Parte A del anexo “coding guidelines”

Identificador de LCD: L31249 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la CR 9167 (cambios trimestrales de códigos de medicamentos/productos biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), el anexo ‘Coding Guidelines’ ha sido revisado para incluir el código HCPCS Q9977 (compounded drug, not otherwise classified). La fecha efectiva para esta revisión se basa en la fecha de servicio.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

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

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

Colorectal cancer screening – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28803 (Florida)**Identificador de LCD: L28805 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) determinaron que hay evidencia suficiente para cubrir Cologuard™ una prueba de ADN en heces de objetivo múltiple como la prueba de detección del cáncer colorrectal para los beneficiarios de riesgo promedio, asintomáticos, entre 50 y 85 años de edad. Como resultado, con base en la solicitud de cambio 9115, números de transmisión 183 y 3319: determinación de cobertura nacional (NCD) para la detección del cáncer colorrectal usando Cologuard™ -A prueba de ADN en heces de objetivo múltiple, la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la determinación de cobertura local (LCD) para la detección del cáncer colorrectal, fue revisada para añadir criterios

de cobertura para la detección del cáncer colorrectal mediante Cologuard™.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas en o después del 8 de septiembre de 2015, para servicios prestados en o después del 9 de octubre de 2014. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas 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](#).

**Calcule las posibilidades ...**

Ya sea que esté estimando la cantidad de un pago de Medicare, la duración del periodo de coordinación de una ESRD o la fecha límite para enviar una solicitud de apelación o contestar a una petición de desarrollo adicional, pruebe la manera fácil de calcular las posibilidades. Encuentre todo lo que necesita para “hacerlo usted mismo” en nuestro centro de herramientas, visite <http://medicareespanol.fcso.com/Header/233400.asp>.

G-CSF (Neupogen[®], Granix[™], Zarxio[™]) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28845 (Florida)

Identificador de LCD: L28878 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de filgrastim-sndz (Zarxio), un biosimilar de filgrastim (Neupogen), la determinación de cobertura local (LCD) para G-CSF (Neupogen[®], Granix[™]) ha sido revisada. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD ha sido actualizada para añadir el nuevo biosimilar filgrastim-sndz (Zarxio) aprobado por la FDA para las mismas indicaciones como filgrastim (Neupogen). La sección “CPT[®]/HCPCS Codes” también fue revisada para añadir el código HCPCS Q5101 y descriptor.

En adición, la LCD fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico V07.8 (Other specified prophylactic or treatment measure) y V66.2 (Convalescence following chemotherapy) a la sección “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD, haciendo la codificación de ICD-9-CM congruente con el texto de la LCD.

La sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada para apoyar las revisiones anteriores.

Fecha efectiva

La revisión de la LCD para añadir filgrastim-sndz (Zarxio) es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 25 de septiembre de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 6 de marzo de 2015**. La revisión de la LCD para añadir los códigos de diagnóstico V07.8 y V66.2 es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 25 de septiembre 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](#).

Estimulación de la médula espinal para el dolor crónico – revisión corregida de la fecha de efectividad para la LCD de Parte A/B

Identificador de LCD: L35648 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la estimulación de la médula espinal para el dolor crónico fue revisada. Se realizó una corrección a la fecha de efectividad para los códigos de diagnóstico de ICD-9 996.2, 996.63 y 996.75 que fueron previamente añadidos para respaldar la necesidad médica para los códigos CPT[®] 63661-63664, 63685 y 63688 cuando los dispositivos tienen complicaciones y requieren remoción, revisión o sustitución.

Fecha efectiva

La revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 16 de septiembre de 2015**, para las fechas de servicio **a partir del 7 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 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/B del anexo ‘Coding Guidelines’ de ICD-10-CM LCD

Identificador de LCD: L33777 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) del anexo “Coding Guidelines” para servicios no cubiertos se revisó para eliminar el código 82438 de *Current Procedural Terminology*[®] (CPT[®]) basado en la determinación de cobertura nacional (NCD 190.5) de la edición que está siendo implementada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD del anexo “Coding Guidelines” es

efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

LCD nuevas

Controlled substance monitoring and drugs of abuse testing – nueva LCD de Parte A/B

Identificador de LCD: L36393 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El departamento de cobertura y análisis de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ha creado un grupo de trabajo de colaboración de director médico nacional llamado “local coverage determination (LCD) writers.” El grupo de trabajo incluye directores médicos de todos los contratistas administrativos de Medicare (MAC) A/B. Una de las metas de todos los MAC es colaborar con otros contratistas y el desarrollo de las LCD de consenso es un resultado de esta colaboración. En la mayoría de los casos, los directores médicos del contratista trabajaron con los médicos especialistas correspondientes para desarrollar ciertos borradores de LCD de consenso. Cuando un borrador de LCD de consenso ha sido adoptado por un contratista, no hay mayores cambios al proceso de desarrollo de LCD, el cual incluye un periodo de comentario de 45 días, la finalización del borrador en base a los comentarios recibidos de los médicos que están representando su sociedad y/o cualquier parte interesada en la comunidad y un periodo de notificación de 45 días. La LCD finalizada permanece a discreción y responsabilidad del contratista local.

En febrero de 2014, la LCD titulada “drugs of abuse testing” fue publicada por un periodo de comentario de 45 días. Esto fue un borrador de consenso nacional que fue basado en el análisis de datos y la revisión de reclamaciones, lo que identificó una sobreutilización y un alto riesgo por el pago de reclamación indebido de los códigos HCPCS G0431 (detección de drogas, cualitativo; múltiples clases de medicamentos a través del método de prueba de alta complejidad [por ejemplo, immunoassay, enzyme assay], por encuentro con el paciente) y G0434

(detección de drogas, distinto a chromatographic; cualquier cantidad de clases de drogas, a través de la prueba con dispensa del clinical laboratory improvement amendment [CLIA] o prueba de complejidad moderada, por encuentro con el paciente). La revisión de pago posterior confirmó la mala utilización del proveedor. En base a los comentarios recibidos luego del periodo de comentario de 45 días, se decidió que esta LCD no sería finalizada y un nuevo borrador de consenso nacional sería adoptado durante el ciclo de LCD de octubre de 2014. Esta LCD ahora ha sido finalizada con todos los cambios de HCPCS aplicables de 2015 y también ha revisado los artículos de codificación relacionados para abordar la facturación correcta de los códigos actuales de HCPCS.

Esta nueva LCD ha sido desarrollada para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, procedimiento y códigos de diagnóstico, pautas de documentación y pautas de utilización para monitorear las sustancias controladas y las pruebas del abuso de drogas.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 11 de octubre 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](#).

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com



LCD retiradas

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) de la Parte A que están siendo retiradas

Identificador de LCD: L28793, L28811, L28821, L28887, L28838, L29003 (Florida)
Identificador de LCD: L28798, L28818, L28854, L28909, L28871, L29035 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) están siendo retiradas en base a la edición de la determinación de cobertura nacional (NCD) que está siendo implementada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

- Cardiac Output Monitoring by Thoracic Electrical Bioimpedance
- Cryosurgical Ablation of the Prostate
- Diabetes Self-Management Training
- External Counterpulsation

- Hyperbaric Oxygen Therapy (HBO Therapy)
- Vagus Nerve Stimulation for Intractable Depression

Fecha efectiva

El retiro de estas LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte A: J3490/J3590/C9399

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) le proveen instrucciones a los contratistas en relación a los pagos de Medicare para medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio de un médico. Las instrucciones también le proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y por lo tanto, no cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables autoadministrados excluidos incidente al servicio de un médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, capítulo 15, sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **a partir del 28 de septiembre de 2015**, los siguientes medicamentos han sido añadidos a la lista de SAD Parte A de MAC JN.

- J3490/J3590/C9399 – Injection, Dulaglutide (Trulicity™)

- J3490/J3590/C9399 – Injection, Methotrexate Injection (Otrexup)
- J3490/J3590/C9399 – Injection, Peginterferon beta-1a (PLEGRIDY®)
- J3490/J3590/C9399 – Injection, Secukinumab (Cosentyx™)

Adicionalmente, los cambios editoriales menores fueron hechos a la lista de SAD.

La evaluación de medicamentos para ser añadidos a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista de SAD para la adición o supresión de medicamentos.

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles en http://medicareespanol.fcso.com/medicamentos_autoadministrados/.

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)

Información general

Exclusión voluntaria de Medicare y/o elegir ordenar y referir servicios

Número de *MLN Matters*®: SE1311 *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 explica que los proveedores que deseen la exclusión voluntaria de Medicare necesitan proveer cierta información en una declaración jurada escrita a su contratista de Medicare. Además, el artículo detalla los requerimientos para esos proveedores con exclusión voluntaria que deseen ordenar y referir servicios. Este artículo fue revisado el 8 de septiembre para eliminar las referencias a un periodo de exclusión de dos años.

Resumen

Los médicos y otros profesionales de la salud que están permitidos por ley a la exclusión voluntaria del programa de Medicare deberán presentar una declaración jurada a Medicare en la cual están de acuerdo con la exclusión voluntaria de Medicare y el cumplimiento de otros ciertos criterios. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no tienen un formulario de declaración jurada estándar, así que los proveedores que deseen la exclusión voluntaria deben proveer la información requerida descrita en este artículo para su contratista administrativo de Medicare.

Nota: Hay diferencias entre los proveedores a los que

se les permite la exclusión voluntaria y los proveedores con exclusión voluntaria y que eligieron ordenar y referir servicios.

A los proveedores con exclusión voluntaria que elijan ordenar y referir servicios se les pedirá proveer la siguiente información (a menos de que haya sido provista en su declaración jurada escrita):

- Identificador nacional del proveedor
- Confirmación si existe una exclusión de la oficina del inspector general (OIG)
- Fecha de nacimiento
- Número de seguro social

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1311.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1311

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 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 todos 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**.

Revisiones a las LCD existentes

Implantable infusion pump for the treatment of chronic intractable pain – revisión de Parte B del anexo “coding guidelines”

Identificador de LCD: L31254 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la CR 9167 (cambios trimestrales de códigos de medicamentos/productos biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), el anexo ‘Coding Guidelines’ ha sido revisado para incluir el código HCPCS Q9977 (compounded drug, not otherwise classified). La fecha efectiva para esta revisión se basa en la fecha de servicio.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

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

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

Colorectal cancer screening – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29100 (Florida)

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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) determinaron que hay evidencia suficiente para cubrir Cologuard™ una prueba de ADN en heces de objetivo múltiple como la prueba de detección del cáncer colorrectal para los beneficiarios de riesgo promedio, asintomáticos, entre 50 y 85 años de edad. Como resultado, con base en la solicitud de cambio 9115, números de transmisión 183 y 3319: determinación de cobertura nacional (NCD) para la detección del cáncer colorrectal usando Cologuard™ -A prueba de ADN en heces de objetivo múltiple, la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la determinación de cobertura local (LCD) para la detección del cáncer colorrectal, fue revisada para añadir criterios

de cobertura para la detección del cáncer colorrectal mediante Cologuard™.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas en o después del 8 de septiembre de 2015, para servicios prestados en o después del 9 de octubre de 2014. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas 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](#).

Encuentre sus favoritos utilice Clics rápidos

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

G-CSF (Neupogen[®], Granix[™], Zarxio[™]) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29180 (Florida)

Identificador de LCD: L29431 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de filgrastim-sndz (Zarxio), un biosimilar de filgrastim (Neupogen), la determinación de cobertura local (LCD) para G-CSF (Neupogen[®], Granix[™]) ha sido revisada. La sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD ha sido actualizada para añadir el nuevo biosimilar filgrastim-sndz (Zarxio) aprobado por la FDA para las mismas indicaciones como filgrastim (Neupogen). La sección "CPT[®]/HCPCS Codes" también fue revisada para añadir el código HCPCS Q5101 y descriptor.

En adición, la LCD fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico V07.8 (Other specified prophylactic or treatment measure) y V66.2 (Convalescence following chemotherapy) a la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD, haciendo la codificación de ICD-9-CM congruente con el texto de la LCD.

La sección "Sources of Information and Basis for Decision" de la LCD fue actualizada para apoyar las revisiones anteriores.

Fecha efectiva

La revisión de la LCD para añadir filgrastim-sndz (Zarxio) es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 25 de septiembre de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 6 de marzo de 2015**. La revisión de la LCD para añadir los códigos de diagnóstico V07.8 y V66.2 es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 25 de septiembre 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](#).

Intravitreal bevacizumab (Avastin[®]) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L29959 (Florida)

Identificador de LCD: L29961 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para intravitreal bevacizumab (Avastin[®]) ha sido revisada con base en la CR 9167. El nuevo código HCPCS Q9977 - medicamento compuesto, no clasificado, ha sido añadido a la sección "CPT HCPCS Codes" de esta LCD.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios

prestados en o después 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 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](#).

Estimulación de la médula espinal para el dolor crónico – revisión corregida de la fecha de efectividad para la LCD de Parte A/B

Identificador de LCD: L35648 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la estimulación de la médula espinal para el dolor crónico fue revisada. Se realizó una corrección a la fecha de efectividad para los códigos de diagnóstico de ICD-9 996.2, 996.63 y 996.75 que fueron previamente añadidos para respaldar la necesidad médica para los códigos CPT[®] 63661-63664, 63685 y 63688 cuando los dispositivos tienen complicaciones y requieren remoción, revisión o sustitución.

Fecha efectiva

La revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 16 de septiembre de 2015**, para las fechas de servicio **a partir del 7 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 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 B

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos fue revisada para remover varios códigos CPT® de los servicios no cubiertos. El código CPT® 76999 (ultrasound guided sclerotherapy) fue removido de la sección “CPT®/HCPCS Codes - Unlisted Procedure Codes - Procedures” de la LCD ya que este servicio (facturado como códigos CPT® 36470/36471 y 76942) se aborda en otra LCD (treatment of varicose veins of the lower extremity). En adición, la sección “CPT®/HCPCS Codes – Listed Procedure Codes - Procedures” de la LCD fue revisada para remover los códigos CPT® 22856, 22861 y 22864 en base a una petición de reconsideración. Remover un servicio de los servicios no cubiertos no debe ser interpretado como un estado de cobertura positivo y que está cubierto por Medicare. Las reclamaciones para tales servicios, asumiendo que todos los demás requerimientos del programa son cumplidos, siempre necesitarían cumplir con el límite medicamente

razonable y necesario para cobertura en una auditoría previa al pago o posterior al pago del registro médico oficial.

Fecha efectiva

La revisión de la LCD para el código CPT® 76999 es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 9 de septiembre de 2015**, para las fechas de servicio **a partir del 9 de agosto de 2015**. La revisión de la LCD para los códigos CPT® 22856, 22861 y 22864 es efectiva para servicios prestados **a partir del 9 de septiembre 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/B del anexo ‘Coding Guidelines’ de ICD-10-CM LCD

Identificador de LCD: L33777 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) del anexo “Coding Guidelines” para servicios no cubiertos se revisó para eliminar el código 82438 de *Current Procedural Terminology*® (CPT®) basado en la determinación de cobertura nacional (NCD 190.5) de la edición que está siendo implementada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD del anexo “Coding Guidelines” es

efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

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

No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. Haga [clic aquí](#) para buscar las LCD actuales.



LCD nuevas

Controlled substance monitoring and drugs of abuse testing – nueva LCD de Parte A/B

Identificador de LCD: L36393 (Florida, Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El departamento de cobertura y análisis de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ha creado un grupo de trabajo de colaboración de director médico nacional llamado “local coverage determination (LCD) writers.” El grupo de trabajo incluye directores médicos de todos los contratistas administrativos de Medicare (MAC) A/B. Una de las metas de todos los MAC es colaborar con otros contratistas y el desarrollo de las LCD de consenso es un resultado de esta colaboración. En la mayoría de los casos, los directores médicos del contratista trabajaron con los médicos especialistas correspondientes para desarrollar ciertos borradores de LCD de consenso. Cuando un borrador de LCD de consenso ha sido adoptado por un contratista, no hay mayores cambios al proceso de desarrollo de LCD, el cual incluye un periodo de comentario de 45 días, la finalización del borrador en base a los comentarios recibidos de los médicos que están representando su sociedad y/o cualquier parte interesada en la comunidad y un periodo de notificación de 45 días. La LCD finalizada permanece a discreción y responsabilidad del contratista local.

En febrero de 2014, la LCD titulada “drugs of abuse testing” fue publicada por un periodo de comentario de 45 días. Esto fue un borrador de consenso nacional que fue basado en el análisis de datos y la revisión de reclamaciones, lo que identificó una sobreutilización y un alto riesgo por el pago de reclamación indebido de los códigos HCPCS G0431 (detección de drogas, cualitativo; múltiples clases de medicamentos a través del método de prueba de alta complejidad [por ejemplo, immunoassay, enzyme assay], por encuentro con el paciente) y G0434

(detección de drogas, distinto a chromatographic; cualquier cantidad de clases de drogas, a través de la prueba con dispensa del clinical laboratory improvement amendment [CLIA] o prueba de complejidad moderada, por encuentro con el paciente). La revisión de pago posterior confirmó la mala utilización del proveedor. En base a los comentarios recibidos luego del periodo de comentario de 45 días, se decidió que esta LCD no sería finalizada y un nuevo borrador de consenso nacional sería adoptado durante el ciclo de LCD de octubre de 2014. Esta LCD ahora ha sido finalizada con todos los cambios de HCPCS aplicables de 2015 y también ha revisado los artículos de codificación relacionados para abordar la facturación correcta de los códigos actuales de HCPCS.

Esta nueva LCD ha sido desarrollada para describir las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, procedimiento y códigos de diagnóstico, pautas de documentación y pautas de utilización para monitorear las sustancias controladas y las pruebas del abuso de drogas.

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 11 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

LCD retiradas

Microvolt t-wave alternans – LCD retirada de la Parte B

Identificador de LCD: L29227 (Florida)

Identificador de LCD: L29365 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron la determinación de cobertura nacional (NCD) de las pruebas de diagnóstico 20.30 microvolt t-wave alternans (MTWA), al remover la no cobertura del método de prueba del promedio móvil modificado (MMA). Por lo tanto, en base a la petición de cambio (CR) 9162 la determinación de cobertura local (LCD) microvolt t-wave alternans está siendo retirada.

Fecha efectiva

El retiro de esta LCD es efectivo para las reclamaciones procesadas **a partir del 11 de septiembre de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 13 de enero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) de la Parte B que están siendo retiradas

Identificador de LCD: L29091, L29133, L29171, L29192, L29304 (Florida)

Identificador de LCD: L29106, L29151, L29322, L29347, L29406 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) están siendo retiradas en base a la edición de la determinación de cobertura nacional (NCD) que está siendo implementada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

- Cardiac Output Monitoring by Thoracic Electrical Bioimpedance
- Diabetes Self-Management Training
- External Counterpulsation

- Hyperbaric Oxygen Therapy (HBO Therapy)
- Vagus Nerve Stimulation for Intractable Depression

Fecha efectiva

El retiro de estas LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas seleccionando "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" en la parte superior de la página de la LCD.

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

Información médica adicional

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – Parte B: J3490/J3590/C9399

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) le proveen instrucciones para los contratistas en relación al pago de Medicare para medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio de un médico. Las instrucciones también le proveen a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables autoadministrados excluidos incidentes al servicio de un médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, capítulo 15, sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **a partir del 28 de septiembre de 2015**, los siguientes medicamentos han sido añadidos a la lista SAD de MAC JN Parte B.

- J3490/J3590/C9399 – Injection, Dulaglutide (Trulicity™)

- J3490/J3590/C9399 – Injection, Methotrexate Injection (Otrexup)
- J3490/J3590/C9399 – Injection, Peginterferon beta-1a (PLEGRIDY®)
- J3490/J3590/C9399 – Injection, Secukinumab (Cosentyx™)

Además, se le hicieron cambios editoriales menores a la lista de SAD.

La evaluación de los medicamentos para añadir a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista de SAD para añadir o eliminar medicamentos.

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles en: http://medicareespanol.fcso.com/medicamentos_autoadministrados/.

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007
877-660-1759 (Impedimento auditivo y del habla)

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007
877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614
877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199
Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims
P.O. Box 45098
Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination
P.O. Box 45024
Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

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

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC
Part B QIC South Operations
ATTN: Administration Manager
P.O. Box 183092
Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45098
Jacksonville, FL 32232-5098
Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com
Formulario: <http://medicareespanol.fcsso.com/comentarios/161732.asp>

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048
Email: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.
P.O. Box 44078
Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C
P.O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery
P.O. Box 44141
Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach
P.O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints
P.O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI
P.O. Box 45073
Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

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

Sitios Web

Proveedor

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare
<http://medicare.fcsso.com>

Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
<http://www.cms.gov>

First Coast University
<http://www.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