

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Febrero 2015



En esta edición

Descompresión lumbar percutánea	3
Archivos del precio promedio de venta	6
Notificación de investigación generalizada	7
Implementación del nuevo código de condición	12
Pago para el código HCPCS Q0091	13
CMS renombra el campo de pago	14
Códigos sujetos a y excluidos de CLIA	23

Un grupo de médicos se siente seguro con el amor del SPOT

Usted tiene un correo seguro (You've got secure mail).

Desde la publicación de la película de 1998 protagonizada por Meg Ryan y Tom Hanks con un título similar, la tecnología ha evolucionado dramáticamente. Para la docena de facturadores de Medicare que están manejando las reclamaciones para los médicos en University of Florida/Shands Hospital, el [portal seguro del proveedor de First Coast Service Options, SPOT](#), está transmitiendo más amor y felicidad que la savia de la historia de Hollywood.

“Tenemos un equipo de 12 facturadores. Nosotros manejamos todo para la Parte B y utilizamos el SPOT para todo lo que podemos. Nos ahorra tanto tiempo,” dice Kristin Sierens, supervisora del equipo de facturación de Medicare/Tricare en el grupo de práctica médica UF/Shands.

El equipo maneja alrededor de 11,000 reclamaciones cada mes para más de 120 médicos que están practicando bajo la sombrilla de UF/Shands. Además de ser la supervisora del equipo, Kristin Sierens trabaja con los rechazos de reclamaciones, seguimientos y apelaciones. Como líder del equipo ella ha visto un gran aumento en la productividad y eficiencia con el uso del portal del SPOT de First Coast.

“Con el SPOT, ingresamos nuestra información. BAM,

ahí está. Está en el sistema. Ha reducido a la mitad la cantidad de tiempo que nos tomaba la reclamación de cada paciente. Nos encanta el SPOT,” dijo ella.

En diciembre de 2014, First Coast extendió el SPOT, añadiendo la opción para que los proveedores presenten correspondencia para redeterminaciones de reclamaciones y pagos en exceso a través de la herramienta de correo seguro. Para el equipo de Sierens y UF/Shands, esto se ha traducido a menos tiempo dedicado a ir a la oficina del correo y monitorear la correspondencia con First Coast.

“A mí me toma de 30-45 minutos al día para registrar las apelaciones en una hoja de cálculos para monitorear dónde estamos en el proceso. Nosotros manejamos 20-30 apelaciones cada día. Esto se suma a una gran cantidad de tiempo para mí y mi equipo para manejar las apelaciones. Cuando el SPOT añadió el correo seguro para manejar las apelaciones también, pensé, wow esto es grandioso. El SPOT sigue mejorando.”

Además de ahorrar tiempo, la herramienta del correo seguro en el SPOT también le da a Sierens la seguridad de que su tiempo no es malgastado. “El poder manejar las apelaciones en línea es grandioso. Nosotros empezamos presentando apelaciones electrónicas

Ver **UN GRUPO**, en la página 3



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Cobertura

Descompresión lumbar percutánea guiada por imágenes.....3

Resumen de las políticas en la regla final de 2015 de MPFS3

Documentación médica

Cumplimiento con los requisitos de documentación de los archivos médicos.....4

Nuevo plazo para responder a las solicitudes de documentación adicional.....5

Facturación

Archivos del precio promedio de venta trimestral de enero6

ICD-10

Pruebas integrales limitadas de ICD-10 con los remitentes para el 20156

Información general

Notificación de investigación generalizada para el modificador 24.....7

Inscripción del proveedor

Extensión de la moratoria de inscripción del proveedor para las HHA y los suplidores de ambulancia de Parte B.....7

Huellas dactilares para antecedentes – verifique el estatus en línea.....8

Laboratorio clínico

Actualización de las tarifas fijas del laboratorio clínico sobre los anticipos8

NCCI

Uso continuado del modificador 59 luego del 1 de enero de 20159

Recursos educativos

Calendario de eventos.....10

MLN Connects™ Provider e-News..... 11

Parte A

Facturación

Implementación del nuevo código de condición para la colocación inicial.....12

Información general

Modificaciones del sistema necesarias para capturar varios campos 12

Servicios preventivos

Pago para el código HCPCS Q0091 como una visita facturable RHC o FQHC.....13

Sistema de pago prospectivo

CMS actualiza FISS para añadir números de identificación de evaluación..... 14

CMS renombra el campo de pago en la producción de precios del IPPS.....14

Determinaciones locales de cobertura de

Parte A15

LCD retiradas

Parenteral iron supplementation for patients receiving ESA therapy.....16

Revisiones a las LCD existentes

Bortezomib (Velcade®) – revisión a la LCD de Parte A.....17

Implantable miniature telescope (IMT) – revisión a la LCD de Parte A17

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte A17

Información médica adicional

Ajuste de la banda gástrica fuera del periodo global de 90 días19

Injectafer® (ferric carboxymaltose) injection – reclamaciones que pueden haber sido denegadas por error19

Nuevos modificadores HCPCS para definir subconjuntos del modificador 59.....20

Contactos de Parte A de Puerto Rico..... 21

Contactos de Parte A de Florida y las Islas

Virgenes de Estados Unidos.....22

Parte B

Laboratorio clínico

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA23

Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....24

LCD retiradas

Parenteral iron supplementation for patients receiving ESA therapy25

Revisiones a las LCD existentes

Implantable miniature telescope (IMT) – revisión a la LCD de Parte B25

Bortezomib (Velcade®) – revisión a la LCD de Parte B26

Noncovered services – revisión a la LCD de Parte B26

Diagnostic colonoscopy – revisión a la LCD de Parte B28

Peripheral nerve blocks – revisión a la LCD de Parte B28

Información médica adicional

Ajuste de la banda gástrica fuera del periodo global de 90 días28

Injectafer® (ferric carboxymaltose) injection – reclamaciones que pueden haber sido denegadas por error.....29

Nuevos modificadores HCPCS para definir subconjuntos del modificador 59.....29

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....30

Contactos de Parte B de Florida..... 31

Contactos de Parte B de las Islas Virgenes

de Estados Unidos32

Medicare A y B Al Día

Vol. 7, No. 2
Febrero de 2015

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.

Cobertura

Descompresión lumbar percutánea guiada por imágenes para el tratamiento de estenosis de la columna lumbar

Número de *MLN Matters*: MM8954
Número de petición de cambio relacionado: 8954
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de enero de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3175CP
Fecha de implementación: 2 de marzo, para ediciones locales del sistema; 6 de julio de 2015 para las ediciones del sistema compartido de Medicare

Resumen

La petición de cambio (CR) 8757 implementó la descompresión lumbar percutánea guiada por imágenes (PILD) para el tratamiento de estenosis de la columna lumbar (LSS), efectivo del 9 de enero de 2014. La CR 8954 proporciona orientación adicional para PILD que se aplica a las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2015, **sólo** cuando se realiza en un ensayo clínico oculto, aleatorio.

A partir de la fecha de servicio del 1 de enero de 2015, hay dos códigos de procedimientos distintos que se van a utilizar para PILD; G0276 (ver CR 8954) y 0275T (ver CR 8757).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8954.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)



8954, 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/R3175CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3175, CR 8954

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

Resumen de las políticas en la regla final de 2015 de MPFS y la tarifa de pago de la instalación del sitio de origen de telesalud

Número de *MLN Matters*: MM9034 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9034
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de diciembre de 2014
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3157CP
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

*Este artículo fue revisado el 18 de enero para proveer un enlace a un artículo relacionado de *MLN Matters* MM9081, el cual anunció una actualización de emergencia para los archivos de pago. La actualización modifica aquellos archivos de pago, incluyendo un factor de conversión actualizado para los servicios prestados desde el 1 de enero-31 de marzo de 2015, consistente con el Protecting Access to Medicare Act de 2014 que provee una actualización de un cero por ciento de las tarifas de 2014.*

Resumen

La petición de cambio 9034 proporciona un resumen de las políticas en la regla final de 2015 del manual de tarifas

de Medicare para médicos (MPFS) y anuncia la tarifa de pago de la instalación del sitio de origen de telesalud.

Las siguientes políticas están incluidas en el MPFS de 2015:

- Tasa de crecimiento sostenible (SGR)
- Detección y diagnóstico de la mamografía digital
- Atención primaria y manejo de cuidados crónicos
- Aplicación de costo compartido del beneficiario para anestesia relacionada con colonoscopias de cribado
- Una mayor transparencia en la fijación de las tarifas de PFS
- Servicios potencialmente desvalorados
- Cirugía global
- Acceso a los servicios de telesalud

Ver **RESUMEN**, en la próxima página

RESUMEN

De la página anterior

- Actualización de la tarifa de pago de la instalación del sitio de origen de telesalud
- Revisiones a la negligencia profesional de las unidades de valor relativo (RVU) y los factores de ajuste geográfico utilizados para cómputo de la tarifa fija (GPCI)
- Servicios realizados en los departamentos de proveedores basados fuera del campus

Información adicional

El enlace al artículo de MLN Matters es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9034.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9034, 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/R3157CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3157, CR 9034

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.

Documentación Médica

Cumplimiento con los requisitos de documentación de los archivos médicos

En noviembre de 2014 fue desarrollada una hoja informativa por el Medicare Learning Network® (MLN), junto con el grupo de trabajo de asuntos de asistencia



y educación CERT del contratista administrativo de Medicare del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) de Parte A y Parte B (A/B) y el equipo médico duradero (DME), para proporcionar educación a nivel nacional consistente con los temas de interés para los profesionales de la salud. Esta se diseñó para

ayudar a los proveedores a entender cómo proporcionar documentación precisa y de respaldo de los archivos médicos.

Esta hoja informativa discute lo siguiente:

- Solicitudes de documentación adicional de terceras partes
 - Errores de documentación insuficiente
1. Procedimientos de aumento vertebral
 2. Servicios de terapia física
 3. Servicios evaluación y manejo
 4. DME
 5. Tomografías computarizadas
 6. Recursos

First Coast Service Options Inc. (First Coast) anima a los proveedores a revisar el artículo de MLN Matters® [MLN ICN 909160](#) (en inglés) para aprender más sobre la reducción de errores en la documentación médica.

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

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.

UN GRUPO

De la página 1

inmediatamente. Antes de que el SPOT ofreciera mensajería segura, nosotros llamábamos a la línea de servicio al cliente para verificar el estatus de apelaciones. A veces no se registraba que First Coast había recibido la documentación para la apelación,” dijo Sierens. “La mensajería segura nos tranquiliza. Sabemos que cuando recibimos el correo electrónico de confirmación del SPOT, nuestras apelaciones han sido recibidas por First Coast y están en el sistema.”

Además de la herramienta de correo seguro, Sierens encontró amor a primera vista cuando First Coast añadió la habilidad de reabrir reclamaciones. “Las reaperturas han reducido drásticamente la cantidad de tiempo que pasamos con las reclamaciones. Mi equipo estaba tan contento cuando las reaperturas se publicaron en el SPOT. Podemos cambiar un código de diagnóstico incorrecto y reducir el tiempo a la mitad de lo que nos toma para manejar esa reclamación,” dijo Sierens.

“ Cuando el SPOT añadió el correo seguro para manejar las apelaciones también, pensé, wow esto es grandioso. El SPOT sigue mejorando. ”

– Kristen Sierens,
UF/Shands Supervisor
Medicare/Tricare Payors



Para sus compañeros en las oficinas de facturación médica a través de Florida, Sierens dice que si la oficina no tiene el SPOT deberían obtenerlo inmediatamente. “El SPOT aumentará la producción y precisión de su personal. También es mucho más fácil monitorear lo que usted ha hecho con las confirmaciones de correo electrónico. Y, wow, es gratis. ¿Por qué no obtiene el SPOT?”

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

Nuevo plazo para responder a las solicitudes de documentación adicional

Número de *MLN Matters*: MM8583 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8583
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2015
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R567PI
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

A partir del 1 de abril de 2015, las solicitudes de documentación adicional (ADR) serán revisadas para permitir 45 días para responder a una ADR o solicitar una extensión. Si no se recibe la documentación o solicitud de prórroga antes del día 46, la reclamación será denegada. Este artículo fue revisado el 18 de noviembre para clarificar los requerimientos de ADR relacionados a la revisión previa al pago. Este artículo también fue revisado el 8 de enero para incluir una declaración en la cual los revisores no deben conceder a los proveedores más tiempo para responder a las solicitudes de documentación adicional. Se revisó nuevamente el 9 de febrero para actualizar la fecha de publicación, número de transmisión y la dirección de Web de la petición de cambio (CR).

Resumen

La petición de cambio (CR) 8583 revisará las solicitudes de documentación adicional (ADR) para indicar que los

proveedores/suplidores tienen 45 días para responder a una ADR. El revisor no concederá prórrogas a los proveedores que necesiten más tiempo para cumplir con la solicitud. Si no se recibe la documentación o la solicitud de prórroga antes del día 46, se denegará la reclamación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8583.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8583, 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/R567PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 567, CR 8583

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

Archivos del precio promedio de venta trimestral de enero de los archivos de precios de medicamentos de Medicare Parte B

Número de *MLN Matters*: MM9084
 Número de petición de cambio relacionado: 9084
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de enero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3180CP
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

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

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago para los medicamentos procesados o vueltos a procesar a partir del 6 de abril de 2015, con las fechas de servicio del 1 de abril de 2015, hasta el 30 de junio 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/MM9084.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9084, 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/R3180CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3180, CR 9084

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

ICD 10

Pruebas integrales limitadas de ICD-10 con los remitentes para el 2015

Número de *MLN Matters*: MM8867
 Número de petición de cambio relacionado: 8867
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de enero de 2015

Fechas de efectividad: 12 de septiembre de 2014 – para los MAC y CEDI (requisitos de cambio sin sistemas). (Nota: Esta es la fecha límite para el primer requerimiento de MAC y CEDI); 26 de enero de 2015 – para codificación de FISS y CEDI para la semana de prueba de enero; 27 de Abril de 2015 – para codificación de FISS y CEDI para la semana de prueba de abril; 20 de julio de 2015 para codificación de FISS y CEDI para la semana de prueba de julio.

Número de transmisión de CR relacionado: R1451OTN
 Fechas de implementación: 5 de enero de 2015 – para codificación de FISS y CEDI para la semana de prueba de enero; 16 de febrero de 2015 – para requisitos del MAC para la prueba del 15 de enero. Esta es la fecha límite del último entregable del MAC; 6 de abril de 2015 – para codificación de FISS y CEDI para la semana de prueba de abril; 18 de mayo de 2015 – para requisitos del MAC para

la prueba del 15 de abril. Esta es la fecha límite del último entregable del MAC; 6 de julio de 2015 – para codificación de FISS y CEDI para la semana de prueba de julio; 10 de agosto de 2015 – para requisitos del MAC para la prueba del 15 de julio. Esta es la fecha límite del último entregable del MAC.



Resumen

Los contratistas realizarán las pruebas con un número limitado de proveedores y casas de facturación para asegurar que las reclamaciones con los códigos de ICD-10 pueden ser procesadas desde el envío hasta las remesas. Este esfuerzo de prueba adicional ayudará a asegurar una transición exitosa a ICD-10. El éxito de las pruebas integrales demostrará que:

- Las entidades que hacen las pruebas son capaces de presentar con éxito las reclamaciones de ICD-10 para los sistemas compartidos,
- Los cambios de software realizados para apoyar el resultado de ICD-10 en reclamaciones debidamente adjudicadas, se basan en los datos de precios empleados para los propósitos de la prueba y

Ver **PRUEBAS**, en la próxima página

PRUEBAS

De la página anterior

- Las remesas de pago son producidas

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8867.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8867, 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>.

[gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1451OTN.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1451OTN.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1451, CR 8867

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

Notificación de investigación generalizada para el modificador 24

First Coast Service Options Inc. (First Coast) llevó a cabo una investigación generalizada (WSP) en respuesta a un patrón de facturación anormal identificado para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT®)* 99223 (*Initial hospital care*); 99233 (*Subsequent hospital care*) y 99291 (*Critical care, evaluation and management*) en el 2012. Los resultados de la investigación WSP produjeron una tasa de error de 66.95 por ciento. Los planes de First Coast son completar un WSP adicional de los servicios de evaluación y manejo del hospital para las fechas de servicio del 1 de junio de 2014, al 30 de noviembre de 2014, para determinar la efectividad de las actividades de asistencia y educación al proveedor. La investigación generalizada incluirá los códigos *CPT®* 99223, 99233 y 99291.



Inscripción del proveedor

Extensión de la moratoria de inscripción del proveedor para las HHA y los suplidores de ambulancia de Parte B

Número de *MLN Matters*: SE1425 *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

Durante la moratoria temporal de seis meses, las solicitudes iniciales de inscripción del proveedor y las solicitudes de cambio de información para añadir localidades de práctica adicional, recibidas de las agencias de salud en el hogar (HHA), las subunidades de las HHA y los suplidores de ambulancia de la Parte B en los condados listados serán denegadas. Este artículo fue revisado el 30 de enero de 2015, para reflejar una extensión de la moratoria por unos seis meses adicionales desde el 30 de enero de 2015.

Resumen

La moratoria temporal sobre las nuevas agencias de salud en el hogar (HHA), subunidades de HHA y los suplidores de ambulancia de la Parte B está siendo extendida por unos seis meses adicionales desde el 30 de enero de 2015, en ciertas localidades geográficas (listadas en el artículo).

Hasta que esta moratoria de seis meses haya expirado, las HHA, las subunidades de HHA y los suplidores de ambulancia de la Parte B no deben presentar solicitudes de inscripción inicial o solicitudes de cambio de información para añadir localidades de práctica adicional; estas solicitudes serán denegadas. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciarán en el *Federal Register* cuando la moratoria haya sido levantada o si será extendida.

Ver **EXTENSIÓN**, en la próxima página

EXTENSIÓN

De la página anterior

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1425.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1425

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.

Huellas dactilares para antecedentes – verifique el estatus en línea

El requerimiento de antecedentes en base a las huellas dactilares fue implementado el 6 de agosto de 2014; los detalles están publicados en el [artículo de edición especial SE1427](#).

Accurate Biometrics es el contratista de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) responsable de procesar las huellas dactilares para CMS. Los proveedores pueden encontrar toda la información

necesaria para completar el requerimiento de las huellas dactilares, el cual ahora incluye la habilidad de autenticar y verificar el estatus de la presentación de las huellas dactilares en línea. Si en algún momento durante este proceso usted tiene alguna pregunta, por favor llame al 1-866-361-9944 para asistencia.

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

Laboratorio clínico

Actualización de las tarifas fijas del laboratorio clínico sobre los anticipos para viajes y las tarifas para las recogidas de muestras

Número de *MLN Matters*: MM9066 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9066
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3189CP
 Fecha de implementación: lo más pronto posible, pero no más tarde del 24 de abril de 2015

La petición de cambio 9066 anuncia las tarifas de pago actualizadas para los anticipos para viajes y las tarifas para las recogidas de muestras cuando son facturadas en base al millaje o cuando son facturadas en base a una tarifa fija para el 2015. Este artículo fue revisado el 13 de febrero para reflejar una petición de cambio (CR) 9066 revisada, emitida el 5 de febrero.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron las tarifas de pago de los anticipos para viajes y las tarifas para las recogidas de muestras cuando son facturadas en base al millaje utilizando el código Health Care Common Procedure Coding System (HCPCS) P9603 y cuando son facturadas en base a una tarifa fija utilizando el código HCPCS P9604 para el 2015.

El pago del anticipo para viaje es efectuado solamente si una tarifa de recogida de muestras también es pagable. El anticipo para viajes está destinado a cubrir los costos

estimados de viaje para recoger una muestra incluyendo el salario del técnico de laboratorio y los gastos de viaje. El anticipo para viajes por milla es para ser utilizado en situaciones en las cuales el viaje promedio a los hogares de los pacientes es más de 20 millas ida y vuelta.

El anticipo para viaje basado en una tarifa fija es \$10.30.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9066.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9066, 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/R3189CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3189, CR 9066

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.

NCCI

Uso continuado del modificador 59 luego del 1 de enero de 2015

Número de *MLN Matters*: SE1503
Número de petición de cambio relacionado: 8863
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8863 estableció cuatro nuevos modificadores (XE, XP, XS, XU) para definir subconjuntos específicos del modificador 59, a los que se refiere como modificadores –X {EPSU}. Los proveedores pueden seguir usando el modificador 59 después del 1 de enero en cualquier instancia que haya sido utilizado correctamente con anterioridad al 1 de enero de 2015. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) identificarán las

situaciones en las que un modificador determinado–X {EPSU} será requerido; orientación y educación adicionales vendrán próximamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1503.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1503

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com



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>

Cambios y regulaciones de la Parte A/B de Medicare

Cuando: 19 de marzo de 2015

Hora: 10:00-11:30 AM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/277927.asp>

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects™ Provider e-News de CMS

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

- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 29 de enero de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-01-29-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 5 de febrero de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-02-05-eNews.html?DLPage=1&DLSort=0&DLSortDir=descending>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 12 de febrero de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-02-12-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>.



Facturación

Implementación del nuevo código de condición para la colocación inicial de un dispositivo médico proporcionado como parte de un ensayo clínico o muestra gratuita

Número de *MLN Matters*: MM8961
 Número de petición de cambio relacionado: 8961
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de enero de 2015
 Fecha de efectividad: para reclamaciones recibidas a partir del 1 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3181CP
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente la creación de un nuevo código de condición para identificar y rastrear los dispositivos médicos que son proporcionados por el fabricante, sin costo o con crédito completo para el hospital debido a un ensayo clínico o una muestra gratis. El nuevo código, código de condición 53, está vigente desde el 1 de enero de 2014, para las reclamaciones recibidas a partir del 1 de julio de 2015.

Los hospitales deben usar el nuevo código de condición para un dispositivo médico implantado suministrado a un costo reducido. Este nuevo código cubre situaciones en las que el dispositivo es implantado inicialmente y no es un dispositivo médico de reemplazo. De acuerdo con CMS,

estos se suministran comúnmente a los beneficiarios de Medicare, especialmente en el contexto de los ensayos clínicos de dispositivos médicos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8961.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8961, 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/R3181CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3181, CR 8961

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

Modificaciones del sistema necesarias para capturar varios campos que cumplan con HIPAA

Número de *MLN Matters*: MM8384 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8384
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de enero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3164CP
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

La petición de cambio 8384 anuncia los cambios para los campos de procesamiento de las reclamaciones institucionales y los ítems de los archivos planos 837I para cumplir con los estándares del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA). Este artículo fue revisado el 15 de enero de 2015 para remover los tipos de factura 81x y 82x de requerimiento de negocio 8384.2.4 (mapeo de código postal). El número de transmisión, la fecha de CR y el enlace a la CR también cambiaron. El resto de información permanece igual.

Resumen

Las provisiones de simplificación administrativa del Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) requieren que el departamento de salud y servicios humanos (HHS) adopten estándares nacionales

para las transacciones electrónicas del cuidado de la salud e identificadores nacionales para los proveedores, planes de salud y empleadores. Se requiere que todos los proveedores presenten reclamaciones que cumplan con estos estándares de HIPAA. La petición de cambio (CR) 8384 anuncia los siguientes cambios para los campos de procesamiento de las reclamaciones institucionales y los ítems de los archivos planos 837I:

- Las pantallas de acceso al sistema remoto (DDE) han sido actualizadas para permitir la entrada de tres códigos "motivo de visita del paciente"
- Actualización de la pantalla de DDE para permitir la entrada de un código postal de nueve dígitos para el centro de servicios
- La adición de las ediciones para asegurar que cuando se recibe un código de motivo de visita del paciente, los requerimientos de 5010 para las reclamaciones sean implementados; las reclamaciones que fallen esta edición serán devueltas al proveedor (RTP)

Nota: Para calcular los pagos de manera precisa para

Ver **MODIFICACIONES**, en la próxima página

MODIFICACIONES

De la página anterior

los hospitales que operan múltiples centros ambulatorios y oficinas satélites, el código postal de nueve dígitos es utilizado para determinar la localidad en estos casos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8384.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8384, 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>.

[gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3164CP.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3164CP.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3164, CR 8384

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

Servicios preventivos

Pago para el código HCPCS Q0091 como una visita facturable RHC o FQHC bajo el sistema AIR

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) determinaron que un examen de Papanicolaou, código Q0091 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), es una visita facturable cuando fue realizado por un profesional de la salud del centro de salud rural (RHC) o centro de salud federalmente calificado (FQHC) a un paciente de RHC o FQHC. Si otras visitas facturables son realizadas el mismo día que el código HCPCS Q0091, se pagará una sola visita.

Para evitar demoras en el pago, los RHC y FQHC que se facturan bajo el sistema de tarifa con todo incluido (AIR), deben seguir la guía en el gráfico de servicios preventivos del RHC (<http://go.cms.gov/1pow3WT> [en inglés]) o FQHC (<http://go.cms.gov/1k5EWW3> [en inglés]) de las páginas centrales en el sitio Web de CMS. Presente los ajustes de cualquier reclamación con Q0091 rechazada a partir del 1 enero de 2014, a su contratista administrativo de Medicare (MAC) usando esta guía de facturación.

Para la facturación de RHC y FQHC bajo el sistema AIR que no siga esta guía de facturación, su MAC retendrá cualquier reclamación presentada con Q0091 como un servicio independiente hasta que se implemente el cambio de sistema el 6 de abril de 2015.

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



Suscripción a Medicare Parte A

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

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

Sistema de pago prospectivo

CMS actualiza FISS para añadir números de identificación de evaluación

Número de *MLN Matters*: MM9016
 Número de petición de cambio relacionado: 9016
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de enero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1459OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente cambios en el sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) estándar que permitirán al FISS una mejor conexión con el mejoramiento de la calidad de Medicare y el servicio de evaluación.

La mezcla de casos de grupos del sistema de pago prospectivo (PPS) utilizada para determinar los pagos bajo el PPS de salud en el hogar (HH), el PPS del centro de enfermería especializada (SNF) y el PPS del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) se basa en la evaluación clínica de los beneficiarios de Medicare. CMS implementará cambios en FISS para añadir los campos de datos para alojar un número de identificación

de evaluación (AIN) para cada línea de código de ingreso del sistema de pago prospectivo de seguro de salud (HIPPS) en las reclamaciones presentadas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9016.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9016, 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/R1459OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1459, CR 9016

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 renombra el campo de pago en la producción de precios del IPPS para las condiciones adquiridas en el hospital

Número de *MLN Matters*: MM9031
 Número de petición de cambio relacionado: 9031
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de enero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1457OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron los cambios al campo PPS-FLX6- PAYMENT en el registro de producción de precios del sistema de pago prospectivo de pacientes internos (IPPS). El campo será renombrado para identificar el campo como la cantidad de reducción de la condición adquirida en el hospital (HAC).

Bajo el programa de reducción de HAC, los hospitales que están clasificados en el cuartil de más bajo rendimiento de las medidas seleccionadas de HAC estarán sujetos a una reducción de lo que de otra manera se les pagaría bajo el IPPS. La reducción de pago de HAC se muestra actualmente en el campo PPS-FLX6-PAYMENT.

La sección 3008 del Affordable Care Act creó el programa

de HAC para mejorar la seguridad del paciente al imponer penalidades financieras en los hospitales de bajo rendimiento con relación a ciertas condiciones adquiridas en el hospital.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9031.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9031, 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/R1457OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1457, CR 9031

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 tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúen los estatutos y regulaciones así como otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD retiradas

Parenteral iron supplementation for patients receiving ESA therapy for anemia of chronic kidney disease or iron deficiency anemia – LCD de la Parte A retirada

Identificador de LCD: L28840 (Florida)

Identificador de LCD: L28873 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la complementación de hierro parenteral para los pacientes que reciben terapia de agentes que estimulan la eritropoyesis (ESA) para la anemia de la enfermedad renal crónica o anemia por deficiencia de hierro es retirada efectivo el 24 de febrero de 2015. La LCD no está actualizada debido a diferentes indicaciones aprobadas para los medicamentos en la clase. Por favor refiérase a la LCD L32094 (label and off-label coverage of outpatient drugs and biologicals) para una guía sobre la cobertura de medicamentos. En base a la determinación de cobertura nacional (NCD) 110.10 (intravenous iron therapy), el siguiente requerimiento de diagnóstico dual debe ser cumplido cuando el complejo de gluconato férrico de sodio o las inyecciones de hierro sacarosa son administradas por vía intravenosa a los pacientes sometidos a hemodiálisis crónica que están recibiendo la terapia de eritropoyesis complementaria:

Una de las siguientes enfermedades renales crónicas, códigos de diagnósticos de ICD-9-CM 585.4, 585.5 o 585.6 y uno de los códigos de diagnósticos secundarios de ICD-9-CM para la anemia por deficiencia de hierro 280.0, 280.1, 280.8 o 280.9.

Generalmente, el uso sin etiqueta (indicación no aprobada por la Food and Drug Administration [FDA]) no es un servicio cubierto para los medicamentos utilizados en un episodio de cuidado no canceroso. Para el uso aprobado de la FDA en pacientes con anemia por deficiencia

de hierro que tienen intolerancia al hierro oral o han tenido una respuesta no satisfactoria al hierro oral, la documentación de registro médico debe respaldar la necesidad del medicamento por IV al tratar los problemas específicos con la intolerancia del hierro oral y los detalles del uso de hierro oral previo que condujo a la decisión de que hay una respuesta no satisfactoria al hierro oral.

El uso de estos medicamentos en un ambiente hospitalario ambulatorio o incidente a en la oficina de un médico puede estar sujeto a revisión médica antes o después del pago. El contratista debería solicitar la documentación para respaldar la facturación de estos medicamentos, los proveedores deben presentar un historial y examen físico relevante, notas médicas de progreso, cualquier resultado de las pruebas o procedimientos diagnósticos pertinentes, una orden médica, el nombre del medicamento, la vía de administración, la dosis (por ejemplo, mg, mcg, cc o IU), la duración de la administración y cualquier desperdicio del medicamento.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 24 de febrero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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.



Revisones a las LCD existentes

Bortezomib (Velcade®) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L28787 (Florida)

Identificador de LCD: L28789 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Bortezomib (Velcade®) tuvo la revisión más reciente el 10 de abril de 2014. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para agregar las indicaciones fuera de la etiqueta para los trastornos de Waldenström’s Macroglobulinemia/Lymphoplasmacytic Lymphoma, Non-Hodgkin’s Lymphoma (NHL) - Adult T-Cell Leukemia/Lymphoma, NHL - Peripheral T-Cell Lymphoma y NHL - Primary Cutaneous CD30+ T-Cell Lymphoproliferative. También, bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”, fueron añadidos los códigos de diagnóstico 200.60-200.68,

200.80-200.88, 204.80, 204.82, 273.3 y V10.79 y los descriptores. En adición, fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha de vigencia

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

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

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

Implantable miniature telescope (IMT) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L32824 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el telescopio en miniatura implantable (IMT) fue revisada para disminuir la edad de elegibilidad de mayor de 75 años a mayor de 65 años en base a la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) (PMA P050034 S013). La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue revisada para cambiar la edad de elegibilidad. En adición, la sección “Sources of Information and Basis of Decision” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 24 de febrero de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 8 de octubre de 2014**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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 puede solicitar una revisión de la LCD, siguiendo el proceso de reconsideración como se describe en nuestra página Web.

- C2624 - Implantable wireless pulmonary artery

pressure sensor with delivery catheter, including all system components

- C9741 - Right heart catheterization with implantation of wireless pressure sensor in the pulmonary artery, including any type of measurement, angiography, imaging supervision, 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
- 0347T - Placement of interstitial device(s) in bone for radiostereometric analysis (RSA)
- 0348T - 0350T - Radiologic examination, radiostereometric analysis (rsa)

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

- 0351T - 0352T - Optical coherence tomography of breast or axillary lymph node, excised tissue, each specimen
- 0353T - 0354T - Optical coherence tomography of breast, surgical cavity
- 0355T - *Gastrointestinal tract imaging, intraluminal (eg, capsule endoscopy), colon, with interpretation and report*
- 0356T - *Insertion of drug-eluting implant (including punctual dilation and implant removal when performed) into lacrimal canaliculus, each*
- 0358T - *Bioelectrical impedance analysis whole body composition assessment, supine position, with interpretation and report*
- 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 - *Observational behavioral follow-up assessment, includes physician or other qualified health care professional direction with interpretation and report, administered by one technician; first 30 minutes of technician time, face-to-face with the patient*
- 0361T - *Observational behavioral follow-up assessment, includes physician or other qualified health care professional direction with interpretation and report, administered by one technician; each additional 30 minutes of technician time, face-to-face with the patient (List separately in addition to code for primary service)*
- 0362T - *Exposure behavioral follow-up assessment, includes physician or other qualified health care professional direction with interpretation and report, administered by physician or other qualified health care professional with the assistance of one or more technicians; first 30 minutes of technician(s) time, face-to-face with the patient*
- 0363T - *Exposure behavioral follow-up assessment, includes physician or other qualified health care professional direction with interpretation and report, administered by physician or other qualified health care professional with the assistance of one or more technicians; each additional 30 minutes of technician(s) time, face-to-face with the patient (List separately in addition to code for primary procedure)*
- 0364T - 0365T - *Adaptive behavior treatment by protocol, administered by technician, face-to-face with*

one patient

- 0366T - 0367T - *Group adaptive behavior treatment by protocol, administered by technician, face-to-face with two or more patients*
- 0368T - 0369T - *Adaptive behavior treatment with protocol modification administered by physician or other qualified health care professional with one patient*
- 0370T - *Family adaptive behavior treatment guidance, administered by physician or other qualified health care professional (without the patient present)*
- 0371T - *Multiple-family group adaptive behavior treatment guidance, administered by physician or other qualified health care professional (without the patient present)*
- 0372T - *Adaptive behavior treatment social skills group, administered by physician or other qualified health care professional face-to-face with multiple patients*
- 0373T - 0374T - *Exposure adaptive behavior treatment with protocol modification requiring two or more technicians for severe maladaptive behavior(s)*

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista trata la calidad de la evidencia según el *Program Integrity Manual*. 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, lo que consiste en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos y la revisión de artículos que reportan datos sobre seguridad y eficacia limitada de aquellos procedimientos. Debido a la falta de disponibilidad de pruebas de alta calidad, el MAC JN reitera que no hay suficiente evidencia científica para respaldar aquellos procedimientos y por lo tanto no se consideran razonables y necesarios bajo 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 de no cobertura.

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

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>.

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

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

Información médica adicional

Ajuste de la banda gástrica fuera del periodo global de 90 días de la colocación de la banda gástrica laparoscópica

Este artículo fue desarrollado para abordar las consultas recientes relacionadas al ajuste de la banda gástrica laparoscópica fuera del periodo global de 90 días. La colocación laparoscópica de una banda gástrica ajustable (LAGB) (código CPT 43770) es un procedimiento cubierto para el tratamiento quirúrgico de obesidad mórbida, cuando es apropiado, en base a los criterios descritos en la determinación de cobertura nacional de Medicare (NCD) para Bariatric Surgery for Treatment of Morbid Obesity (NCD 100.1) y la determinación de cobertura local (LCD) para Surgical Management of Morbid Obesity (L33019).

El ajuste de la banda gástrica después de la LAGB consiste de una inyección o del retiro de solución salina. Los ajustes a la LAGB no deben ser facturados durante el periodo global de 90 días de la colocación laparoscópica

de una banda gástrica ajustable, según es incluida en el procedimiento primario y no es pagable por separado durante el periodo global.

Actualmente, el ajuste de la LAGB no tiene un código CPT único. Después del periodo global de 90 días, debe ser facturado utilizando el código CPT 43659 (*Unlisted laparoscopy procedure, stomach*) con la declaración "ajuste de la banda gástrica" en el ítem 19 de CMS-1500 o su equivalente electrónico.

Un código de evaluación y manejo (E&M) y ajuste de LAGB sólo serán permitidos en la misma fecha de servicio si un servicio significativo identificable por separado y médicamente necesario es provisto. El modificador 25 debe ser añadido al código de E&M sólo si no aplica para la evaluación y ajuste de la LAGB.

Injectafer® (ferric carboxymaltose) injection – reclamaciones que pueden haber sido denegadas por error cuando fueron presentadas entre el 1 de enero de 2015 y el 6 de febrero de 2015

Las reclamaciones presentadas para el código HCPCS J1439 (Injection, ferric carboxymaltose) entre el 1 de enero de 2015 y el 6 de febrero de 2015, pueden haber sido denegadas incorrectamente con el siguiente mensaje de denegación: "Service is not medically necessary based on Medicare guidelines" ("el servicio no es médicamente necesario en base a las pautas de Medicare").

Este error fue corregido el 6 de febrero de 2015. Las reclamaciones procesadas a partir del 7 de febrero de

2015, fueron adjudicadas correctamente.

Ninguna acción es requerida de parte de los proveedores

Los proveedores a los cuales se les denegaron las reclamaciones incorrectamente debido a este error no necesitan tomar ninguna acción. First Coast Service Options Inc. realizará ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto le pueda causar.

Nuevos modificadores HCPCS para definir subconjuntos del modificador 59

Con base en la petición de cambio (CR) 8863 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), se han establecido cuatro nuevos modificadores HCPCS para definir los subconjuntos del modificador 59; un modificador utilizado para definir un “servicio de procedimiento distinto.”

- XE encuentro separado, un servicio que es distinto porque ocurrió durante un encuentro separado,
- XP profesional de la salud separado, un servicio que es distinto porque fue provisto por un profesional de la salud diferente,
- XS estructura separada, un servicio que es distinto porque fue provisto en un órgano/estructura separada y
- XU servicio inusual que no se superpone, el uso de un servicio que es diferente porque no superpone componentes usuales del servicio principal

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) y/o directrices de codificación asociadas fueron revisadas para reflejar los nuevos modificadores X (EPSU).

- Destruction of Internal Hemorrhoid(s) by Infrared Coagulation (IRC), L30860 (Florida y Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Fundus Photography, L29179 (Florida), L31496 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT), L28892 (Florida), L28914 (Puerto Rico/Islas Vírgenes

de los Estados Unidos)

- Mohs Micrographic Surgery (MMS), L28932 (Florida), L28953 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Scanning Computerized Ophthalmic Diagnostic Imaging (SCODI), L28982 (Florida), L29015 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Vertebroplasty, Vertebral Augmentation, Percutaneous, L34492 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Wound Debridement Services, L28774 (Florida), L28776 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Fecha de vigencia

Estas LCD, y/o revisiones de las directrices de codificación asociadas, son efectivas 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

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

CMS-855 Applications
PO 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 32232-5268

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

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

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

Palmetto GBA
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

Intercambio electrónico de datos

1-888-875-9779

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-602-8816

Inscripción para eventos educativos

1-904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCOSPOTHelp@fcso.com

1-855-416-4199

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

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

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/ Islas Vírgenes de EE.UU.

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct data entry (DDE)
P. O. Box 44071
Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit
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

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

Información general, pagos condicionales

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

Protocolos de hospitales, cuestionarios de admisión, auditorías

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

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

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

Recaudo de sobrepagos

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

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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 prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional y hospicio

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

Números telefónicos

Servicio al cliente

PROVEEDORES:

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

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCSOSPOTHelp@fcsso.com
855-416-4199

Sitios Web

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

medicare.fcsso.com
medicareespanol.fcsso.com

Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS)

Proveedores:

www.cms.gov

Beneficiarios:

www.medicare.gov

Laboratorio

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA

Número de *MLN Matters*: MM9035
Número de petición de cambio relacionado: 9035
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de enero de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3182CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

Las regulaciones de CLIA requieren que el centro esté adecuadamente certificado para cada prueba realizada. Para asegurar que Medicare y Medicaid sólo paguen por pruebas de laboratorio en un centro con un certificado válido y actualizado de Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA), las reclamaciones de laboratorio están siendo actualmente editadas al nivel de certificado de CLIA.

Los códigos que son considerados una prueba de laboratorio bajo CLIA cambian cada año; los proveedores necesitan saber sobre los nuevos códigos que están sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA.

La petición de cambio 9035 informa a los contratistas de Medicare sobre una gran cantidad de códigos que fueron discontinuados el 31 de diciembre y añadidos para el 2015. **Nota:** Esto no incluye nuevos códigos para las

pruebas con dispensa o los procedimientos realizados por proveedores.

Nota: El código 89337 (frozen preservation of mature eggs) es nuevo para el 2015; está excluido de las ediciones de CLIA y no requiere que un centro tenga un certificado de CLIA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9035.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9035, 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/R3182CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3182, CR 9035

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

Suscripción a Medicare Parte B

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

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD retiradas

Parenteral iron supplementation for patients receiving ESA therapy for anemia of chronic kidney disease or iron deficiency anemia – LCD de la Parte B retirada

Identificador de LCD: L29174 (Florida)

Identificador de LCD: L29426 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la complementación de hierro parenteral para los pacientes que reciben terapia de agentes que estimulan la eritropoyesis (ESA) para la anemia de la enfermedad renal crónica o anemia por deficiencia de hierro es retirada efectivo el 24 de febrero de 2015. La LCD no está actualizada debido a diferentes indicaciones aprobadas para los medicamentos en la clase. Por favor refiérase a la LCD L32094 (label and off-label coverage of outpatient drugs and biologicals) para una guía sobre la cobertura de medicamentos. En base a la determinación de cobertura nacional (NCD) 110.10 (intravenous iron therapy), el siguiente requerimiento de diagnóstico dual debe ser cumplido cuando el complejo de gluconato férrico de sodio o las inyecciones de hierro sacarosa son administradas por vía intravenosa a los pacientes sometidos a hemodiálisis crónica que están recibiendo la terapia de eritropoyesis complementaria:

Una de las siguientes enfermedades renales crónicas, códigos de diagnósticos de ICD-9-CM 585.4, 585.5 o 585.6 y uno de los códigos de diagnósticos secundarios de ICD-9-CM para la anemia por deficiencia de hierro 280.0, 280.1, 280.8 o 280.9.

Generalmente, el uso sin etiqueta (indicación no aprobada por la Food and Drug Administration [FDA]) no es un servicio cubierto para los medicamentos utilizados en un episodio de cuidado no canceroso. Para el uso aprobado de la FDA en pacientes con anemia por deficiencia

de hierro que tienen intolerancia al hierro oral o han tenido una respuesta no satisfactoria al hierro oral, la documentación de registro médico debe respaldar la necesidad del medicamento por IV al tratar los problemas específicos con la intolerancia del hierro oral y los detalles del uso de hierro oral previo que condujo a la decisión de que hay una respuesta no satisfactoria al hierro oral.

El uso de estos medicamentos en un ambiente hospitalario ambulatorio o incidente a en la oficina de un médico puede estar sujeto a revisión médica antes o después del pago. El contratista debería solicitar la documentación para respaldar la facturación de estos medicamentos, los proveedores deben presentar un historial y examen físico relevante, notas médicas de progreso, cualquier resultado de las pruebas o procedimientos diagnósticos pertinentes, una orden médica, el nombre del medicamento, la vía de administración, la dosis (por ejemplo, mg, mcg, cc o IU), la duración de la administración y cualquier desperdicio del medicamento.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 24 de febrero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Implantable miniature telescope (IMT) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L32822 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el telescopio en miniatura implantable (IMT) fue revisada para disminuir la edad de elegibilidad de mayor de 75 años a mayor de 65 años en base a la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) (PMA P050034 S013). La sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD fue revisada para cambiar la edad de elegibilidad. En adición, la sección "Sources of Information and Basis of Decision" de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 11 de febrero de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 8 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Bortezomib (Velcade®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29087 (Florida)

Identificador de LCD: L29102 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Bortezomib (Velcade®) tuvo la revisión más reciente el 10 de abril de 2014. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para agregar las indicaciones fuera de la etiqueta para los trastornos de Waldenström’s Macroglobulinemia/Lymphoplasmacytic Lymphoma, Non-Hodgkin’s lymphoma (NHL) - Adult T-Cell Leukemia/Lymphoma, NHL - Peripheral T-Cell Lymphoma y NHL - Primary Cutaneous CD30+ T-Cell Lymphoproliferative. También, bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”, fueron añadidos los códigos de diagnóstico 200.60-200.68,

200.80-200.88, 204.80, 204.82, 273.3 y V10.79 y los descriptores. En adición, fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o a partir del 30 de enero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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.

- *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*
- *0347T- Placement of interstitial device(s) in bone for radiostereometric analysis (RSA)*
- *0348T - 0350T- Radiologic examination, radiostereometric analysis (rsa)*
- *0351T - 0352T- Optical coherence tomography of breast or axillary lymph node, excised tissue, each specimen*
- *0353T - 0354T - Optical coherence tomography of breast, surgical cavity*
- *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*
- *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 - Observational behavioral follow-up assessment, includes physician or other qualified health care professional direction with interpretation and report, administered by one technician; first 30 minutes of technician time, face-to-face with the patient*
- *0361T - Observational behavioral follow-up assessment, includes physician or other qualified health care professional direction with interpretation and report, administered by one technician; each additional 30 minutes of technician time, face-to-face with the patient (List separately in addition to code for primary service)*
- *0362T - Exposure behavioral follow-up assessment, includes physician or other qualified health care professional direction with interpretation and report, administered by physician or other qualified health care professional with the assistance of one or more technicians; first 30 minutes of technician(s) time, face-to-face with the patient*
- *0363T - Exposure behavioral follow-up assessment, includes physician or other qualified health care professional direction with interpretation and report, administered by physician or other qualified health*

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

care professional with the assistance of one or more technicians; each additional 30 minutes of technician(s) time, face-to-face with the patient (List separately in addition to code for primary procedure)

- *0364T - 0365T - Adaptive behavior treatment by protocol, administered by technician, face-to-face with one patient*
- *0366T - 0367T - Group adaptive behavior treatment by protocol, administered by technician, face-to-face with two or more patients*
- *0368T - 0369T - Adaptive behavior treatment with protocol modification administered by physician or other qualified health care professional with one patient*
- *0370T - Family adaptive behavior treatment guidance, administered by physician or other qualified health care professional (without the patient present)*
- *0371T - Multiple-family group adaptive behavior treatment guidance, administered by physician or other qualified health care professional (without the patient present)*
- *0372T - Adaptive behavior treatment social skills group, administered by physician or other qualified health care professional face-to-face with multiple patients*
- *0373T - 0374T - Exposure adaptive behavior treatment with protocol modification requiring two or more technicians for severe maladaptive behavior(s)*

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista trata la calidad de la evidencia según el *Program Integrity Manual*. 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, lo que consiste en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos y la revisión de artículos que reportan datos sobre seguridad y eficacia limitada de aquellos procedimientos. Debido a la falta de disponibilidad de pruebas de alta calidad, el MAC JN reitera que no hay suficiente evidencia científica para respaldar aquellos procedimientos y por lo tanto no se consideran razonables y necesarios 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 los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la consideración del desarrollo de una determinación de cobertura nacional (NCD). Es de destacar que si la evidencia no es adecuada 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>.

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

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

Diagnostic colonoscopy – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29152 (Florida)
Identificador de LCD: L29332 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para una colonoscopia diagnóstica ha sido revisada en base a la actualización anual del Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) del 2015. Bajo la sección “CPT®/ HCPCS Codes” de la LCD, se añadieron los códigos *Current Procedural Terminology (CPT®) 44401, 44402, 44403, 44404, 44405, 44406, 44407, 44408, 45388, 45389, 45390, 45393 y 45398.*

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las

reclamaciones procesadas **a partir del 24 de febrero de 2015**, para los servicios prestados **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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Peripheral nerve blocks – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29258 (Florida)
Identificador de LCD: L29466 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el bloqueo de nervios periféricos ha sido revisada con base en una solicitud de reconsideración. Bajo la sección de la LCD “ICD-9 Codes that Support Medical Necessity”, el código de diagnóstico 355.5 de ICD-9-CM (Tarsal tunnel syndrome) fue agregado para el código *64450* del *Current Procedural Terminology (CPT®)*.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **en o a partir del 30 de enero de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Información médica adicional

Ajuste de la banda gástrica fuera del periodo global de 90 días de la colocación de la banda gástrica laparoscópica

Este artículo fue desarrollado para abordar las consultas recientes relacionadas al ajuste de la banda gástrica laparoscópica fuera del periodo global de 90 días. La colocación laparoscópica de una banda gástrica ajustable (LAGB) (código *CPT 43770*) es un procedimiento cubierto para el tratamiento quirúrgico de obesidad mórbida, cuando es apropiado, en base a los criterios descritos en la determinación de cobertura nacional de Medicare (NCD) para Bariatric Surgery for Treatment of Morbid Obesity (NCD 100.1) y la determinación de cobertura local (LCD) para Surgical Management of Morbid Obesity (L29317/L29477).

El ajuste de la banda gástrica después de la LAGB consiste de una inyección o del retiro de solución salina. Los ajustes a la LAGB no deben ser facturados durante el

periodo global de 90 días de la colocación laparoscópica de una banda gástrica ajustable, según es incluida en el procedimiento primario y no es pagable por separado durante el periodo global. Actualmente, el ajuste de la LAGB no tiene un código *CPT* único. Después del periodo global de 90 días, debe ser facturado utilizando el código *CPT 43659 (Unlisted laparoscopy procedure, stomach)* con la declaración “ajuste de la banda gástrica” en el ítem 19 de CMS-1500 o su equivalente electrónico.

Un código de evaluación y manejo (E&M) y ajuste de LAGB sólo será permitido en la misma fecha de servicio si un servicio significativo identificable por separado y médicamente necesario es provisto. El modificador 25 debe ser añadido al código de E&M sólo si no aplica para la evaluación y ajuste de la LAGB.

Injectafer® (ferric carboxymaltose) injection – reclamaciones que pueden haber sido denegadas por error cuando fueron presentadas entre el 1 de enero de 2015 y el 5 de febrero de 2015

Las reclamaciones presentadas para el código HCPCS J1439 (Injection, ferric carboxymaltose) entre el 1 de enero de 2015 y el 5 de febrero de 2015, pueden haber sido denegadas incorrectamente con el siguiente mensaje de denegación: “Service is not medically necessary based on Medicare guidelines” (“el servicio no es médicamente necesario en base a las pautas de Medicare”).

Este error fue corregido el 5 de febrero de 2015. Las reclamaciones procesadas a partir del 6 de febrero de

2015, fueron adjudicadas correctamente.

Ninguna acción es requerida de parte de los proveedores

Los proveedores a quienes se les denegaron las reclamaciones incorrectamente por este error no necesitan tomar ninguna acción. First Coast Service Options Inc. realizará ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto le pueda causar.

Nuevos modificadores HCPCS para definir subconjuntos del modificador 59

Con base en la petición de cambio (CR) 8863 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), cuatro nuevos modificadores HCPCS se han establecido para definir los subconjuntos del modificador 59; un modificador utilizado para definir un “servicio de procedimiento distinto.”

- XE encuentro separado, un servicio que es distinto porque ocurrió durante un encuentro separado,
- XP profesional de la salud separado, un servicio que es distinto porque fue provisto por un profesional de la salud diferente,
- XS estructura separada, un servicio que es distinto porque fue provisto en un órgano/estructura separada y
- XU servicio inusual que no se superpone, el uso de un servicio que es diferente porque no superpone componentes usuales del servicio principal

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) y/o directrices de codificación asociadas fueron revisadas para reflejar los nuevos modificadores X (EPSU).

- Destruction of Internal Hemorrhoid(s) by Infrared Coagulation (IRC), L30862 (Florida y Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Diagnostic Laryngoscopy, L29153 (Florida), L29334 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Fundus Photography, L29179 (Florida), L29341 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT),

L29200 (Florida), L29352 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

- Mohs Micrographic Surgery (MMS), L29230 (Florida), L29366 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Scanning Computerized Ophthalmic Diagnostic Imaging (SCODI), L29276 (Florida), L29473 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Vertebroplasty, Vertebral Augmentation, Percutaneous, L29209 (Florida), L29454 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)
- Wound Debridement Services, L29128 (Florida), L29146 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Fecha de vigencia

Estas LCD, y/o revisiones de las directrices de codificación asociadas, son efectivas 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 seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

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

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

FOIA Puerto Rico
P.O. Box 45092
Jacksonville, FL 32232-5092

Fraude y abuso de Medicare

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

Inscripción de proveedores

Cambios de dirección postal

Provider Enrollment
Post Office Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

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 prostéticos

Suministros de llevar a casa

Medicamentos orales anticáncer

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

INTERMEDIARIOS DE SALUD EN EL HOGAR Y HOSPICIO

Reclamaciones de salud en el hogar y hospicio

Palmetto GBA
Medicare Part A
P.O. Box 100238
Columbia, SC 29202-3238

RAILROAD MEDICARE

Reclamaciones de Medicare para los retirados del Ferrocarril

Palmetto GBA
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

1-888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

1-877-847-4992

BENEFICIARIOS

Atención al cliente – libre de cargo

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

1-888-875-9779

Inscripción para eventos educativos

1-904-791-8103

1-904-361-0407 (FAX)

Inscripción del proveedor

1-877-715-1921

1-877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

1-855-416-4199

FCSOSPOTHelp@fcso.com

Sitios Web de Medicare

PROVEEDORES

First Coast – MAC JN

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.cms.gov

BENEFICIARIOS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.medicare.gov

Encuentre sus *otros contratistas* (por ejemplo DME, HHA, etc.)

Direcciones postales

Presentación de reclamaciones Reclamaciones de rutina por escrito

Medicare Part B Redetermination
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 45263
Jacksonville, FL 32232-5263

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

FOIA Florida
PO Box 45268
Jacksonville, Florida 32232-5268

Audiencias juez de derecho administrativo

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

Consultas 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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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 del proveedor
P. O. Box 44021
Jacksonville, FL 32231-4021

Educación al proveedor

Propósitos educativos y revisión de cargos habituales/prevalcientes o de tarifa fija:
Educación y alcance al proveedor
P. O. Box 45157
Jacksonville, FL 32232-5157

Registro para eventos educacionales

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

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination
P. O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018

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

Provedores. Llamada gratis

Servicio al cliente:
866-454-9007

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

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

Beneficiario. Llamada gratis:

800-MEDICARE
800-754-7820 (TTY)

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.

Inscripción a eventos educativos (línea no gratuita):

904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

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

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

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

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199
FCSOSPOTHelp@fcso.com

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 (CMS)

www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

www.medicare.gov

Encuentre sus *otros contratistas* (por ejemplo DME, HHA, etc.)

Direcciones postales

Reclamaciones, desarrollo adicional, correspondencia general

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

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

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)

FOIA USVI
P. O. Box 45073
Jacksonville, FL 32232-5073

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 45157
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

Fraud and abuse complaints
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 (CMS)
www.cms.gov

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
www.medicare.gov

Números telefónicos

Servicio al cliente proveedores
866-454-9007

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Correo electrónico:

askFloridaB@fcso.com

Servicio al cliente beneficiarios

800-MEDICARE
800-754-7820 (TTY)

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 educativos

904-791-8103

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

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

Número de fax (para consultas generales)

904-361-0696

Inscripción del proveedor

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

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

FCSOSPOTHelp@fcso.com

Encuentre sus *otros contratistas* (por ejemplo DME, HHA, etc.)