

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Noviembre 2015



En esta edición

Índice de inflación de ambulancia.....	3
Consejos de cumplimiento	8
Clarificación de los códigos de estatus de alta.....	17
Actualización de la tasa del PPS	18
Cuándo no presentar cantidades pagadas.....	28
CMS publica las pruebas con dispensa.....	30

Determinaciones de cobertura local (LCD) y códigos pertinentes de ICD-10-CM

Las LCD actualizadas para incluir los códigos de diagnóstico de ICD-10 fueron publicadas en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) en abril de 2014. Desde el 1 de octubre de 2015, la fecha de transición de ICD-10, First Coast ha recibido comentarios de médicos y proveedores aliados sugiriendo cambios a los conjuntos de códigos actuales de LCD de ICD-10. First Coast agradece la aportación de la comunidad del proveedor y evalúa los comentarios según se reciben. Si la evaluación resulta en la determinación de que se debe incluir el código(s) de diagnóstico de ICD-10 adicional en la LCD aplicable, la LCD y la edición asociada serán actualizadas y un artículo será publicado.

First Coast está abordando todas las consultas relacionadas a los códigos de LCD de ICD-10 como prioridad. Por favor incluya la siguiente información con sus comentarios y envíela a: medical.policy@fcs.com:

- El nombre de la LCD y el número de L correspondiente

- La indicación específica según establecido en la LCD y los códigos de diagnóstico de ICD-10 pertinentes recomendados para la adición en respaldo a la indicación
- Si se recomienda la supresión de los códigos, por favor proporcione la justificación

Como siempre, los códigos de diagnóstico son sólo un sustituto para las indicaciones/limitaciones declaradas en la LCD y deben ser respaldados en el registro médico. Las solicitudes para las nuevas indicaciones deben ser abordadas según el procedimiento normal de reconsideración de LCD. Para más información sobre este proceso, vea: http://medicareespanol.fcs.com/cobertura_recursos/142504.asp.

Nota: Si una LCD anterior a la fecha de implementación de ICD-10 del 1 de octubre de 2015, no incluyó códigos de ICD-9 entonces la LCD después de esta fecha no incluirá los códigos de diagnósticos.



medicareespanol.fcs.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B	Actualización de octubre del MPFS de 2015.....	19
Ambulancia	CMS publica las tarifas de pago.....	20
Índice de inflación de ambulancia para el 2016		3
Asuntos de procesamiento	Determinaciones locales de cobertura de Parte A	21
Las reclamaciones de J0881 y J0885 pudieron haber sido denegadas.....	Revisiones a las LCD existentes	
Actualización a la NCD 210.3 de detección del cáncer colorrectal.....	Interpretación de 3D y reporte de los estudios de imagen.....	22
Cobertura	Azacitidine (Vidaza®).....	22
Determinación de cobertura nacional para los marcapasos cardíacos permanentes.....	Bone mineral density studies.....	22
CMS corrige errores de los manuales de Internet para el procesamiento de reclamaciones.....	Cardiology-non-emergent outpatient testing	23
CMS aclara la determinación de cobertura nacional y los códigos de diagnósticos de IDC-10.....	Fluorescein angiography	23
Cambios de enero de 2016 al software de NCD.....	Gemcitabine (Gemzar®)	23
Facturación	Noncovered services.....	24
Medicamentos y productos biológicos utilizados fuera de la etiqueta.....	Ophthalmoscopy.....	24
ICD-10	Polysomnography and sleep testing.....	24
Guía sobre el procesamiento de reclamaciones del sistema de pago mediante tarifa fija.....	Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI).....	25
Laboratorio	Susceptibility studies.....	25
Consejos de cumplimiento para los servicios de laboratorio	Contactos de Parte A	26
Recursos preventivos	Parte B	
Medicare cubre la detección del cáncer de pulmón con LDCT.....	ASC	
Remesa de pago	Eliminación de la porción del dispositivo de ciertos procedimientos ASC.....	27
Cantidades de principal e interés reportadas.....	Cobertura	
Tarifas fijas	Revisiones de infraestructura de codificación y conversión a ICD-10 para las NCD	27
Nuevos valores para colonoscopias incompletas....	Información general	
Facturación de la tarifa de transporte.....	Cuándo no presentar cantidades pagadas.....	28
Recursos educativos	Actualización al Medicare Remit Easy Print.....	29
Calendario de eventos.....	Revisión de investigación generalizada para los servicios de ESRD	29
MLN Connects® Provider e-News de CMS.....	Laboratorio	
Parte A	CMS publica las pruebas con dispensa	30
Asuntos de procesamiento	Tarifas fijas	
Errores de deducible y coaseguro con reclamaciones del SNF	Reducción de pago para los servicios de imágenes de diagnóstico de CT	31
Edición incorrecta en las reclamaciones de Pap Smear e imágenes PET	Determinaciones locales de cobertura de Parte B	32
Actualizaciones de CMS de las ediciones de reclamación para pruebas de cáncer.....	LCD retiradas	
Pago incorrecto de reclamaciones de FQHC.....	Lacrimal punctal plugs.....	33
Problema de procesamiento de reclamaciones para las vacunas contra el neumococo.....	Revisiones a las LCD existentes	
Reclamaciones de Medicare advantage para los FQHC	Allergen immunotherapy.....	33
Corrección de reclamaciones de mamografías	Destruction of malignant skin lesions	33
Facturación	Excision of malignant skin lesions.....	34
CMS actualiza los procedimientos de reporte para la evaluación del virus Hepatitis C.....	Interpretación de 3D y reporte de los estudios de imagen.....	34
Hospital	Azacitidine (Vidaza®).....	34
Clarificación de los códigos del estatus de alta.....	Bone mineral density studies.....	35
Servicios de rehabilitación	Cardiology-non-emergent outpatient testing	35
CMS actualiza el manual para aclarar el procesamiento de reclamaciones del IRF.....	Diagnostic colonoscopy.....	35
Sistema de pago prospectivo	Fluorescein angiography	36
CMS actualiza el PPS para los FQHC	Gemcitabine (Gemzar®).....	36
Actualización de la tasa del PPS de salud en el hogar	Noncovered services.....	36
Tarifas fijas	Ophthalmoscopy.....	37
	Polysomnography and sleep testing.....	37
	Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI).....	37
	Susceptibility studies	38
	Contactos de Parte B de Puerto Rico	39
	Contactos de Parte B de Florida	40
	Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos	41

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Kathleen Storey
Sofía Lennie
Terri Drury
Martin Smith
Mark Willett
Robert Petty

Medicare A y B Al Día es publicado mensualmente por First Coast Service Options Inc. la división de asistencia y educación al proveedor, para informar a los proveedores de Medicare.

Las preguntas concernientes a esta publicación o su contenido pueden ser enviadas por fax a:

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT® codes, descriptors, and other data only are copyright© 2013 American Medical Association (or such other date of publication of CPT®). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT®. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-9 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

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

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

Ambulancia

Índice de inflación de ambulancia para el 2016 y el ajuste de productividad



Número de *MLN Matters*®: MM9412
Número de petición de cambio relacionado: 9412
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de octubre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3380CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

La productividad multifactorial (MFP) y el índice de precio del consumidor para todos los consumidores urbanos (CPI-U) para el año calendario 2016 es:

- MPV: 0.5 por ciento

Asuntos de procesamiento

Las reclamaciones de agentes estimulantes de la eritropoyesis (J0881 y J0885) pudieron haber sido denegadas por error

Problema

Las reclamaciones del código de procedimiento J0881 (inyección, darbepoetin alfa, 1 microgramo [no uso ESRD]) y J0885 (inyección, darbepoetin alfa, 1 microgramo [de ESRD en diálisis]) pudieron haber sido denegadas por error con el siguiente mensaje: "These are non-covered services because this is not deemed a "medical necessity" by the payer" (estos son servicios no cubiertos porque esto no se considera una "necesidad médica" por el "pagador").

Resolución

El error se corrigió 15 de octubre de 2015. Las reclamaciones procesadas a partir del 15 de octubre de

- CPI-U: 0.1 por ciento

De acuerdo con el Affordable Care Act, el CPI-U es reducido por la productividad multifactorial (MFP); el porcentaje de la actualización que resulta se conoce como el índice de inflación de ambulancia (AIF). Por lo tanto, el AIF para el 2016 es -0.4 por ciento.

Los requerimientos de coaseguro y deducible de la Parte B aplican a los pagos bajo la tarifa fija de ambulancia. El archivo de la tarifa fija de ambulancia de 2016 está disponible en noviembre de 2015. Puede ser recuperado en cualquier momento y residirá indefinidamente para su acceso. Puede ser actualizado con cada actualización del archivo común de trabajo (CWF).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9412.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9412, 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/R3380CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3380, CR 9412

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.

2015 se adjudicaron correctamente. First Coast Service Options Inc. llevará a cabo un ajuste masivo para corregir las reclamaciones impactadas.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

Ninguna. Los proveedores cuyas solicitudes fueron denegadas incorrectamente, debido a este error, no necesitan tomar ninguna medida.

Problemas actuales de procesamiento

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

Actualización a la NCD 210.3 de detección del cáncer colorrectal

Problema

Debido a un aumento de las denegaciones inapropiadas, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han acelerado una actualización de determinación de cobertura nacional (NCD) 210.3, de las pruebas de detección del cáncer colorrectal. CMS está tomando medidas para corregir las denegaciones inapropiadas del código de procedimiento G0105 con el código Z86.010 de ICD-10 cuando existan y se hará el pago correspondiente de estos procedimientos.

Resolución

Ninguna acción es necesaria por parte de los proveedores. Como se describe en la petición de cambio (CR) 9252 para la conversión/codificación de las revisiones de infraestructura de ICD-10 para las NCD publicadas el 6 de octubre de 2015, Medicare cubrirá Z86.010 y de igual forma alojará otros códigos

para G0105 o G0120. Para más información consulte el número de *MLN Matters* MM9252: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9252.pdf>.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

Ninguna acción es necesaria por parte de los proveedores. CMS está tomando medidas para corregir las denegaciones inapropiadas para el código de procedimiento G0105 con el código Z86.010 de ICD-10 cuando existan y se hará el pago correspondiente de estos procedimientos.

Problemas actuales de procesamiento

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

Cobertura

Determinación de cobertura nacional para los marcapasos cardíacos permanentes de una y de dos cámaras

Número de *MLN Matters*®: MM9078
 Número de petición de cambio relacionado: 9078
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de octubre de 2015
 Fecha de efectividad: 13 de agosto de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R3384CP y R186NCD
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) proporcionando las pautas para el tratamiento razonable y necesario de la bradicardia sintomática no reversible utilizando el implante de marcapasos cardíacos permanentes.

En la NCD, CMS detalla las instrucciones de facturación y codificación para los contratistas administrativos de Medicare para pagar por el implante de marcapasos cardíacos permanentes, de una o de dos cámaras, proporcionado a los beneficiarios de Medicare. De acuerdo con la NCD, las siguientes indicaciones están cubiertas para el implante de marcapasos cardíacos permanentes de una o de dos cámaras:

1. Bradicardia sintomática no reversible debido a la disfunción del nódulo sinusal

2. Bradicardia sintomática no reversible debido a un bloqueo auriculoventricular de segundo y/o tercer grado



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9078.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9078, 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/R3384CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R186NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3384, CR 9078 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 186, CR 9078

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

CMS corrige errores de los manuales de Internet para el procesamiento de reclamaciones y elegibilidad del beneficiario

Número de *MLN Matters*[®]: MM9336
Número de petición de cambio relacionado: 9336
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de octubre de 2015
Fecha de efectividad: 16 de noviembre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3379CP, R211BP y R94GI
Fecha de implementación: 16 de noviembre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las clarificaciones y correcciones de los manuales electrónicos de Medicare que abordan la certificación y recertificación médica de servicios, cobertura de los servicios de cuidados prolongados en los centros de enfermería especializada y la facturación de Parte A para pacientes hospitalizados y facturación consolidada de enfermería especializada.

En la actualización, CMS revisó el capítulo 4 (Physician Certification and Recertification of Services) para aclarar la referencia a días de “alternate placement” (colocación alternativa) en el manual. También, CMS removió las referencias a los códigos de ingreso que han quedado obsoletos en la facturación para pacientes hospitalizados de Parte A y en los capítulos de facturación consolidada de SNF.

CMS aclara la determinación de cobertura nacional y los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM para la medición de la masa ósea

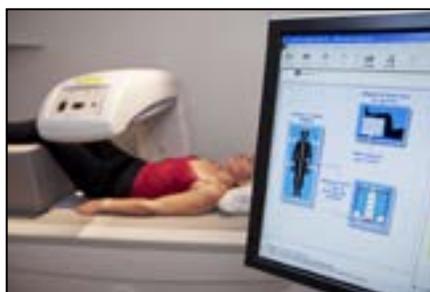
Número de *MLN Matters*[®]: SE1525
Número de petición de cambio relacionado: CR9252
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente aclararon una lista de las condiciones cubiertas y los códigos de diagnóstico correspondientes de ICD-10-CM aprobados para los estudios de medición de la masa ósea.

En este artículo de *edición especial de MLN Matters*[®], CMS identifica una serie de códigos de diagnóstico relacionados a osteopenia los cuales fueron omitidos inadvertidamente en la publicación original de la petición de cambio (CR) 9252.

Bajo ICD-10-CM, el término “Osteopenia” está indexado para la subcategoría de ICD-10-CM M85.8 - otros trastornos especificados de la densidad y estructura ósea,



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9336.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9336, 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/R3379CP.pdf>, <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R211BP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R94GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3379, CR 9336; CMS Pub. 100-02, Transmittal 211, CR 9336 y CMS Pub. 100-01, Transmittal 94, CR 9336

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.

en el índice alfabético de ICD-10-CM. Los códigos en esta subcategoría fueron omitidos inadvertidamente de la hoja de cálculos de CMS que acompaña la CR 9252 que contiene la lista de las condiciones cubiertas y los códigos de diagnóstico correspondientes descritos en la determinación de cobertura nacional NCD 150.3.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1525.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1525

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.

Cambios de enero de 2016 al software de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*[®]: MM9352 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9352
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de noviembre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3396CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Este artículo fue revisado el 6 de noviembre para cambiar la fecha de efectividad y los detalles de la petición de cambio (CR) (número de transmisión, fecha de lanzamiento de la CR y la dirección Web para acceder a la CR). El resto de la información sigue siendo la misma.

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 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

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/R3396CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3396, 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 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

Medicamentos y productos biológicos utilizados fuera de la etiqueta en un régimen de quimioterapia contra el cáncer

Número de *MLN Matters*[®]: MM9386
 Número de petición de cambio relacionado: 9386
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2015
 Fecha de efectividad: 12 de agosto de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R212BP
 Fecha de implementación: 10 de febrero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualmente utilizan los siguientes cuatro compendios como fuentes autorizadas para su uso en la determinación de una "indicación médicamente aceptada" de medicamentos y productos biológicos utilizados fuera de la etiqueta en un régimen de quimioterapia contra el cáncer:

- American Hospital Formulary Service-Drug Information (AHFS-DI);
- Compendio de medicamentos y productos biológicos de National Comprehensive Cancer Network (NCCN);
- Truven Health Analytics Micromedex DrugDex; y
- Elsevier/Gold Standard Clinical Pharmacology



La petición de cambio (CR) 9386 anuncia que efectivo para los servicios en o después del 12 de agosto de 2015, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están agregando Wolters Kluwer Lexi-Drugs[®] 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/MM9386.pdf>.

Ver **MEDICAMENTOS**, en la próxima página

MEDICAMENTOS

De la página anterior

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9386, 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/R212BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 212, CR 9386

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

ICD 10

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

Número de *MLN Matters*®: SE1408 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 7492
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo fue revisado el 30 de octubre para añadir un texto a la tabla A (página 3) sobre el sistema de pago prospectivo de los centros psiquiátricos de pacientes hospitalizados (IPF) y de los hospitales de cuidado prolongado (LTCH). El resto de la información permanece igual.

Resumen

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

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

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

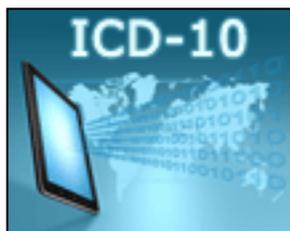
Por ejemplo, si una reclamación de hospital conecta el día de transición con una fecha de alta a partir del 1 de octubre de 2015, entonces la reclamación completa es facturada utilizando ICD-10.

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1408

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



Laboratorio

Consejos de cumplimiento para los servicios de laboratorio



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron el programa de Comprehensive Error Rate Testing (CERT) para medir los pagos inapropiados en el programa de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare (FFS). CERT selecciona una muestra aleatoria de tipos de reclamación, incluyendo los servicios de laboratorio clínico, para solicitar y revisar la documentación médica para determinar si los servicios fueron pagados apropiadamente. Si los criterios para la cobertura no se cumplen o si el proveedor falla en presentar la documentación médica para respaldar la reclamación, el pago es recuperado del proveedor y se le impone un error al contratista por esa reclamación pagada. First Coast está recibiendo errores para los servicios de laboratorio clínico a nivel nacional y de contratista en el programa CERT.

Las pruebas de laboratorio clínicas tuvieron una tasa de pago inapropiada de 36 por ciento durante el periodo de reporte de 2014 para el programa CERT. La documentación insuficiente causó más de 93 por ciento de la revisión del contratista de CERT en pagos inadecuados identificados. La documentación insuficiente puede ser una orden ausente y/o documentación que respalda la intención de ordenar la(s) prueba(s) de laboratorio, los cuales son los errores más altos en esta categoría.

Consejos para responder a las peticiones de documentación

Si usted recibe una petición de documentación de un contratista de revisión de Medicare, usted necesitará, como mínimo, buscar lo siguiente en su documentación y enviarlo al contratista que está solicitando la revisión:

- Obtenga toda la documentación del proveedor que ordena, si es necesario, y asegúrese de que toda la documentación (incluyendo la orden) sea autorizada de acuerdo a los requerimientos de Medicare
 - Si la documentación no es autenticada en cumplimiento con las reglas de elegibilidad de Medicare, obtenga una declaración de certificación de firma, registro de firma o cualquier otra documentación para autenticar al proveedor que ordena
- Confirme la orden autenticada o documentación que muestre que la intención de ordenar ha sido presentada
 - Si usted no puede proporcionar una copia de la orden, contacte al profesional de la salud que ordena y solicite que le envíen una copia de la orden
 - Si el profesional de la salud que ordena no puede proveer una copia de la orden, solicite que envíen las notas de progreso, el plan de cuidado u otra entrada en el registro médico antes de las pruebas de laboratorio, tal como la historia médica o evaluación física, que documente la intención de ordenar la(s) prueba(s) o por qué la prueba es necesaria
- Audite la documentación antes de enviarla para asegurar que todos los requerimientos sean cumplidos y los documentos solicitados están incluidos en la respuesta
- Certifique la documentación presentada respalda la necesidad médica para los servicios facturados
 - Refiérase a todas las determinaciones de cobertura local (LCD) disponibles para orientación sobre los servicios que están siendo prestados y facturados

Nota: Se recibió una sugerencia para mejor práctica de parte de un laboratorio de Florida. Su sugerencia es incluir información para respaldar la necesidad médica para las pruebas en la sección de comentarios de la requisición u orden que es recibida por el laboratorio del proveedor que refiere/remite. Esta sugerencia puede no ser suficiente en el suministro de necesidad médica para **todas** las pruebas de laboratorio. Por favor revise las pautas de necesidad médica para la prueba de laboratorio que está siendo prestada para evaluar la efectividad de esta sugerencia.

Recursos preventivos

Medicare cubre la detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja

Número de *MLN Matters*[®]: MM9246
Número de petición de cambio relacionado: 9246
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de octubre de 2015
Fecha de efectividad: 5 de febrero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3374CP y R185NCD
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

La sección 1861(ddd)(1) del Social Security Act (the Act) autoriza a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a añadir cobertura de “additional preventive services” (“servicios preventivos adicionales”) a través del proceso de la determinación de cobertura nacional (NCD). Los “servicios preventivos adicionales” deben cumplir con todos los siguientes requisitos:

- Ser razonables y necesarios para la prevención o detección temprana de enfermedad o discapacidad;
- Ser recomendados con una calificación de A o B por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF); y
- Ser apropiados para individuos que tengan derecho a beneficios bajo la Parte A o inscritos bajo la Parte B

Como resultado, CMS emitió la determinación de

cobertura nacional (NCD) 210.14 el 21 de agosto proporcionando cobertura para la detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9246.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9246, 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/R3374CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R185NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3374, CR 9246 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 185, CR 9246

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.

Remesa de pago

Cantidades de principal e interés reportadas en la remesa de pago

Número de *MLN Matters*[®]: MM9168
Número de petición de cambio relacionado: 9168
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1570OTN
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

Actualmente el reporte de las cantidades del principal e interés reembolsado para todas las reclamaciones relacionadas en la remesa de pago (RA) se muestra como una cantidad global. El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid reconoce que esta práctica le crea dificultades en la contabilidad correcta de los pagos. Los proveedores tienen el dinero pero no pueden identificar la reclamación y/o el reembolso del principal e interés pagado por Medicare.

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.

La CR 9168 instruye a los MAC a reportar el principal e interés separadamente y también a proveer información de reclamación individual.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9168.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9168, 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/R1570OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1570, CR 9168

Tarifas fijas

Nuevos valores para colonoscopias incompletas facturadas con el modificador 53

Número de *MLN Matters*®: MM9317
 Número de petición de cambio relacionado: 9317
 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: R3368CP
 Fecha de implementación: 1 de enero de 2016

Resumen

Antes del 2015, una colonoscopia incompleta se definió como una colonoscopia que no evaluó el colon más allá del ángulo esplénico (el tercio distal del colon). La instrucción de *Current Procedural Terminology (CPT)*® de 2015 cambió la definición de una colonoscopia incompleta a una colonoscopia que no evalúa todo el colon.

De acuerdo con el cambio del manual *CPT*® de 2015, nuevas tarifas de pago aplicarán cuando el modificador 53 (procedimiento discontinuado) sea presentado con los códigos de procedimiento 44388, 45378, G0105 y G0121.

Facturación de la tarifa de transporte por los proveedores de rayos X portátiles

Número de *MLN Matters*®: MM9354
 Número de petición de cambio relacionado: 9354
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de octubre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3387CP
 Fecha de implementación: 1 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una aclaración para los proveedores médicos que facturan una tarifa de transporte para los equipos de rayos X portátiles para los servicios prestados a múltiples beneficiarios de Medicare en el mismo lugar.

Los proveedores de rayos X portátiles reciben una tarifa de transporte para el transporte de equipos de rayos X a la locación donde se toman los rayos X portátiles. Cuando se realiza una radiografía a más de un paciente en el mismo lugar, el pago único de transporte bajo el programa de tarifas fijas del médico debe ser prorrateado entre todos los pacientes.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9354.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9354, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9317.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9317, 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/R3368CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3368, CR 9317

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.



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/R3387CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3387, CR 9354

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

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.asp>

Facturación de reclamación de MSP (A)

Cuando: 15 de diciembre de 2015

Hora: 1:00-2:00 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/0306186.asp>

Cambios y regulaciones de Medicare Parte B

Cuando: 16 de diciembre 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/0302625.asp>

Pautas de documentación de Medicare para las pruebas de polisomnografía (Parte A/B)

Cuando: 17 de diciembre de 2015

Hora: 11:30 AM-12:30 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/0306248.asp>

Dos formas fáciles de inscribirse

Por Internet - visite nuestro sitio Web de cursos al proveedor www.fcsouniversity.com. Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo "My Courses" a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** Es necesario abrir una cuenta completando por Internet el **Formulario de solicitud de cuenta del usuario** (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar "9999" en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio Web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

Fax – los proveedores sin acceso a Internet pueden solicitar un formulario de inscripción a través de nuestra línea directa de inscripción al 1-904-791-8103. Los materiales de la clase les serán enviados por fax el día del evento.

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® Provider e-News de CMS

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

- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 29 de octubre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 5 de noviembre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 12 de noviembre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 19 de noviembre 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

Errores de deducible y coaseguro con reclamaciones del centro de enfermería especializada

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han determinado que el sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) no aplicó correctamente el deducible y el coaseguro para las reclamaciones específicas del centro de enfermería especializada con fechas de servicio desde el 1 de enero de 2015, hasta el 31 de marzo de 2015.

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) llevarán a cabo ajustes masivos en todas las reclamaciones que cumplan con los siguientes criterios:

- Reclamaciones del centro de enfermería especializada; tipo de factura 22x o 23x
- Fechas de servicio entre el 1 de enero de 2015, hasta el 31 de marzo de 2015
- Reclamaciones ingresadas a partir del 6 de abril de 2015
- El sistema de códigos de procedimiento del cuidado de la salud es uno de los siguientes: G0276, G0277, G0473, G6001, G6002, G6003, G6004, G6005, G6006, G6007, G6008, G6009, G6010, G6011, G6012, G6013, G6014, G6015, G6016, G6018,

G6019, G6020, G6022, G6023, G6024, G6025, 20604, 20606, 20611, 20983, 21811, 21812, 21813, 22510, 22511, 22512, 22513, 22514, 22515, 22858, 27279, 33270, 33271, 33272, 33273, 33418, 33419, 33946, 33947, 33948, 33949, 33951, 33952, 33953, 33954, 33955, 33956, 33957, 33958, 33959, 33962, 33963, 33964, 33965, 33966, 33969, 33984, 33985, 33986, 33987, 33988, 33989, 37218, 43180, 47383, 52441, 52442, 62302, 62303, 62304, 62305, 64486, 64487, 64488, 64489, 66179, 66184, 76641, 76642, 77063, 77085, 77086, 77306, 77307, 77316, 77317, 77318, 88344, 88364, 88341, 88366, 88369, 88373, 88374, 88377, 91200, 92145, 93260, 93261, 93644, 93702, 96127, 97610, 99490, 99184

Estatus/fecha de resolución

Abierto. Los MAC llevarán a cabo ajustes masivos en las reclamaciones afectadas a partir del 31 de diciembre de 2015.

Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

Problemas actuales de procesamiento

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

Edición incorrecta en las reclamaciones de Pap smear e imágenes PET

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) descubrieron errores en el sistema que están afectando las reclamaciones para los servicios de Pap Smear y las imágenes por tomografías de emisión de positrones (PET) con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015.

Los servicios de Pap Smear están siendo editados incorrectamente. Su contratista administrativo de Medicare (MAC) corregirá cualquier reclamación devuelta a usted por error con los códigos de denegación 32252, 32277 o 32970.

Ciertas imágenes PET de infección o inflamación están siendo procesadas inapropiadamente cuando son

reportadas con los códigos de diagnóstico incorrectos.

Resolución

Su MAC ajustará de manera masiva cualquier reclamación que pueda ser impactada por este problema.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

Ninguna acción es necesaria por parte de los proveedores.

Problemas actuales de procesamiento

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

Actualizaciones de CMS de las ediciones de reclamación para las pruebas de detección del cáncer de próstata

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) agregaron el código de procedimiento G0103 a las ediciones de reclamaciones del sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) para la determinación de cobertura nacional (NCD) de examen de cáncer de próstata. El código fue inadvertidamente omitido en las reclamaciones con servicios proporcionados a partir del 1 de octubre de 2015.

Las reclamaciones afectadas incluyen las reclamaciones que cumplan con los siguientes criterios:

- Reclamaciones procesadas del 1 de octubre de 2015, hasta el 26 de octubre de 2015
- El tipo de factura es uno de 12x, 13x, 14x, 22x, 23x, 71x, 75x, 77x o 85x
- La fecha de servicio es a partir del 1 de octubre de 2015

- El Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) es G0103
- El Diagnóstico (DX) es diferente de Z125; y
- Los cargos cubiertos son mayores que 0.00

Resolución

Su contratista administrativo de Medicare (MAC) ajustará de forma masiva las reclamaciones afectadas en o antes del 30 de diciembre de 2015.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

Problemas actuales de procesamiento

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

Pago incorrecto de reclamaciones de FQHC

Problema

El sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) identificó pagos incorrectos que resultaron de la implementación de la [petición de cambio \(CR\) 8743](#) (artículo *MLN Matters*® relacionado [MM8743](#)). Basándose en su revisión y análisis, el FISS determinó que se necesitaban cambios para corregir el cálculo del pago de las reclamaciones de los centros de salud federalmente calificados (FQHC) facturadas con el código de valor "Q9" y el código del centro es igual a "M."

Resolución

El problema se corrigió el 24 de agosto de 2015. Los contratistas se han dirigido a ajustar las reclamaciones que cumplan con los siguientes criterios:

- Reclamaciones finalizadas con un estatus de "P"
- TOB 77x
- Proveedor = proveedor de FQHC del sistema de pago prospectivo (PPS) con código del centro = M

- Código de valor = Q9
- Código Rev 0519
- HCPCS G0466, G0467, G0468, G0469 o G0470
- Reclamación procesada en o después de la instalación de la CR 8743 (1 de octubre de 2014), hasta la instalación del arreglo del sistema el 24 de agosto de 2015.
- Opción C HMO en la página 12 de la reclamación

Estatus/fecha de resolución

Abierto

Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

Problemas actuales de procesamiento

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

Problema de procesamiento de reclamaciones para las vacunas contra el neumococo y la influenza

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) descubrieron un error del sistema cuando los servicios de vacunas distintas a las vacunas contra el neumococo y la influenza son reportadas sin el código de condición A6 para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015.

El código de condición A6 es sólo requerido cuando se reportan las vacunas contra el neumococo y la influenza. Su contratista administrativo de Medicare (MAC) corregirá las reclamaciones devueltas en error con el código de denegación 32200.

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) corregirán las reclamaciones con el código de denegación 32200 devuelto en error.

Estatus/fecha de resolución

Open.

Acción del proveedor

No se necesita acción de los proveedores.

Problemas actuales de procesamiento

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

Reclamaciones de Medicare advantage para los FQHC que están siendo pagadas incorrectamente

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente identificaron errores en el sistema por lo cual las reclamaciones del sistema de pagos no prospectivos para los servicios provistos a los beneficiarios de Medicare en los centros de salud federalmente calificados están siendo pagadas en base al 80 por ciento de la tasa suplementaria, en lugar del 100 por ciento.

Los contratistas administrativos de Medicare ajustarán las reclamaciones para los servicios provistos en los centros de salud federalmente calificados a los beneficiarios de Medicare cubiertos por los planes de Medicare advantage. Las reclamaciones afectadas cumplen con los siguientes criterios:

- El tipo de factura es 77x
- El estatus de la reclamación es P

- El código de ingreso es 0519

- La reclamación fue procesada a partir del 6 de abril de 2015, hasta el 4 de enero de 2016

Resolución

CMS instalará un arreglo en el sistema el 4 de enero de 2016. Los MAC ajustarán las reclamaciones afectadas que pueden ser impactadas por este problema.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

Problemas actuales de procesamiento

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

Corrección de reclamaciones de mamografías

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) descubrieron un error del sistema con el código de denegación 32016 siendo asignado a los servicios de mamografía con el código de diagnóstico Z1231 para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015.

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) corregirán las reclamaciones con el código de denegación

32016 devuelto por error.

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 de procesamiento actuales](#) para Parte A y Parte B.

Facturación

CMS actualiza los procedimientos de reporte para la evaluación del virus Hepatitis C en adultos

Número de *MLN Matters*[®]: MM9360
 Número de petición de cambio relacionado: 9360
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de noviembre de 2015
 Fecha de efectividad: 2 de junio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3393CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron los procedimientos de reporte y facturación de la evaluación del virus Hepatitis C (HCV) en adultos cubiertos por Medicare.

Con la actualización, CMS añade el tipo de facturación (TOB) 014x para la evaluación de HCV cuando es presentada para el espécimen de laboratorio que no es de pacientes (código HCPCS G0472). En una versión anterior, CMS omitió TOB 014x de la lista de TOB aplicables para la evaluación de HCV. Esta actualización incluye los siguientes TOB adecuados para la evaluación de HCV distintos al espécimen de laboratorio que no es de paciente:

- 013x
- 014x
- 071x
- 077x
- 085x

Los contratistas administrativos de Medicare no buscarán reclamaciones con G0472, presentadas bajo TOB 014x con fechas de servicio a partir del 2 de junio de 2014, pero recibidas antes del 4 de abril de 2016. Los MAC pueden ajustar dichas reclamaciones que sean traídas a su atención.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9360.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9360, 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/R3393CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3393, CR 9360

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.

Hospital

Clarificación de los códigos del estatus de alta del paciente y las políticas de transferencia de hospital

Número de *MLN Matters*®: SE1411
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una aclaración sobre la política de transferencia de pacientes después de una revisión de la Oficina del Inspector General (OIG) de los pagos en exceso a los hospitales cuando los pacientes son transferidos a determinados escenarios de atención postagudos.

La revisión de la OIG de pagos en exceso encontró que muchos hospitales transfirieron escenarios de atención postagudos pero codificaron incorrectamente el estado de alta del paciente como un alta al hogar.

Los hospitales deben codificar la factura del alta con base

en el plan de alta para el paciente. Si el hospital se entera posteriormente que se proporcionó atención postaguda, el hospital debe presentar el ajuste de la factura para corregir el código de estatus del alta siguiendo los criterios de ajuste de la reclamación ubicados en el *Medicare Claims Processing Manual*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1411.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1411

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

Servicios de Rehabilitación

CMS actualiza el manual para aclarar el procesamiento de reclamaciones del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*®: MM9362
Número de petición de cambio relacionado: 9362
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de octubre de 2015
Fecha de efectividad: 2 de diciembre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3388CP
Fecha de implementación: 2 de diciembre de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron el *Medicare Claims Processing Manual* para clarificar los componentes clave de las políticas de pago del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) relacionados con el tratamiento de condiciones artríticas.

En la actualización, CMS elimina códigos de grupo de deterioro de la artritis y los códigos de diagnóstico de la lista de códigos utilizada para determinar el cumplimiento de presunción de períodos de revisión de cumplimiento que empiezan a partir 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/MM9362.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9362, 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/R3388CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3388, CR 9362

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 actualiza el sistema de pago prospectivo para los centros de salud federalmente calificados

Número de *MLN Matters*®: MM9348
 Número de petición de cambio relacionado: 9348
 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: R3369CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente la tarifa base de pago y los factores de ajuste geográfico para el 2016 del sistema de pago prospectivo (PPS) para los centros de salud federalmente calificados (FQHC).

La tarifa base de pago de 2016 refleja un aumento del 1.1 por ciento por encima de la tarifa base de pago del 2015 de \$158.85. Medicare paga a los FQHC basado en el menor de los cargos reales o la tarifa de PPS para todos los servicios FQHC proporcionados a los beneficiarios de Medicare en el mismo día.

La tarifa base de FQHC PPS se ajusta para cada centro de salud por el factor de ajuste geográfico FQHC (GAF), con base en el factor de ajuste geográfico utilizado para

cómputo de la tarifa fija (GPCI) utilizado para el ajuste de pago bajo del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS).

Información adicional

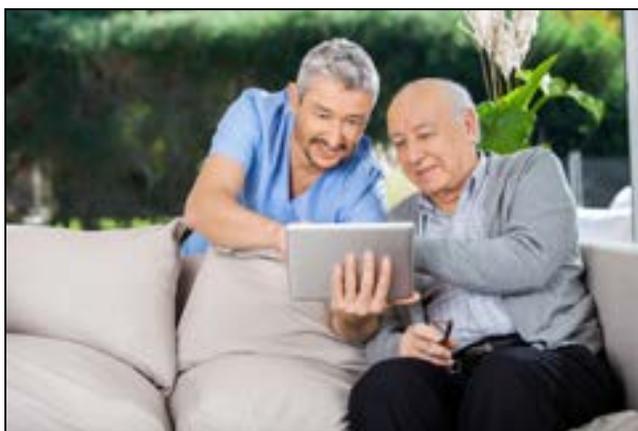
El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9348.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9348, 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/R3369CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3369, CR 9348

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

Actualización de la tasa del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar para el 2016



Número de *MLN Matters*®: MM9406
 Número de petición de cambio relacionado: 9406
 Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de octubre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3383CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron los cambios de reembolso y política para el sistema de pago prospectivo de 2016 para

los servicios del cuidado de la salud en el hogar provistos a los beneficiarios de Medicare.

La actualización de la bolsa del mercado de la salud en el hogar de 2016 es 1.9 por ciento. Las agencias de salud en el hogar que no reporten los datos de calidad requeridos recibirán una reducción de puntos de 2 por ciento de la actualización de pago de salud en el hogar de 1.9 por ciento.

CMS también actualizó el factor de conversión (\$53.23) de suministros no rutinarios (NRS) aplicando un ajuste de cambio de base de 2.82 por ciento según lo descrito en la regla final de 2016. CMS actualiza entonces el factor de conversión por la actualización de pago de salud en el hogar de 2016 por 1.9 por ciento para las agencias de salud en el hogar que presenten los datos de calidad requeridos y por -0.1 por ciento para las agencias de salud en el hogar que no presenten los datos de calidad.

También, a partir del 1 de enero de 2016, la lógica agrupadora del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar será revisada para otorgar puntos para ciertos códigos de encuentro inicial en base a las pautas de codificación revisadas de ICD-10-CM.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov>.

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la próxima página

ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9406.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9406.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9406, 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/>

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 efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3364CP
Fecha de implementación: 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:

- 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

[Downloads/R3383CP.pdf](#).

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3383, CR 9406

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.

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](#)
- [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 <http://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 a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

CMS publica las tarifas de pago de clínicas de salud rural de 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9347
 Número de petición de cambio relacionado: 9347
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de octubre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3375CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las tarifas de pago de 2016 para las clínicas de salud rurales. Efectivo a partir del 1 de enero de 2016, hasta el 31 de diciembre de 2016, el límite de pago del cuidado de salud rural por visita es \$81.32.

De acuerdo con CMS, la tasa del centro de salud rural (RHC) de 2016 refleja un aumento de 1.1 por ciento sobre el límite de pago de 2015 de \$80.44. Los contratistas administrativos de Medicare no ajustarán retroactivamente facturas de RHC individuales pagadas según los límites de pago superiores anteriores.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9347.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9347, 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/R3375CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3375, CR 9347

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**.

Revisiones a las LCD existentes

Interpretación de 3D y reporte de los estudios de imagen – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33256 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la interpretación de 3D y el reporte de estudios de imagen revisada para añadir el código de diagnóstico de ICD-10-CM R93.8 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 5 de noviembre de 2015.**

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las

reclamaciones procesadas **a partir del 2 de noviembre de 2015**, 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](#).

Azacitidine (Vidaza®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33266 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Azacitidine (Vidaza®) fue revisada para agregar el código de diagnóstico C93.10-C93.12 de ICD-10-CM a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La actualización de la LCD estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 5 de noviembre de 2015.**

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **a partir del 29 de octubre de 2015**, 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

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

En base a las instrucciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue recibida para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM M85.80*, M85.811*, M85.812*, M85.821*, M85.822*, M85.831*, M85.832*, M85.841*, M85.842*, M85.851*, M85.852*, M85.861*, M85.862*, M85.871*, M85.872*, M85.88* y M85.89* a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT) 77080 y 77085.*

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 12 de noviembre de 2015.**

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de noviembre de 2015** para la Parte B y **a partir del 4 de noviembre de 2015** para la Parte A, 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](#).

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

Identificador de LCD: L36209 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para las pruebas ambulatorias de cardiología no emergentes: prueba de esfuerzo, ecocardiografía de esfuerzo, MPI SPECT y PET cardíaco fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM I05.0- I05.9, I06.0- I06.9, I07.0- I07.9, I08.0- I08.9, I09.1, I09.81, I09.89, I09.9, I35.0- I35.9, I36.0- I36.9 y I37.0- I37.9 para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT) 93350, 93351 y 93352* a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 5 de noviembre de 2015.**

Fluorescein angiography – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33997 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para angiografía fluorescente fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para el código *Current Procedural Terminology (CPT) 92235.*

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015.**

Fecha efectiva

Gemcitabine (Gemzar®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33726 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para gemcitabine (Gemzar®) fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C45.1 y C67.0-C67.9 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015.**

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de noviembre de 2015**, 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](#).

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 19 de noviembre de 2015**, 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](#).

reclamaciones procesadas **a partir del 5 de noviembre de 2015**, 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](#).

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte A-B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos se revisó para eliminar el código 0330T de *Current Procedural Terminology (CPT®)* de la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes” bajo los subtítulos “Procedures for Part A” y “Procedures for Part B.” El código *CPT® 0330T (tear film imaging, unilateral or bilateral, with interpretation and report)* (imágenes de la película lagrimal, unilateral o bilateral, con la interpretación y el informe) será agregado a la nueva LCD para la evaluación de diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad del ojo seco moderada a severa (DED) (L36232) como un servicio no cubierto. La nueva LCD trata tanto la evaluación de diagnóstico como el

tratamiento médico de DED moderada a severa.

Fecha efectiva

La revisión de 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>.

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](#).

Ophthalmoscopy – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L34017 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la oftalmoscopia se revisó para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos de *Current Procedural Terminology (CPT)* 92225 y 92226.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 19 de noviembre de 2015**, para servicios prestados **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](#).

Polysomnography and sleep testing – revisión de LCD

Identificador de LCD: L33405 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para polisomnografía y prueba del sueño se ha revisado con base en el análisis de datos y la revisión de la reclamación de que identificó pruebas repetidas de estudio del sueño dentro de un período de tiempo de seis meses a un año tanto para las pruebas de diagnóstico inicial como para la valoración de la terapia de presión positiva (PAP). Las indicaciones/limitaciones y la utilización de dichas pruebas fueron clarificadas. Además, la LCD se ha actualizado teniendo en cuenta la adición de nuevos códigos, así como la adición del lenguaje relacionado con la cobertura limitada de la valoración de un aparato oral cubierto para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño. (El aparato oral debe cumplir con los requisitos de la LCD del

equipo médico duradero del contratista administrativo de Medicare (DME MAC)).

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del **21 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](#).

Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33751 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el escaneo de imágenes de diagnóstico oftálmico computarizado (SCODI) fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H43.00-H43.9 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos de *Current Procedural Terminology (CPT) 92133 y 92134*. Además, los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM fueron agregados a las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos *CPT 92133 y 92134*.

La actualización de la LCD que refleja los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H43.00-H43.9 está disponible en la base de datos cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 5 de noviembre de 2015**.

La actualización de la LCD que refleja los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 estará

disponible en la base de datos cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 29 de octubre de 2015**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. La revisión de la LCD relacionada con la adición de los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 19 de noviembre de 2015**, para los servicios prestados **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](#).

Susceptibility studies – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33755 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios de susceptibilidad fue revisada para añadir el rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM B96.0 - B96.89 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD. En adición, el rango de código de diagnóstico de ICD-10 M00.10 - M00.19 fue removido de la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD y el rango de código de diagnóstico de ICD-10 M00.00 - M00.89 fue añadido a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 12 de noviembre de 2015**, 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](#).

Requerimientos de firma de Medicare

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



Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

Intercambio electrónico de datos

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

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com
855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

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

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

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

Auditorías de hospital

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

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

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

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

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

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

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

ASC

Eliminación de la porción del dispositivo de ciertos procedimientos ASC discontinuados antes de la administración de anestesia

Número de *MLN Matters*®: MM9297
Número de petición de cambio relacionado: 9297
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1572OTN
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) finalizaron una política de pago de dispositivos intensivos de procedimientos quirúrgicos cubiertos. Las reclamaciones impactadas serán procesadas mediante el uso de la cantidad del pago del programa que aparece en el campo "FB Mod Reduced Price" del formato de registro de la tarifa fija (FS) de ASC como el pago completo del programa, con la porción del dispositivo eliminada, antes de procesar los cálculos de pago del modificador 73.

Nota: Si no hay cantidad de pago en el campo "FB Mod Reduced Price", entonces el procedimiento es de dispositivo no intensivo y esta nueva política no se aplicaría.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9297.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9297, 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/R1572OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1572, CR 9297

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

Cobertura

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: 4 de enero de 2016
(Excepciones: FISS implementará las siguientes NCD: 4 de abril de 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

Ver **REVISIONES**, en la próxima página

REVISIONES

De la página anterior

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 <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1574OTN.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 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

Cuzndo no presentar cantidades pagadas del paciente en reclamaciones

Algunos proveedores que aceptan asignaciones tienen una preocupación sobre los cheques parciales emitidos por Medicare a los beneficiarios. Algunos cheques son generalmente emitidos debido a la cantidad pagada del paciente en el artículo 29 del formulario de reclamación CMS-1500 (02/12). Estas hay algunas notas concernientes a esta situación:

- Cuando la asignación es aceptada, Medicare Parte B recomienda:
 - Puesto que es difícil predecir cuándo las cantidades de deducible/coaseguro serán aplicables - y el cobro en exceso es considerado abuso del programa - es recomendado que los proveedores no cobren estas cantidades hasta que el pago de Medicare Parte B sea recibido
 - Si usted cree que puede predecir con precisión la cantidad de coaseguro y desea cobrarla antes de que el pago de Medicare Parte B sea recibida, advierta la cantidad cobrada para el coaseguro en

su formulario de reclamación. Es recomendado que los proveedores no cobren el deducible antes de recibir el pago de Medicare Parte B porque, como se menciona arriba, el cobro en exceso es considerado abuso del programa. Además, esta práctica puede causar que una porción del cheque del proveedor sea emitido a los beneficiarios en reclamaciones asignadas

- No muestre ninguna de las cantidades cobradas de los pacientes si el servicio nunca está cubierto por Medicare Parte B o usted cree, en un caso particular, que el servicio será un pago denegado. Donde se muestra las cantidades cobradas del paciente para servicios que son pagos denegados, una porción del cheque del proveedor puede ir al beneficiario
- No existe ninguna necesidad de mostrar la cantidad de pago del paciente en el artículo 29 del formulario CMS-1500 (o el equivalente electrónico) cuando la asignación *no* es aceptada

Actualización al Medicare Remit Easy Print

Número de *MLN Matters*®: MM9291
Número de petición de cambio relacionado: 9291
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de noviembre de 2015
Fecha de efectividad: 4 de abril de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1552OTN
Fecha de implementación: 1 de abril de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) introdujeron el software Medicare Remit Easy Print (MREP) en octubre de 2005. MREP es libre de costo y le permite a los proveedores y suplidores la capacidad de ver e imprimir la remesa de pago electrónica (ERA). MREP se ha estado mejorando de forma continua en base a los comentarios de los usuarios finales.

Detalles de las mejoras

- Cuando usted imprime el detalle de la reclamación con la opción "Glossary" seleccionada, el glosario comenzará en la misma página de la última reclamación si hay líneas de impresión disponibles en la página, en lugar de siempre imprimirlo en una página nueva
- El código de denegación de ajuste de reclamación

(CARC) es añadido como una nueva opción de criterio para la funcionalidad de búsqueda existente. **Nota:** El ámbito de búsqueda será limitado a una sola remesa seleccionada, como en la actualidad

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9291.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9291, 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/R1552OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1552, CR 9291

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.

Revisión de investigación generalizada para los servicios de enfermedad renal en estado terminal (ESRD)

First Coast Service Options Inc. (First Coast) completó una revisión de una investigación generalizada compleja de un servicio específico durante el CLIN 0003 relacionada al uso de los servicios mensuales relacionados a la enfermedad renal en estado terminal (ESRD). La investigación generalizada fue llevada a cabo para validar el riesgo de error de pago relacionado a los servicios mensuales de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD).

Los códigos específicos investigados incluyeron:

El código *Current Procedural Terminology (CPT)*® 90960 - servicios mensuales relacionados a la enfermedad renal en estado terminal (ESRD), para pacientes de 20 años de edad y mayores; con 4 visitas cara a cara o más por un médico u otro profesional del cuidado de la salud calificado por mes

El código *CPT*® 90961- servicios mensuales relacionados a la enfermedad renal en estado terminal (ESRD), para pacientes de 20 años de edad y mayores; con 2 o 3 visitas cara a cara por un médico u otro profesional del cuidado de la salud calificado por mes

para los códigos *CPT*® 90960 y 90961

Resultados de la investigación generalizada (WSP) para el código *CPT*® 90960

- La tasa de error global es seis por ciento: 51 reclamaciones revisadas de diez proveedores
- 35 de 51 reclamaciones fueron permitidas
- Siete de 51 reclamaciones fueron recodificadas al código *CPT*® 90962
- Nueve de 51 reclamaciones fueron recodificadas al código *CPT*® 90961
- La mayoría de las reclamaciones fueron permitidas según se facturaron
- Algunas reclamaciones fueron recodificadas al código *CPT*® 90962 o 90961 porque el registro médico presentado no respaldó la cantidad de visitas cara a cara requeridas para el código facturado
- Dos de los diez proveedores impulsaron la tasa de error
- Rasa de error de 21 por ciento
- Al remover tales proveedores la tasa de error es de



Resultados generales de la investigación generalizada

Ver **REVISIÓN**, en la próxima página

REVISIÓN

De la página anterior

1.79 por ciento

- La acción de seguimiento será determinada por First Coast

Resultados de WSP para CPT® 90961

- La tasa global es 29.41 por ciento: 50 reclamaciones revisadas de diez proveedores
- 33 de 50 reclamaciones fueron permitidas
- 12 de 50 reclamaciones fueron denegadas
- Cuatro de 50 reclamaciones fueron recodificadas al código CPT® 90962
- Una de 50 reclamaciones fueron recodificadas al código CPT® 90960
- La mayoría de las reclamaciones fueron permitidas según se facturaron
- Algunas reclamaciones fueron recodificadas al código

CPT® 90962 porque el registro médico no respaldó la cantidad de las visitas cara a cara requeridas para el código facturado

- A una reclamación se le cambió el código al CPT® 90960 porque el registro médico presentado respaldó más visitas cara a cara de lo que el código facturado requería
- Dos de los diez proveedores no presentaron el registro médico solicitado
- Al remover tales proveedores la tasa de error es 7.57 por ciento
- La acción de seguimiento será determinada por First Coast

Referencia para información adicional

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/GloballSurgery-ICN907166.pdf>

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

Laboratorio

CMS publica las pruebas con dispensa aprobadas recientemente por la FDA



Número de *MLN Matters*®: MM9416
 Número de petición de cambio relacionado: 9416
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de noviembre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3406CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9416 informa a los contratistas sobre las nuevas pruebas con dispensa de Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988 (CLIA) aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA).

Las pruebas aprobadas recientemente están incluidas en el artículo proporcionado en el siguiente enlace. Los códigos del *Current Procedural Terminology (CPT®)* para estas nuevas pruebas deben ser presentadas con el modificador 'QW' para ser reconocidas como unas pruebas con dispensa.

Nota: Usted tendrá que ponerse en contacto con el contratista para obtener instrucciones de reclamación de los códigos CPT® 82270 y 82272.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9416.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9416, 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/R3406CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3406, CR 9416

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

Tarifas fijas

Reducción de pago para los servicios de imágenes de diagnóstico de CT

Número de *MLN Matters*[®]: MM9250
Número de petición de cambio relacionado: 9250
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de noviembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3402CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9250 le informa que a partir del 1 de enero de 2016, una reducción de pago de cinco por ciento aplica a los servicios de tomografía computarizada (CT) provistos utilizando equipo que es inconsistente con el estándar de equipos de CT y para el cual se realiza el pago bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud. La reducción de pago aumenta a 15 por ciento en el 2017 y en años posteriores.

Nota: Será su responsabilidad identificar estos servicios facturando el código de procedimiento con el modificador

CT, el cual resultará en la reducción de pago aplicable.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9250.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9250, 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/R3402CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3402, CR 9250

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

Suscripción a Medicare Parte B

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

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD retiradas

Lacrimal punctal plugs – retirada LCD de Parte B

Identificador de LCD: L33916 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los tapones de conductos lagrimales se retiró ya que las indicaciones limitadas para tapones de conductos lagrimales se han incorporado en la nueva LCD de evaluación de diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad del ojo seco moderada a severa (DED) (L36232). La nueva LCD trata tanto la evaluación de diagnóstico como el tratamiento médico de DED moderada a severa. Por lo tanto, la LCD de tapones de conductos lagrimales fue retirada.

Fecha efectiva

Este retiro de LCD es efectivo 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>.

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

Allergen immunotherapy – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L33804 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para inmunoterapia de alérgenos fue revisada para eliminar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM T63.001A - T63.001S*, T63.004A - T63.004S*, T63.091A - T63.091S*, T63.094A - T63.094S*, T63.301A - T63.301S*, T63.304A - T63.304S, T63.391A - T63.391S, T63.394A - T63.394S*, T63.891A - T63.891S, T63.894A - T63.894S, T63.91XA - T63.91XS y T63.94XA - T63.94XS de la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”. Además, el rango del código de diagnóstico de ICD-10-CM T63.001A-T63.94XS* fue agregado a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos del *Current Procedural Terminology (CPT®)* 95115 y 95117.

La LCD actualizada estará disponible en la base de

datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 9 de noviembre de 2015**, para servicios prestados **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](#).

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

Identificador de LCD: L33813 (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 el rango de diagnóstico de ICD-10-CM D03.0-D03.8 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las

reclamaciones procesadas **a partir del 9 de noviembre de 2015**, 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](#).

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

Identificador de LCD: L33818 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la escisión de las lesiones cutáneas malignas fue revisada para agregar códigos de diagnóstico ICD-10-CM adicionales a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”. Los rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM D03.51-D03.59, D03.60-D03.62 y D03.70-D03.72 fueron agregados para los códigos de procedimiento 11600-11606, código de diagnóstico de ICD-10-CM D03.4 y los rangos de códigos D03.60-D03.62 y D03.70-D03.72 fueron agregados para los códigos de procedimiento 11620-11626 y los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM D03.0, D03.10-D03.12, D03.20-D03.22, D03.30-D03.39 y D03.8 fueron agregados para los códigos de procedimiento 11640-11646. Además, el código de diagnóstico de ICD-10-CM D04.5 fue removido de la lista de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM para los códigos de procedimiento 11620-11626 y fue agregado a la lista de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM para los códigos de procedimiento 11600-11606, ya que fue

agregado por error a la lista de diagnóstico de los códigos de procedimiento 11620-11626.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015.**

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 12 de noviembre de 2015**, 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](#).

Interpretación de 3D y reporte de los estudios de imagen – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33256 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la interpretación de 3D y el reporte de estudios de imagen revisada para añadir el código de diagnóstico de ICD-10-CM R93.8 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 5 de noviembre de 2015.**

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las

reclamaciones procesadas **a partir del 2 de noviembre de 2015**, 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](#).

Azacitidine (Vidaza®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33266 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Azacitidine (Vidaza®) fue revisada para agregar el código de diagnóstico C93.10-C93.12 de ICD-10-CM a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La actualización de la LCD estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 5 de noviembre de 2015.**

Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **a partir del 29 de octubre de 2015**, 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

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

En base a las instrucciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue recibida para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM M85.80*, M85.811*, M85.812*, M85.821*, M85.822*, M85.831*, M85.832*, M85.841*, M85.842*, M85.851*, M85.852*, M85.861*, M85.862*, M85.871*, M85.872*, M85.88* y M85.89* a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT) 77080 y 77085*.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 12 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de noviembre de 2015** para la Parte B y **a partir del 4 de noviembre de 2015** para la Parte A, 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](#).

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

Identificador de LCD: L36209 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para las pruebas ambulatorias de cardiología no emergentes: prueba de esfuerzo, ecocardiografía de esfuerzo, MPI SPECT y PET cardíaco fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM I05.0- I05.9, I06.0- I06.9, I07.0- I07.9, I08.0- I08.9, I09.1, I09.81, I09.89, I09.9, I35.0- I35.9, I36.0- I36.9 y I37.0- I37.9 para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT) 93350, 93351 y 93352* a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 5 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de noviembre de 2015**, 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](#).

Diagnostic colonoscopy – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33671 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la colonoscopia de diagnóstico fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C45.9, C79.9, D13.2, D13.30, D13.39, D19.1, K57.00 – K57.01, K59.00 – K59.09 y K63.5 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD. En adición, la LCD fue revisada para expandir el rango de diagnóstico de ICD-10-CM de la colitis ulcerosa a K51.00 – K51.919.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) el **12 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de noviembre de 2015**, 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](#).

Fluorescein angiography – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33997 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para angiografía fluorescente fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para el código *Current Procedural Terminology (CPT) 92235*.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015**.

Fecha efectiva

Gemcitabine (Gemzar®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33726 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para gemcitabine (Gemzar®) fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C45.1 y C67.0-C67.9 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015**.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 19 de noviembre de 2015**, 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](#).

reclamaciones procesadas **a partir del 5 de noviembre de 2015**, 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](#).

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte A-B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos se revisó para eliminar el código *0330T* de *Current Procedural Terminology (CPT®)* de la sección de la LCD “CPT/HCPCS Codes” bajo los subtítulos “Procedures for Part A” y “Procedures for Part B.” El código *CPT® 0330T (tear film imaging, unilateral or bilateral, with interpretation and report) (imágenes de la película lagrimal, unilateral o bilateral, con la interpretación y el informe)* será agregado a la nueva LCD para la evaluación de diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad del ojo seco moderada a severa (DED) (L36232) como un servicio no cubierto. La nueva LCD trata tanto la evaluación de diagnóstico como el

tratamiento médico de DED moderada a severa.

Fecha efectiva

La revisión de 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>.

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](#).

Ophthalmoscopy – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L34017 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la oftalmoscopia se revisó para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos de *Current Procedural Terminology (CPT)* 92225 y 92226.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) a partir del 19 de noviembre de 2015.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 19 de noviembre de 2015**, para servicios prestados **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](#).

Polysomnography and sleep testing – revisión de LCD

Identificador de LCD: L33405 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para polisomnografía y prueba del sueño se ha revisado con base en el análisis de datos y la revisión de la reclamación de que identificó pruebas repetidas de estudio del sueño dentro de un período de tiempo de seis meses a un año tanto para las pruebas de diagnóstico inicial como para la valoración de la terapia de presión positiva (PAP). Las indicaciones/limitaciones y la utilización de dichas pruebas fueron clarificadas. Además, la LCD se ha actualizado teniendo en cuenta la adición de nuevos códigos, así como la adición del lenguaje relacionado con la cobertura limitada de la valoración de un aparato oral cubierto para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño. (El aparato oral debe cumplir con los requisitos de la LCD del

equipo médico duradero del contratista administrativo de Medicare (DME MAC)).

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del **21 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](#).

Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33751 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el escaneo de imágenes de diagnóstico oftálmico computarizado (SCODI) fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H43.00-H43.9 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos de *Current Procedural Terminology (CPT)* 92133 y 92134. Además, los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM fueron agregados a las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos *CPT* 92133 y 92134.

La actualización de la LCD que refleja los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H43.00-H43.9 está disponible en la base de datos cobertura de Medicare (MCD) a partir del 5 de noviembre de 2015.

La actualización de la LCD que refleja los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 estará

disponible en la base de datos cobertura de Medicare (MCD) a partir del 19 de noviembre de 2015.

Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 29 de octubre de 2015**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. La revisión de la LCD relacionada con la adición de los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 19 de noviembre de 2015**, para los servicios prestados **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](#).

Susceptibility studies – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33755 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios de susceptibilidad fue revisada para añadir el rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM B96.0 - B96.89 a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD. En adición, el rango de código de diagnóstico de ICD-10 M00.10 - M00.19 fue removido de la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD y el rango de código de diagnóstico de ICD-10 M00.00 - M00.89 fue añadido a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 19 de noviembre de 2015.**

Fecha efectiva

La revisión a esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 12 de noviembre de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

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



Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

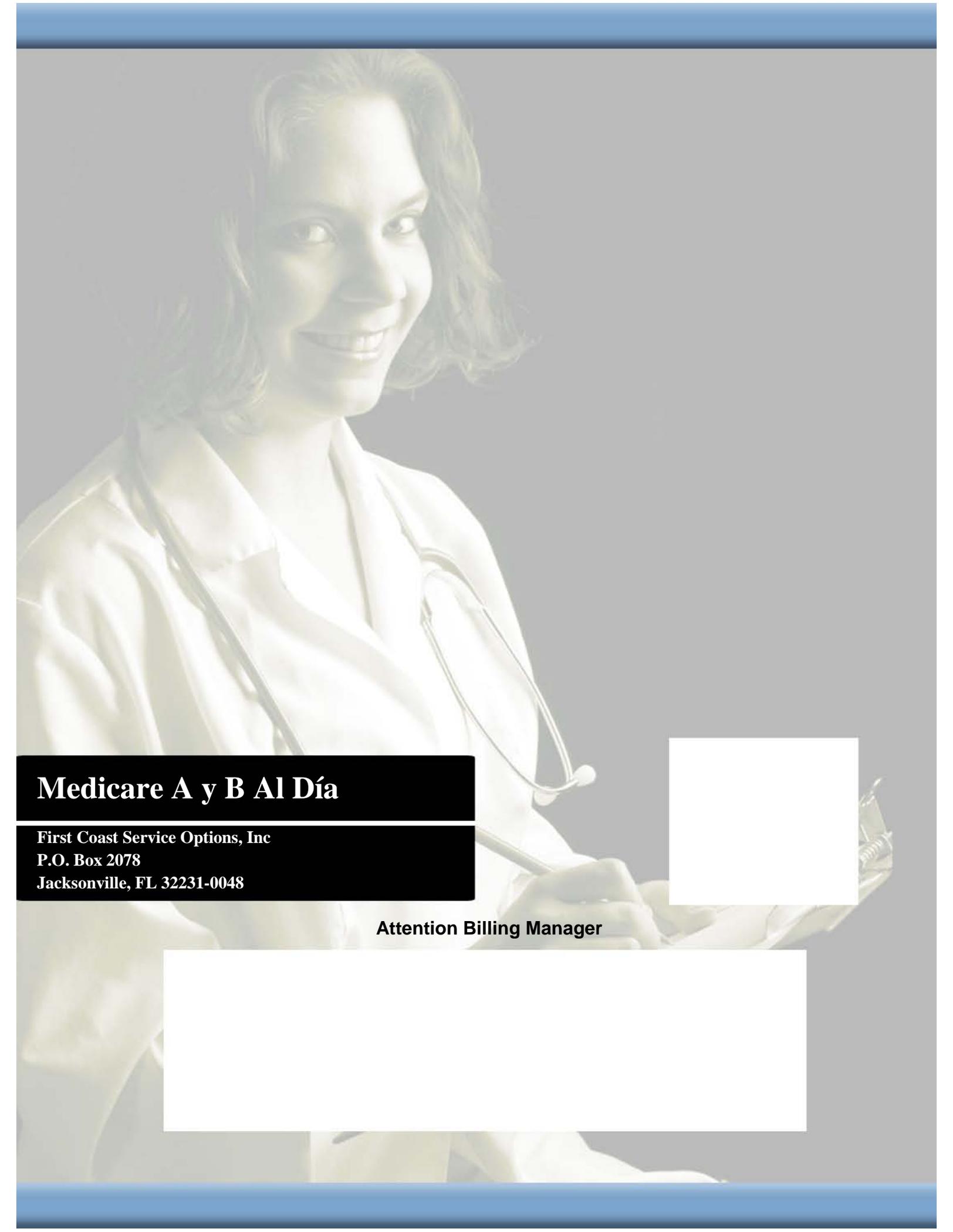
First Coast University

<http://www.fcsso.com>

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager