

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Octubre 2015



En esta edición

Cantidades de 2016 en controversia	3
Médicos y NPP reportados	5
Política y procedimientos de Medicare	8
Ajuste masivo de reclamaciones	12
CMS publica los cambios de política	15
Notificación de investigación generalizada	23

Uso de escribanos de médicos y profesionales de la salud

Los médicos y profesionales de la salud (NPP) pueden utilizar los servicios de un escribano para ayudar con la documentación durante un encuentro clínico, que puede ser en el ambiente de consultorio o instalación, entre el médico/NPP y el paciente. Un escribano puede ser un NPP, una enfermera, asistente clínico u otro personal auxiliar permitido por el médico/NPP, para documentar sus servicios en la historia clínica de los pacientes.

La responsabilidad fundamental de un escribano es capturar una descripción precisa y detallada (escrita a mano, electrónica o de otro tipo) del encuentro con el paciente en el momento oportuno. Los escribanos son de naturaleza administrativa y no se les permite tomar decisiones o hacer traducciones independientes durante la captura o ingreso de información en el registro de salud más allá de lo que indique el médico/NPP. Algunas prácticas utilizan

personal clínico para realizar funciones de escribanos, por lo que es importante definir y diferenciar con claridad las tareas clínicas de sus funciones de escribano. A pesar de que es aceptable que un médico/NPP utilice un escribano, las actuales directrices de documentación de Medicare deben ser seguidas. El médico es en última instancia el responsable de la documentación y debe firmar y anotar, después de la entrada del escribano, que la documentación refleja con precisión el trabajo realizado por el médico.



La documentación de los servicios del escribano debe indicar quién realiza el servicio y quién grabó el servicio. La nota del escribano debe incluir "escrito por [nombre y título de escribano], actuando como escribano para el Dr./NPP [nombre del médico/NPP]" y la fecha y hora de entrada en el registro médico. El médico debe firmar también de forma legible (ya sea impresa o electrónica) y la fecha de la entrada, lo que indica que la nota refleja con precisión el trabajo y las decisiones tomadas y dictadas

Ver **USO**, en la página 4



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Apelaciones

Cantidades de 2016 en controversia requeridas para sostener los derechos3

Cobertura

Revisiones de infraestructura de codificación y conversión a ICD-10.....3

Cambios de enero de 2016 al software de NCD de laboratorio4

EDI

Actualización de la lista de códigos5

Facturación

Médicos y NPP reportados en las reclamaciones de hospitales5

Información general

CMS emite aviso para el archivo de pago del bono de las áreas de escasez.....6

Inscripción del proveedor

Fase 2 para artículos y servicios ordenados/ referidos7

Requerimientos de inscripción del proveedor para escribir recetas.....7

MSP

Política y procedimientos de Medicare como pagador secundario.....8

Tarifas fijas

Actualización de octubre del manual de tarifas fijas para médicos8

CMS publica archivos y las revisiones trimestrales de enero de 20169

Recursos educativos

Calendario de eventos.....10

MLN Connects® Provider e-News.....11

Parte A

Asuntos de procesamiento

Ajuste masivo de reclamaciones de IRF PPS que requieren un índice.....12

Hospital

CMS aclara la política sobre la aplicación de límites de terapia12

Sistema de pago prospectivo

CMS empieza la implementación de criterios clínicos13

CMS emite las especificaciones del editor de códigos ambulatorios14

Aclaración de facturación para las reclamaciones de IPF y LTCH PPS.....15

CMS publica los cambios de política y de reembolso de IPPS 201615

Actualización del sistema de pago prospectivo ambulatorio16

Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....17

LCD nuevas

Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería18

Diagnostic evaluation and medical management of moderate-severe18

Special histochemical stains19

Revisiones a las LCD existentes

Biofeedback19

Bone mineral density studies20

Rituximab (Rituxan®)20

Visual field examination20

Doxorubicin HCl20

Información médica adicional

LCD para angiografía por resonancia magnética (MRA)21

Contactos de Parte A22

Parte B

ASC

Actualización de octubre del sistema de pago ASC.....23

Información general

Notificación de investigación generalizada para la imagen de perfusión23

Formulario de reclamación en papel revisado CMS-1500 (versión 02/12)24

NCCI

CMS emite actualización trimestral de las ediciones de NCCI25

Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....26

LCD nuevas

Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería27

Diagnostic evaluation and medical management of moderate-severe27

Special histochemical stains.....28

Revisiones a las LCD existentes

Biofeedback28

Bone mineral density studies29

Rituximab (Rituxan®)29

Visual field examination.....29

Doxorubicin HCl29

Destruction of malignant skin lesions30

LCD retiradas

Qualitative drug screening30

Información médica adicional

LCD para angiografía por resonancia magnética (MRA)30

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....31

Contactos de Parte B de Florida.....32

Contactos de Parte B de las Islas Virgenes de Estados Unidos33

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Kathleen Storey

Soffia 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.

Apelaciones

Cantidades de 2016 en controversia requeridas para sostener los derechos de apelación para una audiencia de ALJ o revisión del Tribunal del Distrito Federal

La sección 1869(b)(1)(E) del Social Security Act (the Act), según lo acordado por la sección 940 del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act de 2003 (MMA), requiere una reevaluación anual de la cantidad en dólares en controversia requerida para una audiencia del juez administrativo (ALJ) o una revisión del Tribunal del Distrito Federal.

La cantidad que debe permanecer en controversia para las solicitudes de audiencia de ALJ presentadas a partir del 31 de diciembre de 2015, es \$150. Esta cantidad permanecerá a \$150 para las solicitudes

de audiencia de ALJ presentadas en o después del 1 de enero de 2016. La cantidad que debe permanecer en controversia para una revisión en el Tribunal del Distrito Federal solicitada en o antes del 31 de diciembre de 2015, es \$1,460. Esta cantidad aumentará a \$1,500 para las apelaciones al Tribunal del Distrito Federal presentadas en o después del 1 de enero de 2016.

Haga clic aquí para más información sobre cuándo presentar una apelación.

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

Cobertura

Revisiones de infraestructura de codificación y conversión a ICD-10 para las NCD – tercera actualización de mantenimiento

Número de *MLN Matters*[®]: MM9252 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9252
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de octubre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R1547OTN
Fecha de implementación: FISS implementará las siguientes NCD: 4 de abril, 2016: 260.1, 80.11, 270.6, 160.18, 110.10, 110.21, 250.5, 100.1, 160.24)

Este artículo fue revisado el 6 de octubre para reflejar la petición de cambio (CR) revisada 9252, emitida el 5 de octubre. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder la CR están revisados. La mayoría de las revisiones de las determinaciones de cobertura nacional (NCD) incluidas en esta actualización son el resultado de los comentarios recibidos de las peticiones de cambio de las NCD ICD-10 anteriores.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron la tercera actualización de mantenimiento de las actualizaciones de conversiones y codificación de ICD-10 específicas para las determinaciones de cobertura nacional (NCD).

En esta actualización, la mayoría de las NCD actualizadas

son el resultado de la información recibida de los comentarios recibidos de las peticiones de cambio de NCD anteriores a ICD-10. Esta publicación crea y actualiza la edición de las NCD que contiene los códigos de diagnóstico/procedimiento de ICD-10, además de toda la infraestructura de codificación asociada (por ejemplo, código de procedimiento, el lugar de servicio, etc.)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9252.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9252, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1547OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1547, CR 9252

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 enlaces que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita. 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.

USO

De la página 1

por él/ella.

Las entradas de registro realizadas por un escribano deben ser hechas tras lo dictado por el médico y deben documentar claramente el nivel de servicio prestado en ese encuentro. Este requisito no es diferente del requisito de documentación de cualquier otro encuentro. Medicare paga por los servicios médicos necesarios y razonables y espera que la persona que recibe el pago sea la que presta los servicios y crea el registro. El escribano no debe actuar de forma independiente y no hay pago por los servicios del escribano.

Fuentes: *American Academy of Professional Coders – Use Scribes Appropriately*, *American Health Information Management Association – Using Medical Scribes in a Physician Practice*, *American College of Emergency Physicians Scribe FAQ*, *The Joint Commission Scribe FAQ*, *Ensuring Proper Use of Electronic Health Record Features and Capabilities: A Decision Table*.

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

Cambios de enero de 2016 al software de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*®: MM9352

Número de petición de cambio relacionado: 9352

Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de octubre de 2015

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3366CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

de códigos de ICD-10-CM que están cubiertos por Medicare

NCD (190.22) Thyroid testing

- Adición del código I481 de ICD-10- ICD-10-CM a la lista de códigos de ICD-10-CM que están cubiertos por Medicare

Resumen

La petición de cambio (CR) 9352 incluye cuatro cambios en el módulo de edición para reflejar las actualizaciones en las listas de códigos de determinaciones de cobertura nacional (NCD) de laboratorio, que se relacionan con ICD-10:

NCD (190.12) Urine culture, bacterial

- Adición de códigos ICD-10-CM N131 y N132 a la lista de códigos ICD-10-CM que están cubiertos por Medicare

NCD (190.16) Partial thromboplastin time (PTT)

- Adición del código I481 de ICD-10-CM a la lista de códigos de ICD-10-CM que están cubiertos por Medicare

NCD (190.17) Prothrombin time (PT)

- Adición del código S069X0A de ICD-10-CM a la lista

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9352.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9352, 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/R3366CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3366, CR 9352

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita. 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.

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.

EDI

Actualización de la lista de códigos de comentarios de remesas de pago y de códigos de denegación de ajuste de reclamación



Número de *MLN Matters*®: MM9278 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 9278
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de agosto de 2015
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3298CP
Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

La petición de cambio 9278 anuncia las actualizaciones para los códigos de comentarios de remesas de pago (RARC), códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC), Medicare remit easy print (MREP) y PC print para reflejar los cambios a las políticas de Medicare. Este artículo fue revisado el 13 de octubre de 2015, para corregir un error tipográfico para N109 en la tabla de

códigos RARC modificados. El resto de la información permanece igual.

Resumen

La petición de cambio 9278 (CR) anuncia las actualizaciones de códigos de comentarios de remesas de pago, códigos de denegación de ajuste de reclamación, Medicare Remit Easy Print (MREP) y PC Print para reflejar los cambios a las políticas de Medicare.

La CR 9278 lista sólo los cambios que se han aprobado desde la última actualización del código (CR 9125) emitida el 13 de abril de 2015 y no proporciona una lista completa de los códigos para estos dos conjuntos de códigos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9278.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9278, 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/R3298CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3298, CR 9278

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

Facturación

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

Número de *MLN Matters*®: SE1505 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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron este artículo el 24 de septiembre de 2015, para cambiar el enlace al reporte de órdenes de remisión en el sitio Web de CMS. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Todas las reclamaciones de hospitales de cuidado

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

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

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

Ver **MÉDICOS** en la próxima página

MÉDICOS

De la página anterior

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

Información adicional

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

[MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1505.pdf](#)

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1505

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

Información general

CMS emite aviso para el archivo de pago del bono de las áreas de escasez de profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*[®]: MM9342
 Número de petición de cambio relacionado: 9342
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de octubre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3370CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

para recibir los pagos de bonos o para ver si el código postal en el que los servicios fueron prestados recibirá automáticamente el pago del bono HPSA

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente un aviso de que el archivo anual de pago del bono de 2016 de las áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA) estará a disposición de los contratistas administrativos de Medicare (MAC) en diciembre de 2015 y será utilizado para los pagos de bonos HPSA en reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre 2016.

CMS alienta a los proveedores a revisar su página Web de bonificaciones médicas en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HPSAPSAPhysicianBonuses> cada año para determinar si necesitan añadir el modificador AQ a las reclamaciones



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9342.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9342, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3370CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3370, CR 9342

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.

Inscripción del proveedor

Fase 2 para artículos y servicios ordenados/referidos

Número de *MLN Matters*®: SE1305 *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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron este artículo el 24 de septiembre de 2015 y el 21 de octubre, para actualizar el enlace al reporte de ordenar y referir en el sitio Web de CMS y aclarar cambios legislativos que afectan a los proveedores que presenten declaraciones juradas de exclusión voluntaria de Medicare con los contratistas de Medicare. El resto de información sigue siendo la misma.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) instruyeron a los contratistas a activar las modificaciones de la fase 2 el 6 de enero de 2014. Estas modificaciones verifican las siguientes reclamaciones para un identificador nacional del proveedor (NPI) válido y denegar la reclamación cuando esta información es inválida:

- Reclamaciones de laboratorios clínicos para pruebas

ordenadas

- Reclamaciones de centros de imágenes para procedimientos de imágenes ordenados
- Reclamaciones de suplidores de equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros (DMEPOS) para DMEPOS ordenados
- Reclamaciones de las agencias de salud en el hogar (HHA) de Parte A.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1305.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1305

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 inscripción del proveedor para escribir recetas de Medicare Parte D

Número de *MLN Matters*®: SE1434 *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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) finalizaron las nuevas reglas las cuales requieren que los médicos y profesionales que escriben recetas para medicamentos de la Parte D estén inscritos en un estatus aprobado o que tengan una declaración jurada válida de exclusión voluntaria para que sus recetas sean cubiertas por Medicare. CMS revisó este artículo el 20 de octubre de 2015, para cambiar la aplicación del requerimiento de inscripción del prescriptor de la Parte D al 1 de junio de 2016. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) finalizaron las nuevas reglas las cuales requieren que los médicos y, cuando sea aplicable, otros profesionales elegibles que escriben recetas para medicamentos de la Parte D estén inscritos en un estatus aprobado o que tengan una declaración jurada válida de exclusión voluntaria en los archivos para que sus recetas sean cubiertas bajo la Parte D de Medicare.

De acuerdo con CMS, los prescriptores de medicamentos de la Parte D deben presentar sus solicitudes de inscripción a Medicare o declaraciones juradas a sus contratistas administrativos de Medicare (MAC) para el 1 de junio de 2016, para asegurar que los MAC tengan suficiente tiempo para procesar las solicitudes o declaraciones juradas.

Las reclamaciones de medicamentos recetados de los pacientes de Medicare serán denegadas por sus planes de la Parte D, a partir del 1 de diciembre de 2015, si el prescriptor no tiene una inscripción válida o un estatus de exclusión voluntaria con Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1434.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1434

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.

MSP

Política y procedimientos de Medicare como pagador secundario respecto a ORM

Número de *MLN Matters*®: MM8984
 Número de petición de cambio relacionado: 8984
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de septiembre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R114MSP y R3358CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los sistemas de procesamiento de Medicare se actualizarán para automatizar el hecho de que se asume, existe o existía una responsabilidad continua de responsabilidad médica (ORM) (asociada con condiciones médicas específicas) para un periodo de tiempo determinado. Esta información se anotará en el detalle de la pantalla de Medicare como pagador secundario (MSPD).

Cuando se procesan las reclamaciones, Medicare comparará el código(s) de diagnóstico en la reclamación con el código(s) de diagnóstico asociado con el registro ORM. Las reclamaciones serán denegadas cuando el indicador ORM esté presente por el período cubierto por la reclamación y el código(s) de diagnóstico que coincida(n)

(o coincidió) dentro de la familia de los códigos de diagnóstico.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8984.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8984, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R114MSP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3358CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 114, CR 8984 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3358, CR 8984

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

Tarifas Fijas

Actualización de octubre del manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud de Medicare de 2015

Número de *MLN Matters*®: MM9266 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9266
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de septiembre de 2015
 Fecha de implementación: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3364CP
 Fecha de efectividad: 5 de octubre de 2015

La petición de cambio 9266 instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar una nueva base de datos del manual de tarifas fijas para médicos

y profesionales de la salud de Medicare (MPFSDB). La actualización incluye actualizaciones para las unidades del valor relativo de negligencia profesional para varios códigos. Este artículo fue revisado 30 de septiembre para reflejar una revisión emitida el 29 de septiembre. En el artículo, se añadieron varios códigos a la sección "What You Need to Know".

Resumen

Los siguientes son los cambios clave que resultan de la petición de cambio 9266:

Ver **ACTUALIZACIÓN** en la próxima página

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.



ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

- Unidades de valor relativo de negligencia profesional (RVU): 33471, 33606, 33611, 33619, 33676, 33677, 33692, 33737, 33755, 33762, 33764, 33768, 33770, 33771, 33775, 33776, 33777, 33778, 33779, 33780, 33781, 33783, 33786, 33803, 33813, 33822, 33840 y 33851;
- Revisado el indicador bilateral de cirugía(=3): 76641, 76641-TC, 76641-26, 76642, 76642-TC, 76642-26, 95866, 95866-TC y 95866-26
- RVU de trabajo: G0105 y G0121
- Código de procedimiento Q9979: indicador de estatus de procedimiento de E (excluido del manual de tarifas fijas de médicos y profesionales de la salud por las regulaciones). Ningún pago debe ser hecho bajo el manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud para estos códigos y generalmente, no se muestran las RVU.

Elija entre los siguientes enlaces para ver las asignaciones revisadas de 2015:

- [Florida, enero-junio](#)
- [Florida, julio-diciembre](#)
- [Puerto Rico, enero-junio](#)
- [Puerto Rico, julio-diciembre](#)

CMS publica archivos y las revisiones trimestrales de enero de 2016 de los precios promedio de venta de medicamentos de la Parte B de Medicare

Número de *MLN Matters*[®]: MM9351 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9351
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de septiembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3354CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

La petición de cambio 9351 publica el precio de venta promedio de los archivos de precios de medicamentos de Parte B de Medicare de enero de 2016 y las revisiones. Este artículo fue revisado el 23 de septiembre para corregir el título del artículo. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente los archivos y las revisiones trimestrales de enero de 2016 de los precios promedio de venta de medicamentos de la Parte B de Medicare.

Medicare usará los archivos de fijación de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare del precio promedio de venta (ASP) trimestral de enero de 2016 para determinar el límite de pago de las reclamaciones pagables por separado de medicamentos de la Parte B de Medicare procesadas o vueltas a procesar a partir del 1 de

- [Islas Vírgenes de los Estados Unidos, enero-junio](#)
- [Islas Vírgenes de los Estados Unidos, julio-diciembre](#)

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe ser considerado la notificación de 30 días de un cambio al manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud de Medicare de 2015 programado para el 5 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/MM9266.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9266, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3364CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3364, CR 9266

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

enero de 2016, con fechas de servicio desde el 1 de enero de 2016, hasta el 31 de marzo de 2016. CMS suministra a los contratistas administrativos de Medicare con el ASP y los archivos de fijación de precios de medicamentos para los medicamentos de la Parte B de Medicare no clasificados (NOC) en forma trimestral.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9351.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9351, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3354CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3354, CR 9351

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

Noviembre de 2015

Teleconferencia pregúntele al contratista (ACT): Una actualización de ICD-10

Cuando: 18 de noviembre de 2015

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

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0303574.asp>

Teleconferencia pregúntele al contratista (ACT): Una actualización de ICD-10

Cuando: 18 de noviembre de 2015

Hora: 3:00-4:30 PM AT

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

Dirigido a: Puerto Rico

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0305411.asp>

Diciembre de 2015

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A

Cuando: 15 de diciembre de 2015

Hora: 10:00 AM-11:30 AM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0302624.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, 24 de septiembre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 1 de octubre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 8 de octubre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 15 de octubre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 22 de octubre de 2015](#)

Medicare Learning Network®

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



Asuntos de procesamiento

Ajuste masivo de reclamaciones de IRF PPS que requieren un índice salarial especial

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) descubrieron un error en el sistema cuando se calculan los pagos para los proveedores de centros de rehabilitación hospitalarios (IRF) que requieren un índice salarial especial bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) de IRF del año fiscal 2016.

Un arreglo del sistema será implementado alrededor del 26 de octubre de 2015. Su contratista administrativo de Medicare (MAC) ajustará las reclamaciones IRF PPS de forma masiva con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015.

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare ajustarán de forma masiva las reclamaciones afectadas a partir del 1 de octubre de 2015.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

No se necesita acción de los proveedores.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Hospital

CMS aclara la política sobre la aplicación de límites de terapia para los hospitales de Maryland

Número de *MLN Matters*®: MM9223 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9223
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de octubre de 2015
 Fecha de implementación: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3367CP
 Fecha de efectividad: 4 de enero de 2016

Este artículo fue revisado el 8 de octubre de 2015, para reflejar la petición de cambio (CR) revisada 9223 emitida el 7 de octubre. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder la CR 9223 están cambiados. La CR proporciona aclaraciones sobre políticas relacionadas a la aplicación de límites de terapia para los servicios ambulatorios provistos en los hospitales de Maryland. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron aclaraciones sobre políticas relacionadas a la aplicación de los límites de terapia en los servicios ambulatorios provistos en los hospitales de Maryland.

El Middle Class Tax Relief and Job Creation Act de 2012 (MCTRJCA) requiere que Medicare aplique temporariamente los límites de terapia (y disposiciones relacionadas) a los servicios de terapia proporcionados en un hospital para pacientes ambulatorios. Esta política

fue extendida por el Congreso mediante la legislación posterior.

De acuerdo con el anuncio, Medicare utilizará las tasas establecidas bajo el modelo de todos los pagadores (all-payer) de Maryland para contar los servicios de terapia de los hospitales de Maryland contra los límites de terapia y el límite total de beneficiarios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9223.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9223, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3367CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3367, CR 9223

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 empieza la implementación de criterios clínicos del sistema de pago prospectivo para los hospitales de cuidados prolongados



Número de *MLN Matters*®: MM9015
Número de petición de cambio relacionado: 9015
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de septiembre de 2015
Fecha de efectividad: Altas en los periodos de reporte de costos en o después del 1 de octubre de 2015.
Número de transmisión de CR relacionado: R1544OTN
Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente la implementación de criterios clínicos específicos para el pago de los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en los hospitales de cuidados prolongados.

Con la implementación, CMS establece dos categorías de pago diferentes, bajo el sistema de pago prospectivo para los hospitales de cuidados prolongados (LTCH-PPS):

- Tras el alta, los casos de LTCH que cumplan con los criterios clínicos específicos serán pagados como

un pago LTCH PPS “estándar” (es decir, lo que generalmente se paga bajo la política LTCH PPS existente); y

- O, tras el alta, aquellos casos que no cumplan con los criterios clínicos específicos serán pagados con base en un fundamento de “lugar neutral”, que es el menor de una cantidad de pago “IPPS-comparable” o 100 por ciento del costo estimado del caso

Un pago estándar se aplicará cuando los pacientes sean admitidos directamente del sistema de pago prospectivo de hospital de paciente hospitalizado y han pasado tres días en una unidad de cuidados intensivos o unidad de cuidados coronarios o el alta incluya el código de procedimiento para los servicios de ventilación de al menos 96 horas. Un pago de lugar neutral se aplicará cuando el paciente no cumpla con uno o ambos criterios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9015.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9015, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1544OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1544, CR 9015

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.



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/landing/0306004.asp>

CMS emite las especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados de octubre de 2015



Número de *MLN Matters*[®]: MM9290 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9290
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de septiembre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3359CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron este artículo el 24 de septiembre de 2015, para modificar la información sobre la edición 68 para el código HCPCS Q5101 (Inyección, Filgrastim (G-CSF), biosimilares, 1 microgramo) y aclarar la información sobre la edición 87. Además, la petición de cambio (CR), fecha de lanzamiento, el número de transmisión y la dirección Web se revisaron. CMS emitió la CR original, para actualizar el editor de códigos ambulatorios integrados antes de la conversión a ICD-10.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron las especificaciones para el editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE).

El I/OCE se utiliza para procesar las reclamaciones bajo el sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) y las que no son OPPS para los departamentos ambulatorios de hospital, centros de salud mental de la comunidad, todos los proveedores no OPPS y para servicios limitados

cuando son provistos en una agencia de salud en el hogar no bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) de salud en el hogar o para un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no terminal. CMS incorpora los siguientes cambios para el I/OCE con la actualización de octubre de 2015:

- Modifica el contenido del código de diagnóstico para reemplazar todo el contenido preliminar de ICD-10-CM con el código de contenido oficial de ICD-10-CM efectivo para el 1 de octubre de 2015; restringe el uso del código de contenido de ICD-9-CM para las reclamaciones históricas con fechas “desde” hasta el 30 de septiembre de 2015
- Actualiza el conflicto de diagnóstico/edad y diagnóstico/sexo y las ediciones de manifestación en base al contenido de edición del código de diagnóstico oficial de ICD-10-CM para el MCE
- Mueve el HCPCS Q4151 de la lista A del producto sustituto de piel a la lista B
- Modifica la lógica del programa para no asignar las ediciones 88 y 89 para las reclamaciones PPS de los centros de salud federalmente calificados (FQHC)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9290.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9290, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3359CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3359, CR 9290

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.

Aclaración de facturación para las reclamaciones de IPF y LTCH PPS que abarcan el 1 de octubre de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han recibido consultas relacionadas a reclamaciones del centro psiquiátrico de pacientes hospitalizados (IPF) y de hospital de atención a largo plazo (LTCH) que están siendo devueltas a los proveedores cuando las fechas de servicios de la reclamación abarcan el 1 de octubre de 2015 y la fecha de agotamiento de los beneficios (código de ocurrencia A3) con una fecha previa al 1 de octubre de 2015, existe en la misma reclamación.

Como un recordatorio, de acuerdo con instrucciones previas en la [petición de cambio 5474](#) (en inglés), los proveedores del sistema de pago prospectivo (PPS) de IPF y LTCH deben dividir estas reclamaciones utilizando el siguiente ejemplo como guía:

- Un proveedor presenta una reclamación con fechas de servicio del 25 de septiembre de 2015 hasta el 5 de octubre de 2015. De buena fe, el proveedor no sabía que los beneficios se agotarían en la reclamación y utilizó la codificación adecuada válida a partir del 1 de octubre de 2015. La reclamación va al archivo común de trabajo (CWF) y los beneficios son agotados el 25 de septiembre de 2015. Ya que la fecha de

agotamiento de los beneficios está considerada como la fecha del alta, FISS editará la reclamación y suspenderá con un código de error de Medicare (MCE)

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) devolverán la reclamación al proveedor para que el proveedor divida la factura.

- La primera reclamación debe ser un tipo de factura 112 con una fecha de servicio del 25 de septiembre de 2015, hasta el 28 de septiembre de 2015, con un estatus de paciente de 30
- La próxima reclamación y la final deben ser de tipo de factura 110 con fechas de servicios del 29 de septiembre de 2015, hasta el 5 de octubre de 2015, con el estatus apropiado de alta del paciente. Los proveedores deben volver a presentar las reclamaciones divididas con la codificación adecuada en base a las fechas de servicio

Los proveedores pueden revisar el artículo de *MLN Matters*® [MM5474](#) para aclaración adicional.

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

CMS publica los cambios de política y de reembolso de IPPS 2016 y LTCH PPS

Número de *MLN Matters*®: MM9253

Número de petición de cambio relacionado: 9253

Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de octubre de 2015

Fecha de implementación: 1 de octubre de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3373CP

Fecha de efectividad: 5 octubre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente los cambios de política y de reembolso para el sistema de pagos prospectivos de 2016 para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado prolongado.

En la actualización de 2016, CMS incluye las tarifas del índice salarial para los hospitales que presentaron los datos de calidad y participaron en el uso significativo de los registros de salud electrónicos de CMS.

CMS también identificó siete grupos relacionados por diagnóstico y severidad (DRG) recientemente creados en relación con los servicios de atención cardiovascular. El resumen del artículo incluye las terapias o servicios que pueden ser elegibles para la nueva tecnología de adición

de pagos para el 2016. Las actualizaciones de reembolso y cambios de políticas cubren los servicios hospitalarios prestados en o después del 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/MM9253.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9253, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2015-Transmittals-Items/R3373CP.html>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3373, CR 9253

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

Número de *MLN Matters*®: MM9298 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9298
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de septiembre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3352CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron este artículo el 17 de septiembre de 2015, para agregar información sobre el indicador de estado para el código HCPCS Q5101 "Injection, Filgrastim (G-CSF), Biosimilar, 1 microgram." CMS también revisó la fecha de publicación de la petición de cambio (CR), el número de transmisión y la dirección Web para acceder a la CR. El resto de la información sigue siendo la misma.

Resumen

Las instrucciones de facturación de Medicare para "dropleless 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 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 [https://](https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3352CP.pdf)

www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3352CP.pdf.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3352, 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.



Suscripción a Medicare Parte A

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

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería – nueva LCD

Identificador de LCD: L36230 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada en base al análisis de datos realizado por el Program Safeguards Communication Group (PSCG), así como problemas identificados en la revisión médica relacionados a la utilización excesiva de los servicios de evaluación y manejo (E/M) en un ambiente de centro de enfermería especializada/centro de enfermería en Florida. Los datos demostraron un notable aumento en la cantidad de visitas diarias o cada dos días en la ausencia de necesidad médica documentada. En adición, muchos proveedores de Florida continúan facturando servicios de E/M (a través de un lugar de servicio o más) en patrones diarios médicamente increíbles. El análisis de datos continua identificando a proveedores a los que se les permitieron servicios en exceso de 16 horas por día y algunos a los que se les permitieron servicios en exceso de 24 horas por día.

Esta LCD ha sido desarrollada para describir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos *CPT*[®], pautas de documentación y pautas de utilización para los servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 15 de noviembre 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](#).

Diagnostic evaluation and medical management of moderate-severe dry eye disease (DED) – nueva LCD

Identificador de LCD: L36232 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación diagnóstica y la administración médica de DED moderada a severa ha sido creada para abordar las indicaciones limitadas de una prueba diagnóstica de punto de atención rápida (POC) y para aclarar aún más a los proveedores elegibles para realizar este procedimiento. El código de *Current Procedural Terminology*[®] (*CPT*[®]) 83516 [Immunoassay analysis (MMP-9)] es facturado para una prueba de diagnóstico POC rápida para ayudar en el diagnóstico de DED.

En adición, el análisis de datos identificó un aumento en la utilización del análisis de microfluidos (tear osmolarity), código *CPT*[®] 83861. Los datos estadísticos médicos del sistema de resumen de extracción (Extraction Summary System, BESS) de Medicare Parte B obtenido para las fechas de servicio del 1 de julio de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014 indicaron una proporción de contratista a nación para Florida al 2.32 para el código de procedimiento 83861 (entre 100-150 por ciento sobre el promedio nacional) (Nota: Los datos para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos estaban bajo el promedio nacional para el código aplicable). Debido al riesgo de un error de pago de reclamación de una alta cantidad de dólares las indicaciones limitadas del código *CPT*[®] 83861 también fueron abordadas en la LCD.

Además, First Coast tomó esta oportunidad para incorporar la LCD actual de los taponos lagrimales en

la nueva LCD para abordar la evaluación diagnóstica y la administración médica de DED moderada a severa. Por lo tanto, la LCD para los taponos lacrimales será retirada cuando esta nueva LCD sea convertida el **22 de noviembre de 2015**.

Esta LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, el código *CPT*[®], los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM, las pautas de documentación y las pautas de utilización para evaluación diagnóstica y la administración médica de DED moderado a severo. Además, un artículo se creó y adjuntó a la LCD para proveer instrucciones sobre codificación y facturación.

Aunque los interesados en las pruebas diagnósticas emergentes (código *CPT*[®] de prueba de osmolaridad 83861 y código *CPT*[®] de proteína MMP-9 83516) abordadas en esta LCD para DED tienen la asistencia adecuada dado a la validez analítica y clínica, la utilidad clínica, la probabilidad de que la prueba, (al implementar una intervención), resultará en la mejora de resultados de salud, no han sido bien establecidos en la población de Medicare. Si la literatura futura revisada por colegas sugiere enfoques alternativos para la evaluación de DED moderada a severa, estas pruebas serán evaluadas para limitaciones añadidas o no cobertura. Según claramente se encuentra descrito en la LCD, los resultados de las pruebas deben ser utilizados para las decisiones del tratamiento del paciente individual como un marcador predictivo (probabilidades de que el paciente responda a una terapia dada). Y, la prueba para los pacientes sin

Ver **DIAGNOSTIC** en la próxima página

DIAGNOSTIC

De la página anterior

síntomas es una evaluación y no es un servicio cubierto.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 22 de noviembre 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>.

[quick-search.aspx](http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx).

Los artículos para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontrados 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](#).

Special histochemical stains and immunohistochemical stains – Nueva LCD de Parte A-B

Identificador de LCD: L36234 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) está basada en los problemas identificados por Palmetto GBA en su administración de servicios de patología en varias jurisdicciones. El borrador de Palmetto se discutió en el grupo de trabajo del director médico contratista (CMD) nacional y fue adoptado por la jurisdicción N (JN) y otros contratistas administrativos de Medicare (MAC), como un borrador y fue publicado por un periodo de comentarios de 45 días. Esta LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, código CPT®, códigos de diagnósticos de ICD-10-CM, pautas de documentación y pautas de utilización.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 6 de diciembre 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](#).

Revisiones a las LCD existentes

Biofeedback – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33615 (Florida /Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para biofeedback fue revisada para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-9-CM 564.00, 564.01, 564.02, 564.09 y 564.6 para el código de procedimiento 90911 a la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD. Los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM también fueron revisados para incluir K59.00, K59.01, K59.02, K59.09 y K59.4 para el código de procedimiento 90911 a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD para los códigos de diagnósticos

de ICD-9 es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de abril de 2015**. La revisión de esta LCD para los códigos de diagnósticos de ICD-10 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](#).

Bone mineral density studies – revisión a la LCD de Parte A/B

Identificador de LCD: L36356 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue revisada para incluir los diagnósticos cubiertos a nivel nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Aunque estos diagnósticos nacionales no se incluyeron en la LCD, fueron incluidos en la edición del sistema. La LCD revisada será visible para la comunidad del proveedor en el próximo par de semanas.

Fecha de vigencia

Rituximab (Rituxan®) – revisión a la LCD de Parte A-B

Identificador de LCD: L33746 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para rituximab (Rituxan®) fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C83.00-C83.99 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 1 de octubre de 2015. Las LCD

Visual field examination – revisión a la LCD de Parte A-B

Identificador de LCD: L33766 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación del campo visual fue revisada para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM H40.001-H40.009, H40.011, H40.012, H40.013, H40.021, H40.022, H40.023, H40.031, H40.032, H40.033, H40.041, H40.042, H40.043, H40.051, H40.052, H40.053, H40.061, H40.062 y H40.063 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Doxorubicin HCl – revisión a la LCD de Parte A-B

Identificador de LCD: L33990 (Florida Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin HCl fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C82.00-C82.99, C85.10-C85.99, C91.40-C91.42, C96.0, C96.2, C96.4, C96.A, C96.Z y C96.9 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD. Además, el rango de código de diagnóstico C84.60-C84.79 fue cambiado al rango de código de diagnóstico C84.00-C84.99 y el rango de diagnóstico C86.5-C86.6 fue cambiado al rango de diagnóstico C86.0-C86.6 en la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después 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](#).

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](#).

Esta revisión de LCD 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](#).

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD 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](#).

Información médica adicional

LCD para angiografía por resonancia magnética (MRA) y para imágenes de resonancia magnética (MRI) – aclaración relacionada a los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM

Debido a múltiples consultas recibidas relacionadas a las determinaciones de cobertura local (LCD) para MRA y MRI que no incluyen los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM, este artículo está siendo publicado para proporcionar aclaraciones. Durante la conversión de ICD-9-CM a ICD-10-CM de las LCD de First Coast Service Options (First Coast) para MRA/MRI, se hizo una determinación para omitir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM de estas LCD. De ahora en adelante, ciertas LCD pueden ser

revisadas para incluir los códigos de ICD-10 adecuados, en base al análisis de datos de estos servicios. Si First Coast determina añadir los diagnósticos, la LCD sería llevada a través de un periodo de comentario de 45 días y un periodo de notificación de 45 días, dado que esto podría restringir aún más la LCD al añadir los códigos de diagnósticos y ediciones asociadas.

Nota: Para revisar las LCD activas, futuras y retiradas, 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.



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 prótesis, 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 Servicios 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)

ASC

Actualización de octubre del sistema de pago ASC

Número de *MLN Matters*®: MM9310
 Número de petición de cambio relacionado: 9310
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de septiembre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3361CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Florida
 Islas Vírgenes de los Estados Unidos
 Puerto Rico

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9310.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9310, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3361CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3361, CR 9310

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



Resumen

La petición de cambio 9310 detalla las revisiones a las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio (ASC) de octubre de 2015.

En la publicación, CMS actualiza el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) utilizado en el sistema de pago de ASC, lo cual incluye la adición del nuevo código HCPCS C9743 (Bulking/spacer material) e indicadores de pago revisados y las fechas efectivas para HCPCS 90620, 90621 y Q5101.

Utilice los siguientes enlaces para acceder las asignaciones para el código C9743:

Información general

Notificación de investigación generalizada para la imagen de perfusión miocárdica

First Coast Service Options Inc. (First Coast) llevará a cabo una investigación generalizada (WSP) en respuesta a un patrón de facturación anormal identificado para el código *Current Procedural Terminology (CPT)*® 78452 *Myocardial perfusion imaging, tomographic (SPECT) including attenuation correction, qualitative or quantitative wall motion, ejection fraction by first pass or gated technique, additional quantification, when performed multiple studies, at rest and/or stress (exercise or pharmacologic) and/or redistribution and/or rest reinjection [imagen de perfusión miocárdica, tomografía (SPECT) incluyendo la corrección de atenuación,*

movimiento cualitativo o cuantitativo de la pared, fracción de eyección por primera pasada o técnica "gated", cuantificación adicional, cuando es realizado); estudios múltiples, en reposo y/o estrés (ejercicio o farmacológico) y/o redistribución y/o reinyección de reposo]. First Coast completará una WSP para las fechas de servicio del 1 de febrero de 2015, hasta el 31 de julio de 2015, para validar la documentación que respalda la necesidad médica de los estudios de perfusión miocárdica según identificado en la determinación de cobertura local Cardiovascular Nuclear Imaging Studies (LCD 29093).

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

Formulario de reclamación en papel revisado CMS-1500 (versión 02/12)

Se requiere que todas las reclamaciones en papel sean presentadas utilizando el nuevo formulario CMS-1500 (02/12).

El comité nacional de reclamaciones uniformes (National Uniform Claim Committee, NUCC) recientemente revisó el formulario de reclamación CMS-1500 para alinear el formulario de reclamación en papel con los cambios en el 5010 837P y acomodar las necesidades de reporte de ICD-10. El 10 de junio de 2013, la oficina de gerencia y presupuesto (OMB) de la Casa Blanca aprobó el formulario de reclamación en papel revisado, CMS-1500 (versión 02/12). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han adoptado el formulario CMS-1500 (02/12), el cual reemplazó el antiguo formulario de reclamación CMS-1500 (08/05), efectivo con las reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2014.

- Medicare comenzó a aceptar reclamaciones en el formulario revisado, (02/12), el 6 de enero de 2014;
- A partir del 1 de abril de 2014, Medicare **sólo está aceptando** reclamaciones en papel en el **formulario de reclamación revisado CMS-1500, (02/12)**; y
- **A partir del 1 de abril de 2014, Medicare ya no está aceptando reclamaciones en el antiguo formulario de reclamación CMS-1500 (08/05)**

El periodo de gracia para que los proveedores y suplidores hagan la transición al nuevo formulario *expiró el 1 de abril de 2014*.

Al completar el formulario de reclamación, asegúrese de utilizar todo tipo de **letra en mayúscula**.

El formulario revisado tiene una serie de cambios. Los dos cambios más prevalecientes son los nuevos indicadores para diferenciar entre los códigos ICD-9 y ICD-10 y los nuevos calificadores para identificar el rol del proveedor ingresado en el ítem 17.

- El NUCC ha creado una presentación que repasa los cambios en detalle. [Haga clic aquí](#) para ver la presentación de NUCC sobre el formulario de reclamación en papel CMS-1500 (02/12)

Calificadores del ítem 17

Los calificadores apropiados para identificar un rol como proveedor que ordena, refiere o supervisa son los siguientes:

- **DN** – proveedor que refiere
- **DK** – proveedor que ordena
- **DQ** – proveedor que supervisa

Los proveedores deben ingresar el calificador a la izquierda de la línea vertical de puntos en el ítem 17.

- **Nota:** Las reclamaciones presentadas con un identificador nacional del proveedor (NPI) y sin uno de los calificadores anotados arriba o un calificador

inválido serán **devueltas como reclamaciones no procesables (RUC)**

Cambios de diagnósticos del ítem 21 y 24E

El formulario revisado utiliza letras, en lugar de números, como indicadores de código de diagnóstico y expande el número de posibles códigos de diagnósticos en una reclamación a 12.

Ítem 21

- Para la versión 02/12, puede ser apropiado que reporte ya sea los códigos de ICD-9-CM o ICD-10-CM, dependiendo de las fechas de servicio (es decir, de acuerdo con las fechas efectivas del conjunto de códigos determinado), hasta 12 códigos de diagnóstico
 - Ingrese hasta 12 códigos de diagnóstico.
Nota: Esta información aparece en líneas opuestas con letras A-L. Relacione las líneas A-L a las líneas de servicio en 24E por la *letra* de la línea. Utilice el más alto nivel de especificidad
 - No proporcione una descripción narrativa en este campo
 - No inserte un punto en el código de ICD-9-CM o ICD-10-CM
 - El “indicador de ICD” identifica el conjunto de códigos de ICD que está siendo reportado. Ingrese el indicador de ICD aplicable como un sólo dígito entre las líneas verticales de puntos
 - **Conjunto de códigos indicadores**
 - **9** – Diagnóstico de ICD-9-CM
 - **0** – Diagnóstico de ICD-10-CM

Recordatorio: Independientemente de la versión del formulario en papel que esté vigente, los proveedores no pueden presentar los códigos de ICD-10 para las reclamaciones con fechas de servicio **antes del 1 de octubre de 2015**.

Ítem 24E

- Para la versión 02/12, la referencia será una letra de A-L
- Al completar el formulario de reclamación, asegúrese de utilizar todo tipo de letra en mayúscula. Esto es especialmente importante cuando indique la letra “I” y “L”

Cambios adicionales

Los siguientes cambios adicionales también están incluidos en el formulario revisado:

FORMULARIO

De la página anterior

Ítem 8

- Formulario versión 02/12: déjelo en blanco

Ítem 9b

- Formulario versión 02/12: déjelo en blanco

Ítem 11b

- Formulario versión 02/12: ingrese el nombre del empleador, si aplica. Si hay algún cambio en el estatus del seguro del asegurado, por ejemplo, retirado, ingrese ya sea una fecha de retiro de 6 dígitos (MM | DD | AA) o de 8 dígitos (MM | DD | AAAA) precedida por la palabra, "RETIRED" ("retirado"). Proporcione esta información en el lado derecho de la línea vertical de puntos

Ítem 14

- Formulario versión 02/12: aunque esta versión del

formulario incluye un espacio para un calificador, Medicare no utiliza esta información; **no ingrese un calificador en el ítem 14**

Recordatorio de ASCA

Solamente a los proveedores que cumplan con los requerimientos de excepción del Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) se les permite presentar sus reclamaciones a Medicare en papel, las cuales deben ser presentadas en un formulario de reclamación CMS-1500 válido. Aquellos proveedores que cumplan con estas excepciones podrán presentar sus reclamaciones a Medicare en papel. Más información sobre las excepciones de ASCA puede ser encontrada en el capítulo 24 del *Medicare Claims Processing Manual*.

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

NCCI

CMS emite actualización trimestral de las ediciones de la iniciativa de codificación correcta

Número de *MLN Matters*®: MM9326

Número de petición de cambio relacionado: 9326

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de septiembre de 2015

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3353CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron el próximo lanzamiento de la actualización trimestral de las ediciones de la iniciativa de codificación correcta (CCI), que entra en vigor el 1 de enero.

La iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) fue desarrollada para promover metodologías nacionales de codificación correctas y controlar codificación inadecuada que conduce al pago inadecuado en las reclamaciones de Parte B. Las políticas de codificación desarrolladas se basan en convenciones de codificación definidas en el manual *Current Procedural Terminology*® de la American Medical Association, políticas y ediciones nacionales y locales, directrices de codificación elaboradas por las

sociedades nacionales, el análisis de la práctica médica y quirúrgica estándar y la revisión de las prácticas de codificación actual.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9326.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9326, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3353CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3353, CR 9326

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos 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**.

LCD nuevas

Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería – nueva LCD

Identificador de LCD: L36230 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada en base al análisis de datos realizado por el Program Safeguards Communication Group (PSCG), así como problemas identificados en la revisión médica relacionados a la utilización excesiva de los servicios de evaluación y manejo (E/M) en un ambiente de centro de enfermería especializada/centro de enfermería en Florida. Los datos demostraron un notable aumento en la cantidad de visitas diarias o cada dos días en la ausencia de necesidad médica documentada. En adición, muchos proveedores de Florida continúan facturando servicios de E/M (a través de un lugar de servicio o más) en patrones diarios médicamente increíbles. El análisis de datos continua identificando a proveedores a los que se les permitieron servicios en exceso de 16 horas por día y algunos a los que se les permitieron servicios en exceso de 24 horas por día.

Esta LCD ha sido desarrollada para describir indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos CPT®, pautas de documentación y pautas de utilización para los servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 15 de noviembre 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](#).

Diagnostic evaluation and medical management of moderate-severe dry eye disease (DED) – nueva LCD

Identificador de LCD: L36232 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación diagnóstica y la administración médica de DED moderada a severa ha sido creada para abordar las indicaciones limitadas de una prueba diagnóstica de punto de atención rápida (POC) y para aclarar aún más a los proveedores elegibles para realizar este procedimiento. El código de *Current Procedural Terminology*® (CPT®) 83516 [Immunoassay analysis (MMP-9)] es facturado para una prueba de diagnóstico POC rápida para ayudar en el diagnóstico de DED.

En adición, el análisis de datos identificó un aumento en la utilización del análisis de microfluidos (tear osmolarity), código CPT® 83861. Los datos estadísticos médicos del sistema de resumen de extracción (Extraction Summary System, BESS) de Medicare Parte B obtenido para las fechas de servicio del 1 de julio de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2014 indicaron una proporción de contratista a nación para Florida al 2.32 para el código de procedimiento 83861 (entre 100-150 por ciento sobre el promedio nacional) (Nota: Los datos para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos estaban bajo el promedio nacional para el código aplicable). Debido al riesgo de un error de pago de reclamación de una alta cantidad de dólares las indicaciones limitadas del código CPT® 83861 también fueron abordadas en la LCD.

Además, First Coast tomó esta oportunidad para incorporar la LCD actual de los tapones lagrimales en

la nueva LCD para abordar la evaluación diagnóstica y la administración médica de DED moderada a severa. Por lo tanto, la LCD para los tapones lagrimales será retirada cuando esta nueva LCD sea convertida el **22 de noviembre de 2015**.

Esta LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, el código CPT®, los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM, las pautas de documentación y las pautas de utilización para evaluación diagnóstica y la administración médica de DED moderado a severo. Además, un artículo se creó y adjuntó a la LCD para proveer instrucciones sobre codificación y facturación.

Aunque los interesados en las pruebas diagnósticas emergentes (código CPT® de prueba de osmolaridad 83861 y código CPT® de proteína MMP-9 83516) abordadas en esta LCD para DED tienen la asistencia adecuada dado a la validez analítica y clínica, la utilidad clínica, la probabilidad de que la prueba, (al implementar una intervención), resultará en la mejora de resultados de salud, no han sido bien establecidos en la población de Medicare. Si la literatura futura revisada por colegas sugiere enfoques alternativos para la evaluación de DED moderada a severa, estas pruebas serán evaluadas para limitaciones añadidas o no cobertura. Según claramente se encuentra descrito en la LCD, los resultados de las pruebas deben ser utilizados para las decisiones del tratamiento del paciente individual como un marcador predictivo (probabilidades de que el paciente responda a una terapia dada). Y, la prueba para los pacientes sin

Ver **DIAGNOSTIC** en la próxima página

DIAGNOSTIC

De la página anterior

síntomas es una evaluación y no es un servicio cubierto.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 22 de noviembre 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-](http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx)

[quick-search.aspx](http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx).

Los artículos para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontrados 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](#).

Special histochemical stains and immunohistochemical stains – Nueva LCD de Parte A-B

Identificador de LCD: L36234 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) está basada en los problemas identificados por Palmetto GBA en su administración de servicios de patología en varias jurisdicciones. El borrador de Palmetto se discutió en el grupo de trabajo del director médico contratista (CMD) nacional y fue adoptado por la jurisdicción N (JN) y otros contratistas administrativos de Medicare (MAC), como un borrador y fue publicado por un periodo de comentarios de 45 días. Esta LCD describe las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, código CPT®, códigos de diagnósticos de ICD-10-CM, pautas de documentación y pautas de utilización.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 6 de diciembre 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](#).

Revisones a las LCD existentes

Biofeedback – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33615 (Florida /Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para biofeedback fue revisada para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-9-CM 564.00, 564.01, 564.02, 564.09 y 564.6 para el código de procedimiento 90911 a la sección "ICD-9 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD. Los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM también fueron revisados para incluir K59.00, K59.01, K59.02, K59.09 y K59.4 para el código de procedimiento 90911 a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD para los códigos de diagnósticos

de ICD-9 es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de abril de 2015**. La revisión de esta LCD para los códigos de diagnósticos de ICD-10 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](#).

Bone mineral density studies – revisión a la LCD de Parte A/B

Identificador de LCD: L36356 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue revisada para incluir los diagnósticos cubiertos a nivel nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Aunque estos diagnósticos nacionales no se incluyeron en la LCD, fueron incluidos en la edición del sistema. La LCD revisada será visible para la comunidad del proveedor en el próximo par de semanas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después 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](#).

Rituximab (Rituxan®) – revisión a la LCD de Parte A-B

Identificador de LCD: L33746 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para rituximab (Rituxan®) fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C83.00-C83.99 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD 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](#).

Visual field examination – revisión a la LCD de Parte A-B

Identificador de LCD: L33766 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación del campo visual fue revisada para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM H40.001-H40.009, H40.011, H40.012, H40.013, H40.021, H40.022, H40.023, H40.031, H40.032, H40.033, H40.041, H40.042, H40.043, H40.051, H40.052, H40.053, H40.061, H40.062 y H40.063 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD 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](#).

Doxorubicin HCl – revisión a la LCD de Parte A-B

Identificador de LCD: L33990 (Florida Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para doxorubicin HCl fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C82.00-C82.99, C85.10-C85.99, C91.40-C91.42, C96.0, C96.2, C96.4, C96.A, C96.Z y C96.9 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD. Además, el rango de código de diagnóstico C84.60-C84.79 fue cambiado al rango de código de diagnóstico C84.00-C84.99 y el rango de diagnóstico C86.5-C86.6 fue cambiado al rango de diagnóstico C86.0-C86.6 en la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD 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](#).

Destruction of malignant skin lesions – revisión a la LCD de Parte B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para la destrucción de lesiones cutáneas malignas fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C44.01, C44.02, C44.09, C44.112, C44.119, C44.122, C44.129, C44.192, C44.199, C44.212, C44.219, C44.222, C44.229, C44.292, C44.299, C44.311, C44.319, C44.321, C44.329, C44.391, C44.399, C44.41, C44.42, C44.49, C44.510 - C44.519, C44.520 - C44.529, C44.590 - C44.599, C44.612, C44.619, C44.622, C44.629, C44.692, C44.699, C44.712, C44.719, C44.722, C44.729, C44.792, C44.799, C44.81, C44.82 y C44.89 a la sección "ICD-10

Codes that Support Medical Necessity" de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD 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 retiradas

Qualitative drug screening – LCD retirada de la Parte B

Identificador de LCD: L33938 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación de medicamento cualitativo está siendo retirada en base al desarrollo de una nueva LCD titulada "controlled substance monitoring and drugs of abuse testing" (L36393).

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo 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](#).

Información médica adicional

LCD para angiografía por resonancia magnética (MRA) y para imágenes de resonancia magnética (MRI) – aclaración relacionada a los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM

Debido a múltiples consultas recibidas relacionadas a las determinaciones de cobertura local (LCD) para MRA y MRI que no incluyen los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM, este artículo está siendo publicado para proporcionar aclaraciones. Durante la conversión de ICD-9-CM a ICD-10-CM de las LCD de First Coast Service Options (First Coast) para MRA/MRI, se hizo una determinación para omitir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM de estas LCD. De ahora en adelante, ciertas LCD pueden ser

revisadas para incluir los códigos de ICD-10 adecuados, en base al análisis de datos de estos servicios. Si First Coast determina añadir los diagnósticos, la LCD sería llevada a través de un periodo de comentario de 45 días y un periodo de notificación de 45 días, dado que esto podría restringir aún más la LCD al añadir los códigos de diagnósticos y ediciones asociadas.

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

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

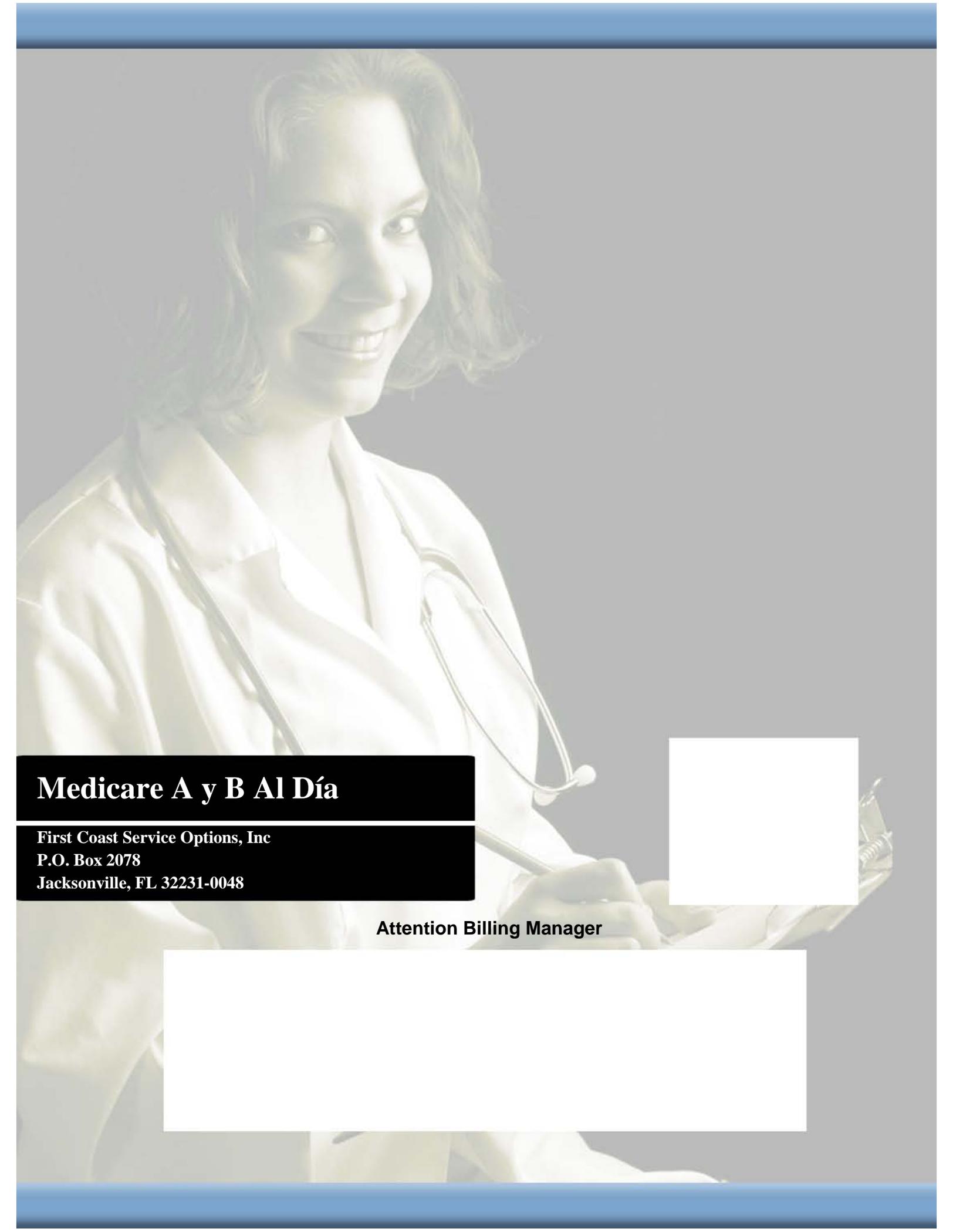
First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager