

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Diciembre 2014

En esta edición

Actualización de los deducibles, coaseguros y tarifas primas para el 2015	3
Revisiones al 'Medicare Program Integrity Manual' ...	6
Calendario para la segunda ronda de licitación.....	8
Actualización de la tasa del PPS	15
Implementación del PPS de ESRD de 2015	17
Nuevas pruebas con dispensa	27



Las herramientas Web son un acierto para el equipo veterano de facturación de Medicare

Kim Gonzales y su equipo de 12 facturadores de reclamaciones médicas en Watson Clinic ven más que la mayoría. En un día normal, Gonzales y el equipo de facturación de Medicare en Watson Clinic trabajarán algún aspecto de las 10,400 reclamaciones activas de los servicios médicos que se prestan en la clínica de Lakeland, FL.

Gonzales, una veterana en facturación de Medicare por más de 15 años, dice que la adición del [portal seguro del proveedor de First Coast Service Options, SPOT](#), ha mejorado en gran medida los procesos de facturación de la clínica, por lo que es más fácil lograr que las reclamaciones sean pagadas.

“Con mi equipo, si ellos tienen un reclamación problemática, les pregunto si la comprobaron en el SPOT”, dice Gonzales. “Sé que podemos ahorrar de 20 a 30 minutos de trabajo a través del SPOT, en lugar de comprobar el estado a través del teléfono.”

El acceso en línea a la información del estado de las reclamaciones es una de las varias características que se puso a disposición de

los proveedores cuando First Coast lanzó el SPOT en agosto de 2013. El SPOT ofrece a los proveedores un acceso más rápido a los beneficios de Medicare y los datos de elegibilidad, historial de pagos y los informes analíticos de datos.

En Watson Clinic, los beneficiarios de Medicare representan el 54 por ciento de las reclamaciones gestionadas por el equipo de facturación. Estas se

“ He visto la página Web de First Coast crecer y cambiar. El SPOT ha sido una muy buena adición. ”

– Kimberly Gonzales,
Watson Clinic



Ver **LAS HERRAMIENTAS**, en la página 10



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Ambulancia

Clarificación de política de pago de SCT 3

Cobertura

Actualización de los deducibles, coaseguros y las tarifas primas para el 2015..... 3

Facturación

Detección del virus hepatitis C (HCV) 4

ICD-10

Se acercan las pruebas de ICD-10 5

CMS actualiza sus FAQ sobre las pruebas integrales de ICD-10 5

Información general

Revisiones al 'Medicare Program Integrity Manual' para los centros de ESRD 6

Beneficios de la remesa electrónica..... 6

Actualización de la terapia intensiva del comportamiento para la obesidad..... 7

Actualización a las combinaciones de código definidas de CAQH CORE..... 7

Calendario para la segunda ronda de licitación competitiva DMEPOS 8

Inscripción del proveedor

Requerimientos de inscripción 8

Intercambio electrónico de datos

Actualización de los códigos de categoría de estatus de reclamación 9

Tarifas fijas

Actualización de las tarifas de DMEPOS 10

Recursos educativos

Calendario de eventos..... 12

MLN Connects™ Provider e-News 13

Parte A

Información general

Incremento en la facturación de pagos de 2015 para los RHC y FQHC 14

CMS publica las actualizaciones al sistema de información de residentes e internos 14

Problemas de procesamiento

Reclamaciones de IPPS..... 15

Sistema de pago prospectivo

Actualización de la tasa del PPS de salud en el hogar para el 2015 15

Actualización de enero de OPPS 16

CMS publica la actualización para las clínicas

de salud y los FQHC.....16

Implementación del sistema de pago prospectivo de ESRD de 2015.....17

Determinaciones locales de cobertura de Parte A 18

LCD nuevas

Spinal cord stimulation for chronic pain.....19

LCD retiradas

Hepatitis C antibody in the ESRD and non-ESRD setting 19

Revisiones a las LCD existentes

Noncovered services 20

Mohs micrographic surgery (MMS)..... 21

Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services 21

Información médica adicional

Cambios de HCPCS 2015 de las determinaciones de cobertura local 22

Contactos de Parte A de Puerto Rico 25

Contactos de Parte A de Florida y las Islas Vírgenes de Estados Unidos 26

Parte B

Información general

Actualización de abril de las NCCI 27

Laboratorio clínico

Nuevas pruebas con dispensa 27

Determinaciones locales de cobertura de Parte B 28

LCD nuevas

Spinal cord stimulation for chronic pain.....29

LCD retiradas

Alemtuzumab (Campath®)..... 29

Hepatitis C antibody in the ESRD and non-ESRD setting 30

Revisiones a las LCD existentes

Noncovered services 30

Mohs micrographic surgery (MMS) 31

Ophthalmological diagnostic services 31

Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services 32

Información médica adicional

Cambios de HCPCS 2015 de las determinaciones de cobertura local 32

Contactos de Parte B de Puerto Rico 36

Contactos de Parte B de Florida 37

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos 38

Medicare A y B Al Día

Vol. 6, No. 12
Diciembre de 2014

Publications staff

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

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

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

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

Ambulancia

Clarificación de la política de pago de SCT para los servicios de transporte en ambulancia

El transporte de atención especializada (SCT) bajo la tarifa fija de servicios de ambulancia es definido en el 42 *Code of Federal Regulations* (CFR) §414.605 como el transporte entre instalaciones hospitalarias, de un beneficiario críticamente herido o enfermo, por una ambulancia por tierra, incluyendo los suministros y los servicios medicamente necesarios, a un nivel de servicio más allá del alcance del técnico de emergencias médicas (EMT) – paramédico. El SCT es necesario cuando la condición del beneficiario requiere atención continua que debe ser prestada por uno o más profesionales de la salud en un área de especialidad apropiada, por ejemplo, enfermería, medicina de emergencia, cuidado respiratorio, cuidado cardiovascular o un paramédico con formación adicional.

En la regla final (71 FR 69716) del 1 de diciembre de

2006, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ampliaron la definición de “entre instalaciones hospitalarias” para incluir tanto a los hospitales como a los centros de enfermería especializada (SNF). CMS considera un “centro/instalación hospitalaria” para incluir sólo un SNF o un hospital que participa en el programa de Medicare, o en un centro basado en el hospital que cumple con nuestros requisitos del estatus basado en el proveedor, tal como se especifica en 42 CFR §413.65. Los hospitales de Medicare incluyen, pero no se limitan a, los hospitales de rehabilitación, hospitales oncológicos, hospitales infantiles, hospitales psiquiátricos, hospitales de cuidado crítico (CAH), hospitales de cuidados intensivos de pacientes internos y hospitales comunitarios únicos (SCH).

Cobertura

Actualización de los deducibles, coaseguros y las tarifas de primas de Medicare para el 2015

Número de *MLN Matters*: MM8982

Número de petición de cambio relacionado: 8982

Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de noviembre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R89GI

Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron los deducibles, coaseguros y las tarifas de primas de 2015 para los beneficiarios cubiertos a través del programa del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare. Los deducibles, coaseguros y las tarifas de primas básicas de 2015 son:

Tarifas de seguro de hospital - Parte A 2015

Deducible: \$1,260.00

Coaseguro

- \$315 al día para los días 61-90
- \$630 al día para los días 91-150 (días de reserva de por vida)
- \$157.50 al día para los días 21-100 (coaseguro del centro de enfermería especializada)

Tarifas de seguro médico complementario (SMI) - Parte B 2015

Bajo el programa de seguro médico suplementario (SMI) de la Parte B de Medicare, los afiliados están sujetos a una prima mensual. La mayoría de los servicios de SMI están sujetos a un deducible anual y coaseguro (porcentaje de costos que el afiliado debe pagar), los cuales son establecidos por ley.

Deducible: \$147 al año

Coaseguro: 20 por ciento

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8982.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8982, 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/R89GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 89, CR 8982

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

Detección del virus de la hepatitis C (HCV) en adultos

Número de *MLN Matters*: MM8871 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8871
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 2 de junio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3127CP y R177NCD
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015 para las ediciones no compartidas del MAC y el análisis de CWF; 6 de abril de 2015 para las ediciones restantes del sistema compartido

Este artículo fue revisado el 26 de noviembre para poder (1) hacer cambios editoriales, (2) añadir los TOB 71x y 77x y aclarar la metodología de pago, (3) añadir POS 50, 72 y 81, (4) aclarar el procesamiento de reclamaciones antes del 1 de enero de 2015, (5) aclarar los códigos de remesa y (6) revisar la información de implementación.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente la cobertura de Medicare para la detección del virus de la hepatitis C (HCV), de acuerdo con las recomendaciones del United States Preventive Services Task Force (USPSTF).

A partir del 2 de junio de 2014, CMS está cubriendo la detección de HCV con las pruebas de laboratorio apropiadas, aprobadas/clarificadas por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos. Las pruebas están cubiertas cuando son ordenadas por el profesional de la salud o médico de cuidado primario del beneficiario en el contexto de un ambiente de atención primaria. Además, las pruebas deben ser realizadas por

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.

un proveedor de Medicare elegible para los beneficiarios adultos que cumplan con una de las siguientes categorías de riesgo:

1. Alto riesgo de contraer la infección de HCV, lo cual es definido como personas con un historial actual o pasado de uso ilícito de medicamentos inyectables y personas que tienen un historial de haber recibido una transfusión de sangre antes de 1992. La evaluación(es) anual está cubierta para las personas que han tenido continuo uso ilícito de medicamentos inyectables desde la última prueba de detección negativa
2. No cumple con la definición de "alto riesgo" arriba mencionada pero nació entre 1945-1965; una sola prueba de detección, una vez en la vida, es cubierta para estos individuos

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8871.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8871, 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/R3127CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2014-Transmittals-Items/R177NCD.html>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3127, CR 8871 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 177, CR 8871

Encuentre sus favoritos  utilice Clics rápidos

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

ICD 10

Se acercan las pruebas de ICD-10 de tarifas fijas de Medicare

Número de *MLN Matters*: SE1409 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo fue revisado el 8 de diciembre para incluir las fechas y algunos detalles adicionales para los tres periodos de pruebas integrales.

Resumen

Debido a los impactos de la transición de ICD-10 en toda la comunidad del cuidado de la salud, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han desarrollado un enfoque completo de cuatro componentes para la preparación y las pruebas para asegurarse de que la comunidad del proveedor esté preparada.

El enfoque de cuatro componentes incluye:

- Pruebas internas de CMS de su sistema de

procesamiento de reclamación

- Herramientas de pruebas Beta iniciadas por el proveedor

- Pruebas de reconocimiento y
- Pruebas integrales

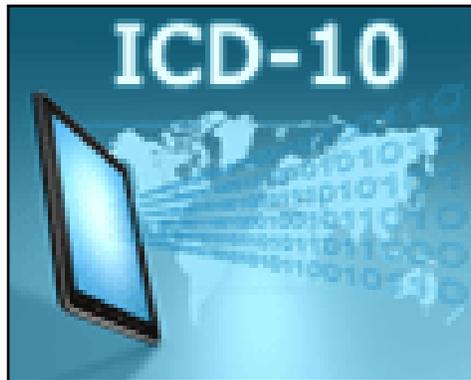
Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1409.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1409

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones.

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



CMS actualiza sus FAQ sobre las pruebas integrales del procesamiento de reclamaciones de ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE1435
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) animan a los participantes del programa de pruebas integrales de Medicare de la clasificación internacional de enfermedades, 10a edición, (ICD-10), a que revisen las preguntas y respuestas en el artículo vinculado de *edición especial* de *MLN Matters*® para obtener una comprensión de las directrices y los requisitos para unas pruebas exitosas.

Las pruebas integrales procesan las reclamaciones a través de todos los sistemas de edición de Medicare para producir y devolver una remesa de pago electrónica

(ERA) precisa. Aunque las pruebas de reconocimiento están abiertas a todos los remitentes electrónicos, la prueba integral está limitada a una muestra más pequeña de los remitentes que son voluntarios y son seleccionados para las pruebas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1435.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1435

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

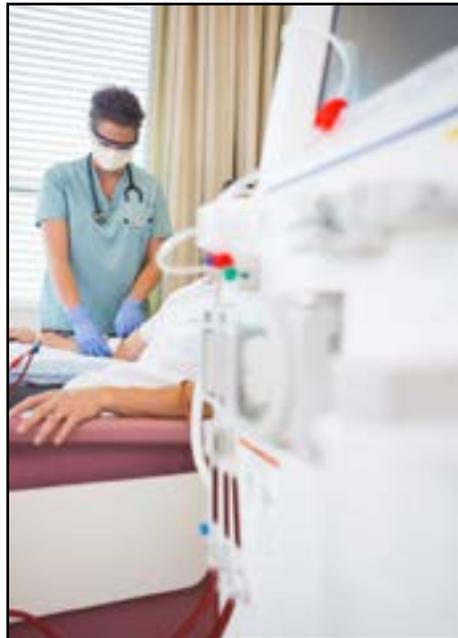
Revisiones al 'Medicare Program Integrity Manual' relacionadas a los centros de tratamiento de ESRD

Número de *MLN Matters*: MM8810
 Número de petición de cambio relacionado: 8810
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 29 de diciembre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R556PI
 Fecha de implementación: 29 de diciembre de 2014

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron aclaraciones para el capítulo 15 del *Medicare Program Integrity Manual*. La mayoría de estos cambios fueron de carácter editorial y aclararon otros manuales de Medicare que estaban referenciados en el documento.

Gran parte del capítulo 15 proporciona información relacionada a los centros de tratamiento de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD). En adición, el capítulo 15 cubre las reglas de Medicare relacionadas al manejo y propiedad de las organizaciones que proveen servicios médicos a los beneficiarios de Medicare.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8810.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8810, 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/R556PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 556, CR 8810

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.

Descubra los beneficios de la remesa electrónica

¿Recibe remesas de pago estándares (SPR) en papel?

First Coast Service Options Inc. (First Coast) envían sus reclamaciones electrónicamente. Sin embargo, los registros de First Coast también muestran que para el 11 de octubre de 2014, el 11 por ciento de todas las remesas de pago de Parte A y el 12 por ciento de todas las remesas de pago de Parte B fueron enviadas a los proveedores en papel en vez del formato electrónico fácil de usar.

¿Por qué no cambiarse al formato electrónico?

A continuación se presentan algunos de los beneficios de recibir la remesa de pago electrónica (ERA):

- Reciba sus remesas el día en que finaliza la reclamación
- Reduce los costos asociados con:
 - Almacenamiento y mantenimiento de los SPR

- Tiempo del personal para revisar y archivar los SPR

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proveen el software libre de costo para que pueda descargar, ver, e imprimir copias de las remesas electrónicas de Parte A o Parte B cuando usted desee. Si usted envía actualmente sus reclamaciones de forma electrónica y no está configurado para la remesa electrónica, complete el [formulario de inscripción para el intercambio electrónico de datos \(EDI\)](#) antes de descargar el software libre de costo.

¿Cómo recibe usted este software gratuito?

- Para los proveedores de Parte A, descargue [PC-Print Software](#)
- Para los proveedores de Parte B, descargue [MREP software](#)

Su tiempo y dinero son valiosos. Ahorre ambos al descargar hoy el software para las remesas de pago electrónicas.

Actualización de la terapia intensiva del comportamiento para la obesidad y otros dos servicios de cribado

Número de *MLN Matters*: MM8874
Número de petición de cambio relacionado: 8874
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3146CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8874 describe la cobertura y los pagos de tres servicios de detección/cribado en el año 2015. Los nuevos códigos serán incluidos en la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB) del 2015 y el editor de códigos ambulatorios integrados (IOCE).

Terapia intensiva del comportamiento para la obesidad

Efectivo para las fechas de servicio del 1 de enero de 2015, la terapia intensiva del comportamiento para la obesidad, en un ambiente de grupo, será reportada usando G0473 cuando se presten estos servicios a un grupo máximo de diez beneficiarios. El coaseguro y deducible no se aplican al procedimiento G0473.

Tomosíntesis digital de cribado mamográfico

Efectivo desde el 1 de enero de 2015, el código de procedimiento 77063 debe ser facturado junto con el código de procedimiento mamografía de cribado G0202 (Screening mammography, producing direct digital image, bilateral, all views, 2D imaging only [cribado mamográfico,

producción de imagen digital directa, bilateral, todas las perspectivas, solamente imágenes 2D]). El coaseguro y deducible no se aplican al procedimiento de 77063.

Anestesia asociada con la colonoscopia de cribado

Los profesionales de anestesia que realizan la facturación por separado de la anestesia para la colonoscopia de cribado (00810) deben utilizar el modificador 33 para identificar la cirugía como "screening" (cribado) y calificar para eximir el coaseguro y deducible.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8874.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8874, 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/R3146CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3146, CR 8874

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 a las combinaciones de código definidas de CAQH CORE

Número de *MLN Matters*: MM8983
Número de petición de cambio relacionado: 8983
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de noviembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3135CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8983 se ocupa de la actualización regular de las combinaciones de los códigos definidos en el comité del consejo para el cuidado de la salud asequible (CAQH) sobre las reglas operacionales, para intercambio de información (CORE) según la regla operacional 360 del uso uniforme de los códigos de denegación de ajuste de reclamación y la regla de los códigos de comentario de las remesas de pago (835).

El CAQH CORE publicará la próxima versión de la lista de combinación de código en o alrededor del 1 de febrero de 2015, y la actualización estará basada en las actualizaciones de CARC y RARC publicadas el 1 de noviembre en el sitio Web de Washington Publishing

Company (WPC). Los contratistas administrativos de Medicare comenzarán utilizando esta versión el 1 de abril 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/MM8983.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8983, 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/R3135CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3135, CR 8983

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 anuncia el calendario para la segunda ronda de licitación competitiva DMEPOS de la nueva competencia/ nueva competencia nacional de pedidos por correo

Licitación competitiva DMEPOS – comienza el programa de educación para el licitante

Calendario de licitación

CMS ha anunciado el [calendario de licitación](#) (en inglés) para la segunda ronda de la nueva competencia, y la nueva competencia nacional de pedidos por correo, del programa de licitación competitiva de Medicare para equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS).

Programa de educación para el licitante

CMS también ha puesto en marcha un programa de educación integral para el licitante. Este programa está diseñado para asegurar que los proveedores de DMEPOS interesados en la licitación reciban la información y la ayuda que necesitan para presentar licitaciones completas en el momento oportuno.

El CBIC es la fuente de información oficial para los licitadores y el punto focal para la educación del licitante. La página Web de CBIC cuenta con una gran variedad de información importante y útil para los proveedores, incluyendo las reglas de licitación, guías de usuario, hojas informativas, listas de verificación y hojas de trabajo de preparación de la licitación.

El programa de educación también incluye una nueva serie de videos para ayudar y guiar a los licitantes a través de todo el proceso de licitación. Los cortos – pero útiles e interesantes – [videos instructivos](#) (en inglés) están publicados en el sitio Web de CBIC. Cuando se publica



un nuevo video, el CBIC anunciará su disponibilidad a través de una actualización de correo electrónico de CBIC. Para inscribirse para recibir los anuncios de vídeo y otra información clave de registro y licitación, suscríbese a las [actualizaciones de correo electrónico de CBIC](#) (en inglés).

Además de ver la información en el sitio Web de CBIC, se anima a los proveedores para que llamen a la línea gratuita del centro de atención al cliente de CBIC, al 1-877-577-5331, con preguntas. Durante los períodos de inscripción y de licitación, el centro de servicio al cliente estará abierto de 9 a.m. a 9 p.m. ET.

Para más información,

[Comunicado de prensa](#) (en inglés).

[Hoja informativa](#) (en inglés).

Inscripción del proveedor

Requerimientos de inscripción del proveedor para escribir recetas de Medicare Parte D



Número de *MLN Matters*: SE1434

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

Ver **REQUERIMIENTOS**, en la próxima página

REQUERIMIENTOS

De la página anterior

De acuerdo con CMS, los prescriptores de medicamentos de la Parte D deben presentar sus solicitudes de inscripción a Medicare o declaraciones juradas a sus contratistas administrativos de Medicare (MAC) para el 1 de junio de 2015, para asegurar que los MAC tengan suficiente tiempo para procesar las solicitudes o declaraciones juradas.

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

exclusión voluntaria con Medicare.

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1434

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

Intercambio electrónico de datos

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

Número de *MLN Matters*: MM8994

Número de petición de cambio relacionado: 8994

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de diciembre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3143CP

Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

El Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requiere que todos los pagadores del cuidado de la salud solamente usen los códigos de categoría de estatus de reclamación y los códigos de estatus de reclamación aprobados por el comité nacional del código de mantenimiento. El comité nacional de mantenimiento de código se reúne cada año en febrero, junio y octubre. El comité toma decisiones sobre las adiciones, modificaciones y el retiro de los códigos existentes.

Los cambios de código en estas instrucciones son para utilizarse en la edición de todas las transacciones procesadas a partir del 6 de abril de 2014 y deben reflejarse en las transacciones x12 277 emitidas a partir de esa fecha.

Todos los cambios de códigos aprobados durante la reunión de comité de enero de 2015 serán publicados en o

alrededor del 1 de febrero de 2015, en <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes/> y <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes/>. En los listados de códigos se incluyen detalles específicos, incluyendo la fecha en que un código fue añadido, cambiado o eliminado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8994.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8994, 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/R3143CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3143, CR 8994

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

Actualización de las tarifas fijas de DMEPOS 2015

Número de *MLN Matters*: MM8999
 Número de petición de cambio relacionado: 8999
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de noviembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3129CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8999 provee información relacionada a la actualización anual para las tarifas fijas del equipo médico duradero, prósticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) de Medicare. En adición a las tarifas fijas, el artículo describe los siguientes cambios:

- Códigos añadidos/eliminados
- Codificación específica y asuntos de precios
- Suministros de pruebas de diabetes
- Factor de actualización
- Tasas de pago laboral
- Cantidad de pago mensual nacional para los equipos fijos de oxígeno

- Cantidad de pago para el mantenimiento y servicio para ciertos equipos de oxígeno
- Corrección relacionada a la CR 8566



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8999.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8999, 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/R3129CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3129, CR 8999

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.

LAS HERRAMIENTAS

De la página 1

componen de los servicios prestados por más de 200 médicos y las extensiones médicas de 40 especialidades médicas y quirúrgicas diferentes. Watson Clinic tiene 17 oficinas ubicadas en tres condados a lo largo del centro de Florida. Teniendo en cuenta este volumen, el equipo de facturación de Medicare es un componente crítico para las operaciones exitosas de negocios.

Según Gonzales, el mayor reto para su equipo es trabajar con reclamaciones denegadas. “Pasamos una buena cantidad de tiempo trabajando sobre las denegaciones y la comprobación para ver qué es necesario hacer para lograr que la reclamación sea reprocesada. Empezamos a hacer reaperturas desde el primer día que First Coast las ofreció. Ahora con las reaperturas en línea, estamos tratando de mover todo para el SPOT”, dijo Gonzales.

First Coast añadió la función de reapertura de reclamación en línea del SPOT en septiembre de 2014. Los proveedores pueden presentar las solicitudes de reapertura administrativa de Parte B y corregir sus reclamaciones en el SPOT ajustando elementos de la reclamación tales como la fecha(s) de servicio, el código

de procedimiento, modificador, el código de diagnóstico o las unidades facturadas.

El SPOT representa un salto enorme en la ayuda a Watson Clinic y su facturación de Medicare. “He visto la página Web de First Coast crecer y cambiar. El SPOT ha sido realmente una gran adición”, dijo Gonzales. “Si se trata de algo como la ausencia de un modificador, podemos corregirlo allí mismo, en el SPOT. Si podemos resolverlo allí, determinaremos si la reclamación es elegible para el siguiente nivel de apelación.”

Gonzales dijo que mientras ella tenía un sistema implementado para realizar un seguimiento de las apelaciones de reclamaciones, la [nueva herramienta de verificación de apelación](#), ofrecida por First Coast, la ayuda a priorizar las apelaciones de reclamaciones a nivel de redeterminación. “Con la herramienta de apelaciones nosotros podemos tomar mejores decisiones sobre cuáles apelaciones debemos trabajar”, dijo.

Gonzales asegura que los residentes de temporada de Florida pueden complicar este asunto con la variedad de planes de Medicare Advantage que cubren sus servicios. “Con nuestros visitantes de invierno, tenemos que estar

Ver **HERRAMIENTAS**, en la próxima página

LAS HERRAMIENTAS

De la página anterior

al tanto de su estado de elegibilidad”, dice Gonzales. “Muchos beneficiarios no son conscientes de que se inscribieron en un plan de Medicare diferente del plan tradicional. Ellos saben que tienen Medicare y eso es todo.”

Gonzales dice que tener un acceso rápido a la elegibilidad de Medicare, y la información del pagador secundario, mejora en gran medida su capacidad de presentar reclamaciones precisas y obtener un reembolso más rápido.

“Nuestra principal responsabilidad es asegurar que nuestra facturación es apropiada y obtener reclamaciones procesadas. Revisamos las reclamaciones denegadas y nos aseguramos de que la documentación médica que tenemos es lo que First Coast tiene para lograr que la

reclamación sea pagada”, dijo Gonzales. “Nos fijamos en cada reclamación individual. Revisamos para asegurarnos de que se implementó una ABN (notificación anticipada al beneficiario), si la reclamación necesita ser transferida a otro pagador, o si es apropiado, en qué medida el paciente tiene la responsabilidad de pagar la reclamación. “Para lograr todo esto, ella utiliza la mayoría de las herramientas y actualizaciones disponibles a través de la página Web de First Coast.

“Nos encanta la *Hoja de cálculo de E/M*. Tenemos tres codificadores certificados que realizan auditorías para encontrar el código correcto. Otras herramientas importantes incluyen los *reportes PDS*, las *tarifas fijas* y la búsqueda de *determinaciones locales de cobertura*. “El PDS lo utilizamos bastante. Si hay algo sospechoso que encontramos en nuestras remesas, lo verificamos con un PDS. Sin embargo, ya no lo necesitamos tanto ya que hemos resuelto o limitado los problemas de facturación con el uso de las herramientas”, dijo Gonzales.



Calcule las posibilidades ...

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

Marzo de 2015

Cambios y regulaciones de la Parte A de Medicare

Cuando: 17 de marzo de 2015

Hora: 10:00-11:30 AM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/277124.asp>

Cambios y regulaciones de la Parte B de Medicare

Cuando: 18 de marzo 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/277138.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, 20 de noviembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-11-20-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el miércoles, 26 de noviembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-11-26-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 4 de diciembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-12-04-eNews.html?DLPage=1&DLSort=0&DLSortDir=descending>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 11 de diciembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-12-11-eNews.html?DLPage=1&DLSort=0&DLSortDir=descending>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 18 de diciembre de 2014 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2014-12-18-eNews.html?DLPage=1&DLSort=0&DLSortDir=descending>

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>.



Información general

Incremento en la facturación de pagos de 2015 para los RHC y FQHC bajo el sistema AIR

Número de *MLN Matters*: MM8980
 Número de petición de cambio relacionado: 8980
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de diciembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3147CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8980 actualiza las tarifas de pago de facturación para la clínica rural de salud (RHC) y los centros de salud federalmente calificados (FQHC) bajo el sistema de tarifa con todo incluido (AIR). Cada sitio FQHC se designa como entidad urbana o rural basado en las definiciones urbanas y rurales en la sección 1886(d)(2) (D) del Social Security Act (el Act).

A partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015, los límites de pago superior por visita se revisan como sigue:

- **Clínica rural de salud:** \$80.44
- **Centros de salud federalmente calificados (urbanos):** \$130.05

- **Centros de salud federalmente calificados (rurales):** \$112.56

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8980.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8980, 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/R3147CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3147, CR 8980

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 actualizaciones al sistema de información de residentes e internos

Actualizaciones al software de IRIS

Cada uno de los programas de software del sistema de información de residentes e internos (IRIS) (IRISV3 y IRISEDV3) tienen tres archivos actualizados (códigos de la escuela de medicina, códigos de tipo de residencia y las instrucciones de operación de IRISV3) para recopilar y reportar información sobre adiestramiento de residentes en ambientes de hospital y en ambientes no hospitalarios. Estos son clasificados de la siguiente manera:

Instrucciones de operación de IRISV3 y extractos de las instrucciones de operación de IRISV3 para usar con IRISEDV3 de agosto de 2014 (obligatorio para los periodos de reporte de costo a partir del 1 de julio de 2014):

- CMS añadió nueve nuevos códigos de tipo de residencia de IRIS a la tabla de códigos de tipo de residencia de IRIS
- CMS también añadió siete nuevos códigos de la escuela de medicina de IRIS a la tabla de códigos de la escuela de medicina de IRIS
- Los proveedores pueden comenzar a utilizar los nuevos códigos de escuela de medicina y de tipo de

residencia en los programas de IRIS para los periodos de reporte de costo que terminan a partir del 30 de junio de 2014

Instrucciones de operación de IRISV3 y extractos de las instrucciones de operación de IRISV3 para usar con IRISEDV3 de septiembre de 2014 (obligatorio para los periodos de reporte de costo a partir del 1 de julio de 2014):

- CMS volvió a numerar los códigos de tipo de residencia de IRIS en la tabla de código del tipo de residencia de IRIS; CMS removió los códigos obsoletos de tipo de residencia de IRIS de esta tabla
- CMS removió los códigos obsoletos de la escuela de medicina de IRIS de la tabla de códigos de la escuela de medicina de IRIS
- Los proveedores deben usar los códigos vueltos a numerar de tipo de residencia de IRIS en los programas de IRIS para los periodos de reporte de costo a partir del 1 de julio de 2014

Los programas de IRIS están disponibles para descargar a través del sitio Web de IRIS (<http://go.usa.gov/Grw3>).

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

Problemas de procesamiento

Reprocesamiento de reclamaciones de IPPS asignadas a DRG 410, 573 o 907

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se pusieron al tanto, recientemente, de una discrepancia en el peso relativo asignado a los grupos de diagnóstico relacionado (DRG) 410, 573 y 907 en el 'pricer' del sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados (IPPS).

El peso relativo de estos DRG está programado para ser corregido en enero de 2015. Una vez corregido, su contratista administrativo de Medicare volverá a procesar las reclamaciones afectadas para corregir el reembolso.

Resolución

El peso relativo de estos DRG está programado para ser corregido en enero de 2015.

Estatus/fecha de solución

Abierto. Una vez corregido, los contratistas administrativos de Medicare volverán a procesar las reclamaciones afectadas para corregir el reembolso.

Acción del proveedor

Ninguna.

Problemas actuales de procesamiento

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

Sistema de pago prospectivo

Actualización de la tasa del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar para el 2015

Número de *MLN Matters*: MM8969

Número de petición de cambio relacionado: 8969

Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de diciembre de 2014

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3145CP

Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las actualizaciones al sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS) para el 2015.

En esta publicación, CMS señala los cambios a las tarifas del episodio nacional de 60 días de HH-PPS, las cantidades nacionales por visita, las cantidades añadidas de ajuste de pago por poca utilización (LUPA) y las cantidades de pago de suministros médicos no rutinarios.

La actualización de la productividad multifactorial (MFP) ajustada de la bolsa del mercado de salud en el hogar para el 2015 es 2.1 por ciento. Las agencias de salud en el hogar que no reporten los datos de calidad requeridos recibirán una reducción de dos puntos porcentuales en la actualización de la MFP ajustada de la bolsa del mercado de HH de 2.1 por ciento para el 2015.

El artículo de *MLN Matters*® también incluye instrucciones para que los proveedores presenten el código del área estadística principal (CBSA) o el código especial de índice de salario que corresponde al estado y el condado del lugar de residencia del beneficiario así como las tablas asociadas de índice de salarios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8969.pdf>.



[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8969.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8969.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8969, 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/R3145CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3145, CR 8969

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 enero de 2015 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital



Número de *MLN Matters*: MM9014
 Número de petición de cambio relacionado: 9014
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3156CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

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

Para el 2015, CMS está creando una nueva categoría de códigos llamada: clasificación completa de pago ambulatorio facturado (APC). Las APC completas (identificadas por un nuevo indicador de estatus, J1) proporcionan un único pago de un servicio primario y el pago de todos los servicios complementarios reportados en la misma reclamación. A través de la lógica del editor

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 la actualización para las clínicas de salud y los centros de salud federalmente calificados en el manual de política

Número de *MLN Matters*: MM8981
 Número de petición de cambio relacionado: 8981
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de diciembre de 2014
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R201BP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron y clarificaron la información sobre las tarifas del sistema de pago prospectivo (PPS) de

de códigos ambulatorios integrados (I/OCE), el 'pricer' asignará automáticamente el pago de un servicio completo de APC reportado en una reclamación.

En adición a la creación de los nuevos códigos, CMS actualizó las instrucciones de facturación para:

- Facturación del tejido corneal
- Facturación de los servicios de monitoreo de telemetría cardíaca móvil
- Nuevos códigos-G HCPCS de laboratorio efectivos a partir del 1 de enero 2015
- Guía para la codificación de inyecciones intraoculares o perioculares de combinaciones de medicamentos antiinflamatorios y antibióticos
- Nuevos códigos HCPCS y los descriptores de dosis de ciertos medicamentos, productos biológicos y radiofarmacéuticos
- Medicamentos y productos biológicos con pagos basados en el precio promedio de venta (ASP)
- Ediciones del procedimiento de sustituto de piel

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9014.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9014, 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/R3156CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3156, CR 9014

los centros de salud federalmente calificados (FQHC), los códigos de pago y las visitas cualificadas en el *Medicare Benefit Policy Manual*.

En adición, CMS actualizó la información en el manual de política con respecto a los requisitos de empleo en un centro de salud rural (RHC); los servicios de salud preventiva de RHC y FQHC y otros temas relacionados con la facturación y los servicios de RHC y FQHC.

Información adicional

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

Ver **CMS**, en la próxima página

Implementación del sistema de pago prospectivo de ESRD de 2015

Número de *MLN Matters*: MM8978 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8978
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R200BP y R3139CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

La petición de cambio (CR) 8978 detalla las modificaciones a las actualizaciones de la tarifa de 2015 para el sistema de pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS). Este artículo fue revisado el 8 de diciembre de 2014 para reflejar la CR 8978 revisada, emitida el 2 de diciembre. En el artículo, la fecha de lanzamiento de la CR, los números de transmisión y las direcciones Web para acceder a la CR 8978 fueron revisados. El resto de información sigue siendo la misma.

Resumen

La petición de cambio (CR) 8978 describe las actualizaciones reflejadas en el sistema de pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

En un esfuerzo para mejorar los datos de las reclamaciones de ESRD para posibles mejoras futuras

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

De la página anterior

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8981.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8981.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

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.

al ESRD PPS, CMS está requiriendo a los centros de ESRD que comiencen a reportar los medicamentos y productos biológicos de tarifa compuesta en la reclamación. Específicamente, los centros de ESRD deben reportar solamente los medicamentos de tarifa compuesta identificados en el listado de medicamentos de facturación consolidados provisto en el anexo B de la CR. La política de pago de ESRD PPS permanece igual para los medicamentos de tarifa compuesta; por lo tanto, no se hacen pagos por separado y estos medicamentos no serán incluidos en la política extraordinaria.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8978.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8978, 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/R200BP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3139CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 200, CR 8978 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3139, CR 8978

8981, 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/R201BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 201, CR 8981

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 todos las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta octubre 2014.

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

Spinal cord stimulation for chronic pain – nueva LCD

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

El análisis de datos identificó un aumento en la utilización de servicios de estimulación de la médula espinal, códigos CPT® 63650 y 63655. Los datos médicos estadísticos obtenidos del sistema de extracción de resumen de la Parte B de Medicare (BESS), para las fechas de servicio desde 07/01/2013 hasta 12/31/2013 indicaron una relación del contratista de la Parte B de Medicare con la nación, para Florida de *1.52 para el código de procedimiento 63650 (entre 50-100% por encima de la media nacional) y *2.02 (100-150% por encima de la media nacional) para el código CPT® 63655. (Nota: Los datos de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos estaban por debajo de la media nacional de los códigos aplicables).

Debido al riesgo de un error de pago de alto valor del dólar en la reclamación, la LCD para la estimulación de la médula espinal para el dolor crónico ha sido creada para hacer frente a las indicaciones limitadas de estos servicios y para aclarar aún más la determinación de cobertura nacional (NCD) 160.7, estimuladores nerviosos eléctricos, así como alinearse con otros contratistas administrativos de Medicare. Esto suplementa la LCD pero no reemplaza, modifica o sustituye las NCD existentes de Medicare aplicables o las reglas de política de pago y regulaciones

para la estimulación de la médula espinal (estimulación de la columna dorsal).

Esta LCD ha sido creada para delinear indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos CPT®, códigos de diagnóstico ICD-9-CM, pautas de documentación y pautas de utilización de la estimulación de la médula espinal para el dolor crónico. Además, las directrices de codificación se crearon y fueron anexadas a la LCD para proporcionar instrucciones sobre la codificación y la facturación para todos los códigos en la política.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o a partir del 7 de febrero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

LCD retiradas

Hepatitis C antibody in the ESRD and non-ESRD setting – retirada la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28886 (Florida) Identificador de LCD: L28908 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para anticuerpos de la hepatitis C en el ambiente de ESRD y no ESRD está siendo retirada con base en el análisis de datos.

Fecha de vigencia

Este retiro de esta LCD es efectivo para los servicios prestados **en o a partir del 16 de diciembre de 2014**. Las

LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura médica de CMS de 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 de “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Revisones a las LCD existentes

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28991 (Florida)

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

El departamento de Medical Policy & Procedures (políticas y procedimientos médicos) evaluó los siguientes servicios y determinó que no se consideran médicamente razonables y necesarios en este momento, sobre la base de la evidencia actual disponible publicada (por ejemplo, la literatura médica revisada por profesionales y los estudios publicados). Por lo tanto, los siguientes códigos de procedimiento se han añadido a la LCD de servicios no cubiertos. Después de que un borrador de LCD se hace efectivo/activo, cualquier parte interesada podrá solicitar una revisión de la LCD, siguiendo el proceso de reconsideración como se describe en nuestra página Web.

- **C2624** – Right heart catheterization with implantation of wireless pressure sensor in the pulmonary artery, including any type of measurement, angiography, imaging supervision, interpretation, and report
- **0347T** – Placement of interstitial device(s) in bone for radiostereometric analysis (RSA)
- **0348T-0350T** – Radiologic examination, radiostereometric analysis (RSA);
- **0351T-0354T** – Optical coherence tomography of breast
- **0355T** – Gastrointestinal tract imaging, intraluminal (eg, capsule endoscopy), colon, with interpretation and report
- **0356T** – Insertion of drug-eluting implant (including punctal dilation and implant removal when performed) into lacrimal canaliculus, each
- **0358T** – Bioelectrical impedance analysis whole body composition assessment, supine position, with interpretation and report
- **0008M** – Oncology (breast), MRNA analysis of 58 genes using hybrid capture, on formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) tissue, prognostic algorithm reported as a risk score. Prosigna™
- **0359T** – Behavior identification assessment, by the physician or other qualified health care professional, face-to-face with patient and caregiver(s), includes administration of standardized and non-standardized tests, detailed behavioral history, patient observation and caregiver interview, interpretation of test results, discussion of findings and recommendations with the primary guardian(s)/caregiver(s), and preparation of report
- **0360T-0363T** – Observational behavioral follow-up assessment
- **0364T-0374T** – Adaptive behavior treatment by protocol, administered by technician, face-to-face with one patient; first 30 minutes of technician time

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista trata la calidad de la evidencia según el *manual de integridad del programa*. Al abordar los artículos y la información relacionada en el dominio público, el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción N (JN) llegó a la determinación de que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, la cual consiste en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos y la revisión de artículos de reportes de datos sobre seguridad y eficacia limitada de los procedimientos de fusión de la articulación sacroilíaca para el tratamiento de condiciones sacroilíacas relacionadas con el dolor. Debido a la falta de disponibilidad de pruebas de alta calidad, el MAC JN reitera que no hay suficiente evidencia científica para apoyar el uso de la fusión sacroilíaca en el tratamiento del dolor de espalda debido a síndrome de la articulación sacroilíaca y por lo tanto no se considera razonable y necesaria en la sección 1862(a)(1)(a) del Social Security Act.

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

Una de las partes interesadas puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el plazo de notificación ha terminado y el borrador se convierte en activo. En el caso de la LCD de servicios no cubiertos, el interesado puede solicitar la lista de los artículos y la información relacionada en el dominio público que fueron considerados por el departamento de Medical Policy (política médica) en la toma de decisión no cobertura. Si el interesado tiene nueva información sobre la base de la evaluación de la lista de los artículos y la información relacionada, se puede iniciar una reconsideración de LCD. Es responsabilidad de la parte interesada, solicitar la lista probatoria por parte del contratista y presentar los artículos adicionales, los datos y la información relacionada en apoyo a su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir los requisitos de reconsideración de LCD descritos en el sitio Web.

Además, cualquier parte interesada podrá solicitar a CMS la consideración del desarrollo de una determinación de cobertura nacional (NCD). Es de destacar que si la evidencia no es suficiente para la cobertura bajo la sección 1862(a)(1)(A), un artículo o servicio pueden ser considerados para cobertura bajo la política de CMS de cobertura con evidencia de desarrollo (CED) en la que "razonable y necesario" quedan establecidos bajo 1862(a)(1)(E) de el Act. Bajo la autoridad de la sección 1862(a)(1)(E), el proceso de NCD puede dar lugar a la cobertura si el artículo o servicio sólo están cubiertos cuando se

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

proporcionan dentro de un ambiente en el que hay un proceso previamente especificado para la recopilación de datos adicionales y en el cual el proceso proporciona protecciones adicionales y medidas de seguridad para los beneficiarios, tales como los presentes en ciertas pruebas clínicas.

Mohs micrographic surgery (MMS) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28932 (Florida)

Identificador de LCD: L28953 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Mohs micrographic surgery (MMS) fue revisada para actualizar las siguientes secciones: "Coverage Indications, Limitations, and/or Medical Necessity," "Indications," "Limitations" y "Documentation Requirements." El lenguaje en estas secciones se revisó para que el propósito de la LCD sea más claro: la cobertura se basa en las características de la lesión, las calificaciones del médico que la realiza y la documentación de necesidad médica en el expediente médico. La necesidad médica implica que el beneficiario fue informado de sus opciones de tratamiento y se le explicó los riesgos/beneficios de la técnica MMS y la reparación asociada. Las calificaciones del médico que la realiza deben ser verificables, si lo solicita el contratista,

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **en o a partir del 7 de febrero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

y los ejemplos de verificación fueron ampliados con base en las diversas contribuciones de las diferentes especialidades médicas y sus sociedades que tienen un interés en la técnica de MMS.

Fecha de vigencia

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

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

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

Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L33130 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios psiquiátricos de evaluación y diagnóstico de psicoterapia fue revisada con base en el análisis de datos y la revisión médica de los servicios psiquiátricos y de psicoterapia. Se identificaron los problemas relacionados con el uso frecuente de los servicios de psicoterapia en una base continua, específicamente en un centro de enfermería. Se hicieron revisiones a la sección de la LCD "Utilization Guidelines" para describir los parámetros razonables y necesarios que tratarían los problemas identificados en la revisión médica.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o a partir del 7 de febrero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información médica adicional

Cambios de HCPCS 2015 de las determinaciones de cobertura local

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura local (LCD) impactadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2015. Por consiguiente, los códigos de procedimiento se han añadido, modificado, sustituido o suprimido:

Título de LCD	Cambios
Alemtuzumab (Campath®)	La LCD está siendo retirada con base en que el indicador de estatus de pago de OPPS se cambió a “E” (no pagado por Medicare cuando se presenten las reclamaciones ambulatorias [cualquier tipo de factura de paciente ambulatorio]) para el código HCPCS J9010
Allergy Testing	Eliminado el código HCPCS G0461 Agregados los códigos CPT® 88341, 88342 y 88344 Cambio de descriptor para el código CPT® 84600
Biventricular Pacing/Cardiac Resynchronization Therapy	Cambios de descriptor para los códigos CPT® 33217, 33224, 33225, 33230, 33231, 33240 y 33249
Bone Mineral Density Studies	Eliminado el código CPT® 77082 Agregados los códigos CPT® 77085 y 77086
Colorectal Cancer Screening	Agregado el código HCPCS G0464 Agregado el lenguaje perteneciente al código CPT® 00810 y el modificador 33 (relacionado con la petición de cambio (CR) 8874) LCD revisada para volver a declarar los parámetros de utilización y los requisitos de órdenes (relacionados con la CR 8881)
Diagnostic and Therapeutic Esophagogastroduodenoscopy	Cambio de descriptor para los códigos CPT® 43247 y 43250
Diagnostic Colonoscopy	Cambio de descriptor para los códigos CPT® 44388, 44390, 44391, 44392, 45378, 45379, 45380, 45381, 45382, 45384, 45385, 45386, 45391 y 45392 Eliminados los códigos CPT® 44393, 44397, 45355, 45383 y 45387 Agregados los códigos HCPCS G6019, G6020, G6021, G6024 y G6025 Agregados los códigos CPT® 44401, 44402, 44403, 44404, 44405, 44406, 44407, 44408, 45388, 45389, 45390, 45393, 45398 y 45399
Erythropoiesis Stimulating Agents	Removido el código HCPCS J0890 con base en que el indicador de estatus de pago de OPPS se cambió a “E” (no pagado por Medicare cuando se presenten las reclamaciones ambulatorias [cualquier tipo de factura de paciente ambulatorio]) y las revisiones y el retiro nacional del lenguaje que se hicieron en la LCD completa para clarificación Agregado el código HCPCS J0887

Ver **CAMBIOS**, en la próxima página

CAMBIOS

De la página anterior

Título de LCD	Cambios
Ferrelecit® and Venofer®	Agregado el código HCPCS J1439
Gene Expression Profiling Panel for use in the Management of Breast Cancer Treatment	Removido el código <i>CPT</i> ® 84999 no listado y reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 81519
Genetic Testing for Lynch Syndrome	Eliminado el código HCPCS G0461 y G0462 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 81288, 88341, 88342 y 88344
Hemophilia Clotting Factors	Cambio de descriptor para el código HCPCS J7195 Eliminados los códigos HCPCS C9133 y C9135 Removido el código HCPCS C9399 no listado y reemplazado con el código HCPCS C9136 Agregados los códigos HCPCS J7200 y J7201
Hyperbaric Oxygen Therapy (HBO Therapy)	Eliminado el código HCPCS C1300 Agregado el código HCPCS G0277
Implantable Infusion Pump for the Treatment of Chronic Intractable Pain (Coding Guidelines only)	Eliminado el código HCPCS J2275 Agregado el código HCPCS J2274
Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT)	Eliminados los códigos <i>CPT</i> ® 0073T, 76950, 77305, 77310, 77315, 77326, 77327, 77328, 77385, 77386, 77387, 77403, 77404, 77406, 77408, 77409, 77411, 77413, 77414, 77416, 77418 y 77421 Agregados los códigos HCPCS G6001, G6002, G6003, G6004, G6005, G6006, G6007, G6008, G6009, G6010, G6011, G6012, G6013, G6014, G6015, G6016 y los códigos <i>CPT</i> ® 77306, 77307, 77316, 77317 y 77318
Mohs Micrographic Surgery (MMS)	Eliminados los códigos HCPCS G0461 y G0462 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 88341, 88342 y 88344
Molecular Pathology Procedures	Cambio de descriptor para el código <i>CPT</i> ® 81245 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 81246, 81288 y 81313
Noncovered Services	Eliminado el código <i>CPT</i> ® 0181T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 92145), código <i>CPT</i> ® 0199T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 95999 no listado– Tremor measurement with accelerometer(s) and/or gyroscope(s), código <i>CPT</i> ® 0226T (reemplazado con el código HCPCS G6027), código <i>CPT</i> ® 0227T (reemplazado con el código HCPCS G6028), código <i>CPT</i> ® 0239T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 93702), código <i>CPT</i> ® 0334T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 27279) y códigos <i>CPT</i> ® 87620/87622 (reemplazado con los códigos <i>CPT</i> ® 87623, 87624 y 87625) Eliminado el código <i>CPT</i> ® 88349

Ver **CAMBIOS**, en la próxima página

CAMBIOS

De la página anterior

Título de LCD	Cambios
Paclitaxel (Taxol®)	Eliminado el código HCPCS J9265 Agregado el código HCPCS J9267
Psychiatric Diagnostic Evaluation and Psychotherapy Services	Eliminado el código HCPCS M0064
Qutenza® (capsaicin) 8% patch	Eliminado el código HCPCS J7335 Agregado el código HCPCS J7336
Radiation Therapy for T1 Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas of the Skin	Cambio de descriptor para el código CPT® 77401 Eliminados los códigos CPT® 77403, 77404, 77406, 77408, 77409, 77411, 77413, 77414, 77416 y 77418 Agregados los códigos HCPCS G6003, G6004, G6005, G6006, G6007, G6008, G6009, G6010, G6011, G6012, G6013, G6014, G6015
Screening and Diagnostic Mammography	Cambio de descriptor para los códigos HCPCS G0204 y G0206 Agregado el código CPT® 77063 y el código HCPCS G0279
Stereotactic Radiosurgery (SRS) and Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT)	Eliminados los códigos HCPCS G0173 y G0251 Agregados los códigos CPT® 77372 y 77373
Transesophageal Echocardiogram	Agregado el código CPT® 93355
Vertebroplasty, Vertebral Augmentation; Percutaneous	Eliminados los códigos CPT® 22520, 22521, 22522, 22523, 22524, 22525, 72291 y 72292 Agregados los códigos CPT® 22510, 22511, 22512, 22513, 22514 y 22515
Viscosupplementation Therapy for Knee	Cambio de descriptor para los códigos CPT® 20610 y 27370 Removidos los códigos HCPCS C9399/J3490 (Monovisc) no listados y reemplazados con el código HCPCS J7327

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

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



Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

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

Redeterminaciones

Redeterminaciones sobrepagos

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45028
Jacksonville, FL 32232-5028

Recuperación de deudas (excepto de MSP)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45096
Jacksonville, FL 32232-5096

Exámenes médicos posteriores al pago

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

Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA*)

First Coast Service Options Inc.
Attn: FOIA PARD 16T
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Fraude y abuso de Medicare

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Inscripción de proveedores

First Coast Service Options Inc.
Provider Enrollment
Post Office Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Cobro de deudas MSPRC DPP – Parte A

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44179
Jacksonville, FL 32231-4179

Saldo de crédito

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

Departamento de Auditoría y Reembolso

Reporte de costo, auditoría, apelación de reporte de costo, porcentaje tentativo, rama de PS &R
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45268
Jacksonville, FL 32231-0048

Correo nocturno y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y próstéticos

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

Palmetto Government Benefit Administrators
Medicare Part A
P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

Palmetto Government Benefit Administrators
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.

1-877-908-8433

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA Y REEMBOLSO

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

First Coast Service Options

Certificaciones de la American Diabetes Association

Inscripción proveedor Medicare – ADA
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones/correspondencia Florida:

Servicio al cliente Medicare Parte A
P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45071
Jacksonville, FL 32232-5071

Presentación de reclamaciones electrónicas

Acceso al sistema remoto (DDE)
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Unidad de procesamiento de denuncias
P. O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de Freedom of Information Act

(Relacionado con reporte de costos y auditorías). Auditoría y reembolso a los proveedores (PARD)

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

Determinaciones de cobertura local

Pólizas médicas y procedimientos – 19T.
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

MSP P. O. Box 2711
Jacksonville, FL 32231-0021

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

MSP – revisión de hospital
P. O. Box 45267
Jacksonville, FL 32232-5267

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

Auditoría y reembolso a los proveedores.
P. O. Box 45268
Jacksonville, FL 32232-5268

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:
Redeterminaciones y apelaciones Medicare Parte A. 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
1-866-270-4909
Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto Government Benefit Administrators. P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

Palmetto Government Benefit Administrators
Medicare Parte A. P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

Números telefónicos

Servicio al cliente/IVR

Proveedores:
888-664-4112

Impedimento auditivo y del habla
877-660-1759

Beneficiarios:
800-MEDICARE (800-633-4227)

Impedimento auditivo y del habla
800-754-7820

Reporte del balance de crédito Recuperación de deudas

904-791-6281

Fax
904-361-0359

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Opción 1 – soporte a la transacción

Opción 2 – soporte PC-ACE

Opción 3 – (DDE)

Opción 4 – soporte de inscripción

Opción 5 – prueba 5010

Opción 6 – línea de respuesta automática

Auditoría y reembolso al proveedor

904-791-8430

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-8103

Fax para registro de seminarios

904-361-0407

Inscripción del proveedor

877-602-8816

Sitios Web

First Coast Service Options Inc.
(Contratistas de Medicare de Florida e Islas Vírgenes de EE.UU.)

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid

Proveedores:
www.cms.gov

Beneficiarios:
www.medicare.gov

Información general

Actualización de abril de 2015 de las ediciones nacionales de la iniciativa de codificación correcta, versión 21.1

Número de *MLN Matters*: MM8908
Número de petición de cambio relacionado: 8908
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de noviembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3132CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

La petición de cambio 8908 provee información sobre el paquete más reciente de las ediciones de la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI), versión 21.1, la cual entrará en vigor el 1 de abril de 2015. La versión 21.1 incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996, hasta el presente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8908.pdf>.

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8908.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8908.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8908, 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/R3132CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3132, CR 8908

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 clínico

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM8951
Número de petición de cambio relacionado: 8951
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3149CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8951 informa a los contratistas de las pruebas con dispensa recientemente aprobadas por la Food and Drug Administration bajo Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, que requieren el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren un modificador QW para ser reconocidas como unas pruebas con dispensa: 81002, 81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013 y 85651. Debido a que estas pruebas se comercializan inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas de las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar adecuadamente las reclamaciones. El código de procedimiento, la fecha de efectividad y la descripción de las últimas pruebas aprobadas se proporcionan en el artículo.

Si usted no tiene un certificado CLIA válido, actual y presenta una reclamación a su contratista de Medicare por un código que se considera que es una prueba de laboratorio que requiere un certificado CLIA, su pago de Medicare puede ser impactado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8951.pdf>.



[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8951.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8951.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8951, 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/R3149CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3149, CR 8951

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

Spinal cord stimulation for chronic pain – nueva LCD

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

El análisis de datos identificó un aumento en la utilización de servicios de estimulación de la médula espinal, códigos CPT® 63650 y 63655. Los datos médicos estadísticos obtenidos del sistema de extracción de resumen de la Parte B de Medicare (BESS), para las fechas de servicio desde 07/01/2013 hasta 12/31/2013 indicaron una relación del contratista de la Parte B de Medicare con la nación, para Florida de *1.52 para el código de procedimiento 63650 (entre 50-100% por encima de la media nacional) y *2.02 (100-150% por encima de la media nacional) para el código CPT® 63655. (Nota: Los datos de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos estaban por debajo de la media nacional de los códigos aplicables).

Debido al riesgo de un error de pago de alto valor del dólar en la reclamación, la LCD para la estimulación de la médula espinal para el dolor crónico ha sido creada para hacer frente a las indicaciones limitadas de estos servicios y para aclarar aún más la determinación de cobertura nacional (NCD) 160.7, estimuladores nerviosos eléctricos, así como alinearse con otros contratistas administrativos de Medicare. Esto suplementa la LCD pero no reemplaza, modifica o sustituye las NCD existentes de Medicare aplicables o las reglas de política de pago y regulaciones

para la estimulación de la médula espinal (estimulación de la columna dorsal).

Esta LCD ha sido creada para delinear indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, los códigos CPT®, códigos de diagnóstico ICD-9-CM, pautas de documentación y pautas de utilización de la estimulación de la médula espinal para el dolor crónico. Además, las directrices de codificación se crearon y fueron anexadas a la LCD para proporcionar instrucciones sobre la codificación y la facturación para todos los códigos en la política.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados en o a partir del 7 de febrero de 2015. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx.

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

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

LCD retiradas

Alemtuzumab (Campath®) – LCD de Parte B retirada

Identificador de LCD: L29055 (Florida)

Identificador de LCD: L29073 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Alemtuzumab (Campath®) está siendo retirada con base en el desarrollo del programa de distribución de Campath® para asegurar el acceso continuo a Campath® (alemtuzumab) para los pacientes apropiados. Efectivo desde el 4 de septiembre de 2012 Campath® ya no se encontrará disponible comercialmente, pero se proporcionará a través del programa de distribución de Campath® libre de costo.

Fecha de vigencia

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

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

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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



Aprenda más en www.fcsouniversity.com

Hepatitis C antibody in the ESRD and non-ESRD setting – retirada la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29190 (Florida)

Identificador de LCD: L29436 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para anticuerpos de la hepatitis C en el ambiente de ESRD y no ESRD está siendo retirada con base en el análisis de datos.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD es efectivo para los servicios prestados

en o a partir del 16 de diciembre de 2014. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Revisones a las LCD existentes

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29288 (Florida)

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

El departamento de Medical Policy & Procedures (políticas y procedimientos médicos) evaluó los siguientes servicios y determinó que no se consideran médicamente razonables y necesarios en este momento, sobre la base de la evidencia actual disponible publicada (por ejemplo, la literatura médica revisada por profesionales y los estudios publicados). Por lo tanto, los siguientes códigos de procedimiento se han añadido a la LCD de servicios no cubiertos. Después de que un borrador de LCD se hace efectivo/activo, cualquier parte interesada podrá solicitar una revisión de la LCD, siguiendo el proceso de reconsideración como se describe en nuestra página Web.

- *0347T* – Placement of interstitial device(s) in bone for radiostereometric analysis (RSA)
- *0348T* – *0350T*- Radiologic examination, radiostereometric analysis (RSA)
- *0351T* – *0354T*- Optical coherence tomography of breast
- *0355T* – Gastrointestinal tract imaging, intraluminal (eg, capsule endoscopy), colon, with interpretation and report
- *0356T* – Insertion of drug-eluting implant (including punctal dilation and implant removal when performed) into lacrimal canaliculus, each
- *0358T* – Bioelectrical impedance analysis whole body composition assessment, supine position, with interpretation and report
- *0008M* – Oncology (breast), MRNA analysis of 58 genes using hybrid capture, on formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) tissue, prognostic algorithm reported as a risk score. Prosigna™
- *0359T* – Behavior identification assessment, by the physician or other qualified health care professional, face-to-face with patient and caregiver(s), includes administration of standardized and non-standardized

tests, detailed behavioral history, patient observation and caregiver interview, interpretation of test results, discussion of findings and recommendations with the primary guardian(s)/caregiver(s), and preparation of report

- *0360T-0363T* – Observational behavioral follow-up assessment
- *0364T-0374T* – Adaptive behavior treatment by protocol, administered by technician, face-to-face with one patient; first 30 minutes of technician time

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista trata la calidad de la evidencia según el manual de integridad del programa. Al abordar los artículos y la información relacionada en el dominio público, el contratista administrativo de Medicare (MAC) de la jurisdicción N (JN) llegó a la determinación de que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, la cual consiste en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos y la revisión de artículos de reportes de datos sobre seguridad y eficacia de los procedimientos de fusión de la articulación sacroilíaca para el tratamiento de condiciones sacroilíacas relacionadas con el dolor. Debido a la falta de disponibilidad de pruebas de alta calidad, el MAC JN reitera que no hay suficiente evidencia científica para apoyar el uso de la fusión sacroilíaca en el tratamiento del dolor de espalda debido a síndrome de la articulación sacroilíaca y por lo tanto no se considera razonable y necesaria en la sección 1862(a)(1)(a) del Social Security Act.

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

Una de las partes interesadas puede solicitar una

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

reconsideración de una LCD después de que el plazo de notificación ha terminado y el borrador se convierte en activo. En el caso de la LCD de servicios no cubiertos, el interesado puede solicitar la lista de los artículos y la información relacionada en el dominio público que fueron considerados por el departamento de Medical Policy (política médica) en la toma de decisión no cobertura. Si el interesado tiene nueva información sobre la base de la evaluación de la lista de los artículos y la información relacionada, se puede iniciar una reconsideración de LCD. Es responsabilidad de la parte interesada, solicitar la lista probatoria por parte del contratista y presentar los artículos adicionales, los datos y la información relacionada en apoyo a su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir los requisitos de reconsideración de LCD descritos en el sitio Web.

Además, cualquier parte interesada podrá solicitar a CMS la consideración del desarrollo de una determinación de cobertura nacional (NCD). Es de destacar que si la evidencia no es suficiente para la cobertura bajo la

sección 1862(a)(1)(A), un artículo o servicio pueden ser considerados para cobertura bajo la política de CMS de cobertura con evidencia de desarrollo (CED) en la que “razonable y necesario” quedan establecidos bajo 1862(a)(1)(E) de el Act. Bajo la autoridad de la sección 1862(a)(1)(E), el proceso de NCD puede dar lugar a la cobertura si el artículo o servicio sólo están cubiertos cuando se proporcionan dentro de un ambiente en el que hay un proceso previamente especificado para la recopilación de datos adicionales y en el cual el proceso proporciona protecciones adicionales y medidas de seguridad para los beneficiarios, tales como los presentes en ciertas pruebas clínicas.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **en o a partir del 7 de febrero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Mohs micrographic surgery (MMS) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29230 (Florida)

Identificador de LCD: L29366 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Mohs micrographic surgery (MMS) fue actualizada para actualizar las siguientes secciones: “Coverage Indications, Limitations, and/or Medical Necessity,” “Indications,” “Limitations” y “Documentation Requirements.” El lenguaje en estas secciones se revisó para que el propósito de la LCD sea más claro: la cobertura se basa en las características de la lesión, las calificaciones del médico que la realiza y la documentación de necesidad médica en el expediente médico. La necesidad médica implica que el beneficiario fue informado de sus opciones de tratamiento y se le explicó los riesgos/beneficios de la técnica MMS y la reparación asociada. Las calificaciones del médico que la realiza deben ser verificables, si lo solicita el contratista,

y los ejemplos de verificación fueron ampliados con base en las diversas contribuciones de las diferentes especialidades médicas y sus sociedades que tienen un interés en la técnica de MMS.

Fecha de vigencia

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

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

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

Ophthalmological diagnostic services – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29241 (Florida)

Identificador de LCD: L29457 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios de diagnósticos oftalmológicos ha sido revisada en base a una solicitud de reconsideración. Bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity” y la subsección de “Dark Adaptation Examination (CPT® Code 92284)”, los códigos ICD-9-CM 362.70, 362.75, 362.76, 368.61, 368.63 y 368.69 con descriptores fueron añadidos. En adición, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 15 de diciembre de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Psychiatric diagnostic evaluation and psychotherapy services – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L33128 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios psiquiátricos de evaluación y diagnóstico de psicoterapia fue revisada con base en el análisis de datos y la revisión médica de los servicios psiquiátricos y de psicoterapia. Se identificaron los problemas relacionados con el uso frecuente de los servicios de psicoterapia en una base continua, específicamente en un centro de enfermería. Se hicieron revisiones a la sección de la LCD “Utilization Guidelines” para describir los parámetros razonables y necesarios que tratarían los problemas identificados en la revisión médica.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o a partir del 7 de febrero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información médica adicional

Cambios de HCPCS 2015 de las determinaciones de cobertura local

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura local (LCD) impactadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2015. Por consiguiente, los códigos de procedimiento se han añadido, modificado, sustituido o suprimido:

Título de LCD	Cambios
Allergy Testing	Cambio de descriptor para el código <i>CPT</i> ® 84600 Eliminados códigos HCPCS G0461 y G0462 Agregados códigos <i>CPT</i> ® 88341, 88342 y 88344
Arthrocentesis	Cambios de descriptor para los códigos <i>CPT</i> ® 20600, 20605 y 20610 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 20604, 20606 y 20611 Desarrollado el anexo de LCD “Coding Guidelines”
Biventricular Pacing/ Cardiac Resynchronization Therapy	Cambios de descriptor para los códigos <i>CPT</i> ® 33217, 33224, 33225, 33230, 33231, 33240 y 33249
Bone Mineral Density Studies	Eliminado el código <i>CPT</i> ® 77082 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 77085 y 77086
Cardiovascular Nuclear Imaging Studies	Eliminado el código HCPCS J0151 Agregado el código HCPCS J0153

Ver **CAMBIOS**, en la próxima página

CAMBIOS

De la página anterior

Título de LCD	Cambios
Colorectal Cancer Screening	<p>Agregado el código HCPCS G0464</p> <p>Agregado el lenguaje perteneciente al código <i>CPT</i>® 00810 y el modificador 33 (relacionado en la petición de cambio (CR) 8874)</p> <p>LCD revisada para volver a declarar los parámetros de utilización y los requisitos de órdenes (relacionados con la CR 8881)</p>
Diagnostic and Therapeutic	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT</i> ® 43247 y 43250
Diagnostic Colonoscopy	<p>Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT</i>® 44388, 44390, 44391, 44392, 45378, 45379, 45380, 45381, 45382, 45384, 45385, 45386, 45391 y 45392</p> <p>Eliminados los códigos <i>CPT</i>® 44393, 44397, 45355, 45383 y 45387</p> <p>Agregados los códigos HCPCS G6019, G6020, G6021, G6024 y G6025</p>
Erythropoiesis Stimulating Agents	<p>Removido el código HCPCS J0890 con base en el retiro nacional y las revisiones en el lenguaje que se hicieron a lo largo de toda la LCD para clarificación</p> <p>Agregado el código HCPCS J0887</p>
Ferrlecit® and Venofer®	Agregado el código HCPCS J1439
Gene Expression Profiling Panel for use in the Management of Breast Cancer Treatment	Removido el código <i>CPT</i> ® 84999 no listado y reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 81519
Genetic Testing for Lynch Syndrome	<p>Eliminados los códigos HCPCS G0461 y G0462</p> <p>Agregados los códigos <i>CPT</i>® 81288, 88341, 88342 y 88344</p>
Hemophilia Clotting Factors	<p>Cambio de descriptor para el código HCPCS J7195</p> <p>Eliminados los códigos HCPCS C9133 y C9135</p> <p>Removido el código HCPCS C9399 no listado y reemplazado con el código HCPCS C9136</p> <p>Agregados los códigos HCPCS J7182, J7200 y J7201</p>
Hyperbaric Oxygen Therapy (HBO Therapy)	Agregado el código HCPCS G0277
Implantable Infusion Pump for the Treatment of Chronic Intractable Pain (Coding Guidelines only)	<p>Eliminado el código HCPCS J2275</p> <p>Agregado el código HCPCS J2274</p>

Ver **CAMBIOS**, en la próxima página

CAMBIOS

De la página anterior

Título de LCD	Cambios
Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF) (Coding Guidelines only)	Eliminados los códigos <i>CPT</i> ® 74291, 76645 y 77082 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 76641, 76642, 77063, 77085, 77086, 93260, 93261 y el código HCPCS G0279
Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT)	Eliminados los códigos <i>CPT</i> ® 0073T, 76950, 77305, 77310, 77315, 77326, 77327, 77328, 77402, 77403, 77404, 77406, 77407, 77408, 77409, 77411, 77412, 77413, 77414, 77416, 77418 y 77421 Agregados los códigos HCPCS G6001, G6002, G6003, G6004, G6005, G6006, G6007, G6008, G6009, G6010, G6011, G6012, G6013, G6014, G6015, G6016 y los códigos <i>CPT</i> ® 77306, 77307, 77316, 77317 y 77318
Mohs Micrographic Surgery (MMS)	Eliminados los códigos HCPCS G0461 y G0462 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 88341, 88342 y 88344
Molecular Pathology Procedures	Cambio de descriptor para el código <i>CPT</i> ® 81245 Agregados los códigos <i>CPT</i> ® 81246, 81288 y 81313
Noncovered Services	Cambio de descriptor para el código <i>CPT</i> ® 22856 Eliminado el código <i>CPT</i> ® 0059T (reemplazado con los códigos <i>CPT</i> ® 0357T y 89337), código <i>CPT</i> ® 0092T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 0375T), código <i>CPT</i> ® 0181T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 92145), código <i>CPT</i> ® 0199T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 95999 no listado– Tremor measurement with accelerometer(s) y/ or gyroscope(s), código <i>CPT</i> ® 0226T (reemplazado con el código HCPCS G6027), código <i>CPT</i> ® 0227T (reemplazado con el código HCPCS G6028), código <i>CPT</i> ® 0239T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 93702), código <i>CPT</i> ® 0334T (reemplazado con el código <i>CPT</i> ® 27279), códigos <i>CPT</i> ® 53899/55899 no listados - Urethral lift (reemplazados con los códigos <i>CPT</i> ® 52441/52442) y códigos <i>CPT</i> ® 87620/87622 (reemplazados con los códigos <i>CPT</i> ® 87623, 87624 y 87625) Eliminado el código <i>CPT</i> ® 88349 Removido el código HCPCS P9019 del anexo “Coding Guidelines” y reemplazado con el código HCPCS P9020 (no relacionado con la actualización de HCPCS) Agregado el código <i>CPT</i> ® 22858
Paclitaxel (Taxol®)	Eliminado el código HCPCS J9265 Agregado el código HCPCS J9267
Psychiatric Diagnostic Evaluation and Psychotherapy Services	Eliminado el código HCPCS M0064
Qualitative Drug Screen	Eliminado el código <i>CPT</i> ® 80102 Agregado el código HCPCS G6058

Ver **CAMBIOS**, en la próxima página

CAMBIOS

De la página anterior

Título de LCD	Cambios
Qutenza® (capsaicin) 8% patch	Eliminado el código HCPCS J7335 Agregado el código HCPCS J7336
Radiation Therapy for T1 Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas of the Skin	Cambio de descriptor para el código CPT® 77401 Eliminados los códigos CPT® 77402, 77403, 77404, 77406, 77407, 77408, 77409, 77411, 77412, 77413, 77414, 77416 y 77418 Agregados los códigos HCPCS G6003, G6004, G6005, G6006, G6007, G6008, G6009, G6010, G6011, G6012, G6013, G6014, G6015
Screening and Diagnostic Mammography	Cambio de descriptor para los códigos HCPCS G0204 y G0206 Agregado el código CPT® 77063 y el código HCPCS G0279
Skin Substitutes	Agregados los códigos HCPCS C9349, Q4150, Q4151, Q4152, Q4153, Q4154, Q4155, Q4156, Q4157, Q4158, Q4159 y Q4160 a la sección de la LCD "The following HCPCS codes are not separately payable and are considered not medically reasonable and necessary products"
Stereotactic Radiosurgery (SRS) and Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) (Coding Guidelines only)	Eliminados los códigos HCPCS G0173 y G0251
Transesophageal Echocardiogram	Agregado el código CPT® 93355
Vertebroplasty, Vertebral Augmentation; Percutaneous	Eliminados los códigos CPT® 22520, 22521, 22522, 22523, 22524, 22525, 72291 y 72292 Agregados los códigos CPT® 22510, 22511, 22512, 22513, 22514, y 22515
Viscosupplementation Therapy for Knee	Cambio de descriptor para los códigos CPT® 20610 y 27370 Removidos los códigos HCPCS C9399/J3490 (Monovisc) no listados y reemplazados con el código HCPCS J7327

Suscripción a Medicare Parte B

La *Parte B de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta octubre 2014.

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

Direcciones Postales

Reclamaciones

Documentación adicional

Correspondencia general

Correspondencia de congresistas

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45036
Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45056
Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminaciones sobre pagos en exceso

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45015
Jacksonville, FL 32232-5015

Exámenes médicos posteriores al pago

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

Solicitudes relacionadas con el Acta de Libertad de Información (FOIA*)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45092
Jacksonville, FL 32232-5092

Fraude y abuso de Medicare

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

First Coast Service Options Inc.
Provider Enrollment
Post Office Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Intercambio electrónico de datos (EDI*)

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Lista de vacunados contra la influenza

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45031
Jacksonville, FL 32232-5031

Determinaciones locales de cobertura

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

Cobro de deudas

Pagos en exceso, preguntas de Medicare como pagador secundario, administración de dinero en efectivo
First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45040
Jacksonville, FL 32232-5040

Correo expreso y otros servicios postales especiales

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

Otras direcciones importantes

ASEGURADORAS REGIONALES DE EQUIPO MEDICO DURADERO (DMERC) reclamaciones de equipo médico duradero, dispositivos ortóticos y próstéticos

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC
P. O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

Palmetto Government Benefit Administrators
Medicare Part A
P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

Palmetto Government Benefit Administrators
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Números Telefónicos

PROVEEDORES

Atención al cliente – libre de cargo

Lunes a viernes
8:00 a.m. a 4:00 p.m.

1-877-715-1921

Personas con dificultades de habla y oído (TDD)

1-888-216-8261

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIO

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE
1-800-633-4227

Personas con Dificultades de Habla y Oído (TDD)

1-800-754-7820

INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATOS

1-888-875-9779

REGISTRACIÓN PARA EVENTOS EDUCATIVOS

1-904-791-8103

Número de Fax

1-904-361-0407

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones

Reclamaciones de rutina por escrito

Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Proveedores participantes

Proveedores participantes Medicare Parte B
P. O. Box 44117
Jacksonville, FL 32231-4117

Reclamaciones de quiropráctico

Unidad quiropráctica Medicare Parte B
P. O. Box 44067
Jacksonville, FL 32231-4067

Reclamaciones de ambulancia

Departamento de ambulancia Medicare Parte B.
P. O. Box 44099
Jacksonville, FL 32231-4099

Medicare como pagador secundario

Departamento MSP Medicare Parte B
P. O. Box 44078
Jacksonville, FL 32231-4078

Reclamaciones ESRD

Reclamaciones ESRD Medicare Parte B
P. O. Box 45236
Jacksonville, FL 32232-5236

Comunicaciones

Solicitud redeterminaciones

Revisión reclamaciones Medicare Parte B.
P.O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Solicitud de audiencias justas

Audiencias Medicare
P.O. Box 45156
Jacksonville FL 32232-5156

Freedom of Information Act

Solicitud Freedom of Information Act
Apartado postal 2078
Jacksonville, Florida 32231

Audiencias juez de derecho administrativo

Q2 Administrators, LLC
Parte B QIC South Operations. P.O. Box 183092. Columbus, Ohio 43218-3092
Attn: Administration manager

Estatus/preguntas generales

Correspondencia Medicare Parte B
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

Sobrepagos

Servicios financieros Medicare Parte B
P. O. Box 44141
Jacksonville, FL 32231-4141

Reclamaciones de (DME),

prótesis u ortóticos
CSG Administrators, LLD
P.O. Box 20010
Nashville, Tennessee 37202
1-866-270-4909

Reclamaciones electrónicas (EMC)

Reclamaciones, acuerdos y preguntas Medicare EDI. P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Desarrollo adicional

Dentro de los 40 días de solicitud inicial:
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2537
Jacksonville, FL 32231-0020

Pasados 40 días de solicitud inicial:

Envíe los cargos en cuestión, incluyendo información solicitada, como si fuera una nueva reclamación
Reclamaciones Medicare Parte B
P. O. Box 2525
Jacksonville, FL 32231-0019

Misceláneo

Problemas de participación del proveedor y afiliación de grupo; solicitudes por escrito para UPIN, perfiles y tarifas fijas: inscripción en Medicare
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor

Inscripción en Medicare.P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021 y
Departamento Inscripción del proveedor
Blue Cross Blue Shield of Florida
P. O. Box 41109
Jacksonville, FL 32203-1109

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalcientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educacionales

Medicare Parte B. Educación y alcance al proveedor de Medicare
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Limitación de asuntos de cargos

Errores de procesamiento
Medicare Parte B. P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0048

Verificación de reembolso:

Medicare Parte B
Supervisión de cumplimiento
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril:

Palmetto GBA
Ferrocarril Medicare Parte B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.
Unidad de procesamiento de denuncias
P. O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Números telefónicos

Proveedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR):

1-877-847-4992

Correo electrónico: AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Beneficiario. Llamada gratis:

1-800-MEDICARE
Impedimento auditivos:
1-800-754-7820

Nota: las líneas gratuitas de servicio al cliente están reservadas para los beneficiarios de Medicare. El uso por parte de los proveedores no está permitido y puede considerarse como abuso del programa.

Registro eventos educacionales (línea no gratiuta):

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o prótesis

Cigna Government Services
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis: 1-888-664-4112

Sitios Web de Medicare

Proveedores

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

<http://medicare.fcso.com>

<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.medicare.gov

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45098
Jacksonville, FL 32232-5098

Listas de influenza

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45031
Jacksonville, FL 32232-5031

Intercambio electrónico de datos (EDI)

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Recuperación de deuda Parte B, preguntas MSP y sobrepagos, y manejo de efectivo

First Coast Service Options Inc.
P.O. Box 45013
Jacksonville, FL 32232-5013

Inscripción del proveedor

Dónde enviar las aplicaciones del proveedor/supplidor
Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Cambio de dirección del proveedor:
Inscripción del proveedor
P.O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

y

Departamento de inscripción del proveedor
Blue Cross Blue Shield of Florida
P. O. Box 41109
Jacksonville, FL 32231-1109

Redeterminaciones

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45024
Jacksonville, FL 32232-5091

Redeterminaciones de sobrepago

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

Solicitudes de Freedom of Information Act (FOIA)

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 45073
Jacksonville, FL 32232-5073

Investigaciones del congreso

First Coast Service Options Inc.
Attn: Carla-Lolita Murphy
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalecientes o de tarifa fija:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048

Registro para eventos educativos:

Medicare Parte B
Educación y alcance al proveedor de Medicare
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Reclamaciones de Medicare para los retirados del ferrocarril

Palmetto GBA
Railroad Medicare Part B
P. O. Box 10066
Augusta, GA 30999-0001

Fraude y abuso

First Coast Service Options Inc.
Unidad de procesamiento de denuncias
P. O. Box 45087
Jacksonville, FL 32232-5087

Determinaciones de cobertura local

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

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.
P. O. Box 44288
Jacksonville, FL 32231-4288

Servicios de correo expreso y/o correo especial

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

Sitios Web de Medicare

Proveedores

First Coast Service Options Inc. (First

Coast), su contratista administrativo de Medicare
<http://medicare.fcso.com>
<http://medicareespanol.fcso.com>

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
1-866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)
1-877-847-4992

Correo electrónico:
AskFloridaB@fcso.com

FAX: 1-904-361-0696

Servicio al cliente beneficiarios

1-800-MEDICARE
Impedimentos auditivos:
1-800-754-7820

Nota: Las líneas gratuitas de servicio al cliente están reservadas para los beneficiarios de Medicare. El uso por parte de los proveedores no está permitido y puede considerarse como abuso del programa.

Registro de eventos educacionales

1-904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-670-0940

Opción 1 - soporte a la transacción

Opción 2 - soporte PC-ACE

Opción 4 - soporte de inscripción

Opción 5 - prueba 5010

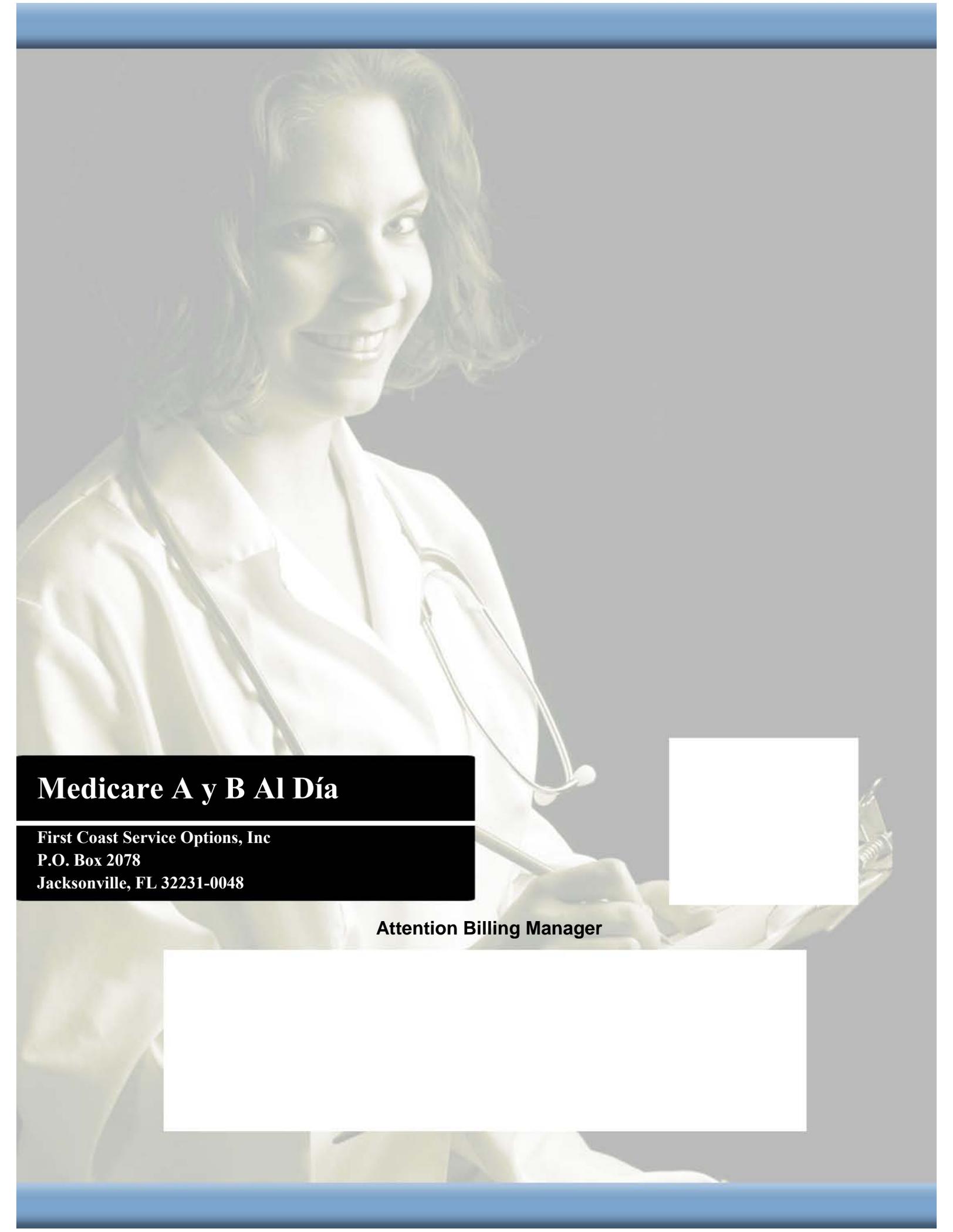
Opción 6 - línea de respuesta automática

DME, reclamaciones ortóticas o próstéticas

CSG Administrators, LLC
1-866-270-4909

Medicare Parte A

Llamada gratis:
1-888-664-4112



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager