

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Marzo 2015

En esta edición

Detección del virus de la hepatitis C.....	4
Pruebas integrales limitadas de ICD-10	6
Ajuste obligatorio de pago de 2 por ciento	12
Reporte la ejecución de saldo de pago	16
CMS actualiza FISS.....	18
PQRS: Errores de envío	26
Nuevas pruebas con dispensa	28

Revisiones de conversión y codificación de ICD-10 con las actualizaciones de las NCD de ICD-9 – segunda actualización de mantenimiento

Número de *MLN Matters*: MM9087

Número de petición de cambio relacionado: 9087

Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de marzo de 2015

Fecha de efectividad: 6 de abril de 2015 – para actualizaciones de ICD-9 designadas y todas las ediciones del sistema local (ICD-9 e ICD-10); 1 de julio de 2015 – para todas las ediciones del sistema compartido ICD-9; 1 de octubre de 2015 – para todas las ediciones del sistema compartido ICD-10 (o cuando ICD-10 esté implementado)

Número de transmisión de CR relacionado: R1478OTN

Fecha de implementación: 6 de abril de 2015 – para las actualizaciones designadas de ICD-9 y todas las ediciones del sistema local; 6 de julio de 2015 – para las ediciones de ICD-9 e ICD-10

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han publicado la segunda actualización del mantenimiento de las actualizaciones de las conversiones y codificación específicas de ICD-10 de las determinaciones nacionales

de cobertura (NCD).

En la publicación, CMS creó y actualizó la edición de las NCD, tanto de las ediciones modificables del sistema compartido, así como las ediciones locales de MAC que contienen, ya sea, códigos de diagnóstico y de procedimiento de ICD-9 o códigos de diagnóstico y de procedimiento de ICD-10. Hay 10 hojas de cálculo que se incluyen con el artículo de la petición de cambio que se relacionan a las 13 NCD. Estas hojas de cálculo proporcionan la política pertinente y la información de codificación necesaria para implementar ICD-10.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9087.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9087, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios

Ver **REVISIONES**, en la página 7



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Cobertura

Eliminación de las NCD utilizando proceso acelerado.....	3
Determinación de cobertura nacional para los marcapasos cardíacos permanentes	3

Facturación

Detección del virus de la hepatitis C	4
---	---

ICD-10

CMS anuncia pruebas de reconocimiento.....	5
CMS publica dos nuevos videos de ICD-10.....	5
Pruebas integrales limitadas de ICD-10 con los remitentes.....	6
CMS lleva a cabo una exitosa semana de pruebas integrales de Medicare FFS de ICD-10.....	6
Guía sobre el procesamiento de reclamaciones del sistema de pago mediante tarifa fija.....	7

Información general

Orientación sobre el año de reporte de PQRS 2013 y el ajuste de pago de 2015	8
Actualizaciones a los capítulos del manual electrónico de Medicare para SNF	8
Solicitar un duplicado de la remesa de pago.....	9

Inscripción del proveedor

CMS actualiza el 'Provider Integrity Manual'	9
Incorporación de las políticas de revalidación.....	10

Intercambio electrónico de datos

Actualización de abril de 2015 de los códigos de taxonomía	10
--	----

Problemas de procesamiento

Ajuste masivo de las reclamaciones que contienen los códigos G0473 y 77063.....	11
---	----

Tarifas fijas

Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare.....	11
Ajuste obligatorio de pago de 2 por ciento extendido para las reclamaciones de FFS.....	12
Actualización de las tarifas fijas de DMEPOS.....	12

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	13
MLN Connects™ Provider e-News	14

Parte A

Facturación

Automatización de la solicitud para el proceso de reapertura de reclamaciones.....	15
Cartas de denegación para los servicios de las instituciones religiosas no médicas.....	16

Intercambio electrónico de datos

Reporte la ejecución de saldo de pago en la remesa de pago electrónica 837	16
--	----

Problemas de procesamiento

Corrección de un problema de visualización de las reclamaciones OPPS	17
--	----

Sistema de pago prospectivo

Actualización de abril de 2015 del editor de códigos ambulatorios integrados.....	17
CMS renombra el campo de pago en la producción de precios del IPPS.....	18
CMS actualiza FISS	18
CMS publica la actualización de abril de 2015 del OPPS	19

Determinaciones locales de cobertura de

Parte A	20
Revisiones a las LCD existentes	
Syphilis test	21
Mohs micrographic surgery (MMS)	21
Surgical management of morbid obesity	21
Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®).....	22

Información médica adicional

Noncovered services - revisión al borrador de la LCD de Parte A.....	22
Determinaciones de cobertura local (LCD) - información faltante	24
Determinaciones de cobertura local (LCD) futuras de ICD-10.....	24

Contactos de Parte A

Parte B

Información general

Actualización de abril de 2015 del sistema de pago de ASC	26
PQRS: Errores de envío en el año del programa 2014 con el nombre incorrecto.....	26
Programa del modificador basado en valor.....	27
Investigación generalizada para daptomycin	27

Laboratorio clínico

Nuevas pruebas con dispensa	28
Determinaciones locales de cobertura de	
Parte B	29

Revisiones a las LCD existentes

Syphilis test	30
Mohs micrographic surgery (MMS)	30
Surgical management of morbid obesity	31
Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®).....	31

Información médica adicional

Independent diagnostic testing facility (IDTF) - revisión a la pauta de codificación.....	31
Noncovered services - revisión al borrador de la LCD de Parte B	32
Determinaciones de cobertura local (LCD) futuras de ICD-10.....	34
Determinaciones de cobertura local (LCD) - información faltante.....	34

Contactos de Parte B de Puerto Rico

Contactos de Parte B de Florida

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos

.....	37
-------	----

Medicare A y B Al Día

Vol. 7, No. 3
Marzo de 2015

Publications
staff

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

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

Third-party websites:

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

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

Cobertura

Eliminación de las determinaciones nacionales de cobertura utilizando proceso acelerado

Número de *MLN Matters*: MM9095
Número de petición de cambio relacionado: 9095
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de marzo de 2015
Fecha de efectividad: 18 de diciembre de 2014
Número de transmisión de CR relacionado: R180NCD
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

Bajo el proceso “acelerado”, establecido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en agosto de 2013, se están eliminando las siguientes determinaciones nacionales de cobertura (NCD):

- 50.6 – Tinnitus masking
- 160.4 – Stereotactic Cingulotomy as a Means of Psychosurgery
- 160.6 – Carotid Sinus Nerve Stimulator
- 160.9 – Electroencephalographic (EEG) Monitoring During Open-Heart Surgery
- 190.4 – Electron Microscope
- 220.7 – Xenon Scan
- 220.8 – Nuclear Radiology Procedure

Los contratistas de Medicare determinarán la cobertura

bajo la sección 1862(a)(1) del Act para aquellos artículos o servicios específicos abordados previamente a través de estas NCD. La notificación del *Federal Register* (78 FR 48164) que describe los detalles del proceso “acelerado”, está disponible en el [sitio Web de CMS](#) (en inglés).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9095.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9095, 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/R180NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 180, CR 9095

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.

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



Número de *MLN Matters*: MM9078
Número de petición de cambio relacionado: 9078
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de febrero de 2015
Fecha de efectividad: 13 de agosto de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R3204CP y R179NCD
Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

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

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

1. Bradicardia sintomática no reversible debido a la disfunción del nódulo sinusal
2. Bradicardia sintomática no reversible debido a un bloqueo auriculoventricular de segundo y/o tercer grado

Información adicional

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

Ver **DETERMINACIÓN**, en la próxima página

DETERMINACIÓN

De la página anterior

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9078, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3204CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R179NCD.pdf>.

[Downloads/R179NCD.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R179NCD.pdf).

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3204, CR 9078 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 179, CR 9078

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

Facturación

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

Número de *MLN Matters*: MM8871 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8871
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2015
 Fecha de efectividad: 2 de junio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R3215CP y R177NCD
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015, para ediciones no compartidas de MAC y análisis de CWF; 6 de abril de 2015, para ediciones del sistema compartido restantes

Este artículo fue revisado el 13 de marzo para reflejar la petición de cambio revisada 8871, que se publicó el 11 de marzo. El artículo fue revisado para reemplazar, corregir y aclarar la información en todo el artículo. Consulte la sección "Note" (nota) en el artículo para una descripción completa de todos los cambios.

Resumen

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8871, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3215CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R177NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3215, CR 8871 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 177, CR 8871

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

CMS anuncia pruebas de reconocimiento de ICD-10 con los proveedores

Número de *MLN Matters*: MM8858 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8858
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de febrero de 2015
Fecha de efectividad: 30 días desde la emisión (ver las fechas de pruebas)
Número de transmisión de CR relacionado: R1472OTN
Fecha de implementación: 17 al 21 de noviembre de 2014, para la semana de pruebas de noviembre; 2 al 6 de marzo de 2015, para la semana de pruebas de marzo; 1 al 5 de junio de 2015, para la semana de prueba de junio.

Este artículo fue revisado el 27 de febrero de 2015, para reflejar la petición de cambio (CR) 8858 revisada, emitida el 24 de febrero. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para acceder a la CR 8858 están revisados. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente las fechas de las tres semanas de pruebas antes de la transición del 1 de octubre de 2015, a la clasificación internacional de enfermedades, 10a edición, modificación clínica (ICD-10).

Los tres periodos de prueba de ICD-10 fueron creados para generar conciencia e interés dentro de la comunidad de proveedores para preparar la implementación de ICD-10. Las pruebas de reconocimiento de ICD-10 con los socios comerciales se llevarán a cabo:

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

CMS publica dos nuevos videos de ICD-10

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han publicado dos videos cortos animados que explican los conceptos clave de ICD-10. Los videos duran menos de cuatro minutos cada uno y están disponibles en la página Web de los [recursos del proveedor](#) (en inglés):

- [Introducción a la codificación de ICD-10](#) (en inglés) – ofrece un resumen de las características de ICD-10 y explica los beneficios del nuevo conjunto de códigos para los pacientes y para la comunidad del cuidado de



- Del 17 – 21 de noviembre de 2014
- Del 2 – 6 de marzo de 2015
- Del 1 – 5 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/MM8858.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8858, 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/R1472OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1472, CR 8858

la salud

- [La codificación de ICD-10 y la diabetes](#) (en inglés) – utiliza la diabetes como un ejemplo para mostrar cómo el conjunto de códigos captura los detalles clínicos importantes

Manténgase al día sobre ICD-10

Visite el sitio Web de [ICD-10](#) (en inglés) para las últimas noticias y recursos para ayudarlo a prepararse.

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

Fecha de efectividad: 12 de septiembre de 2014 – para los MAC y CEDI (requerimientos de cambio que no son de sistemas) (Nota: Esta es la fecha límite del primer requerimiento de MAC y CEDI); 26 de enero de 2015 – para codificación de FISS y CEDI para la semana de pruebas de enero; 27 de abril de 2015 – para la codificación de FISS y CEDI para la semana de pruebas de abril; 20 de julio de 2015 – para la codificación de FISS y CEDI para la semana de pruebas de julio.

Número de transmisión de CR relacionado: R1451OTN

Fecha de implementación: 5 de enero de 2015 – para la codificación de FISS y CEDI para la semana de pruebas de enero; 16 de febrero de 2015 – para los requerimientos de MAC para las pruebas del 15 de enero. Esta es la fecha límite de la última entrega de MAC; 6 de abril de 2015 – para codificación de FISS y CEDI para la semana de pruebas de abril; 18 de mayo de 2015 – para los requerimientos de MAC para las pruebas del 15 de abril. Esta es la fecha límite de la última entrega de MAC; 6 de julio de 2015 – para la codificación de FISS y CEDI para la semana de pruebas de julio; 10 de agosto de 2015 – para los requerimientos de MAC para las pruebas del 15 de julio. Esta es la fecha límite de la última entrega de 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
- 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/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.

CMS lleva a cabo una exitosa semana de pruebas integrales de Medicare FFS de ICD-10

Número de *MLN Matters*: SE022515

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

Del 26 de enero al 3 de febrero de 2015, los proveedores del cuidado de la salud, las casas de facturación y las agencias de facturación del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare (FFS) participaron con éxito en la primera semana las pruebas de ICD-10 con todos los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y el contratista MAC de intercambio electrónico común de datos (CEDI) del equipo médico duradero (DME). CMS pudo acomodar a todos los voluntarios que representaron una amplia muestra del proveedor, la reclamación y los tipos de remitentes.

Aproximadamente 660 proveedores y empresas de facturación presentaron cerca de 15,000 reclamaciones

de prueba. Esta exitosa semana de pruebas continúa para ponernos en marcha para la implementación con éxito de esta importante iniciativa que refleja, de una mejor manera, la práctica moderna de la medicina para el 1 de octubre de 2015.

La prueba demostró que los sistemas de CMS están listos para aceptar las reclamaciones de ICD-10. [Vea los resultados](#) (en inglés).

En general, los participantes en la prueba del 26 de enero al 3 de febrero pudieron presentar con éxito las reclamaciones de ICD-10 e hicieron que se procesaran a través de nuestros sistemas de facturación. En cierta medida algunas reclamaciones fueron rechazadas porque la mayoría no cumplían con el indicador debido a errores no relacionados con ICD-9 o ICD-10.

La realización de las pruebas nos permite identificar áreas de mejora y vamos a trabajar con las entidades y grupos de interés externos para mejorar esas pequeñas

Ver **CMS**, en la próxima página

CMS

De la página anterior

deficiencias identificadas. También vamos a continuar haciendo las pruebas, especialmente en aquellas áreas que identificamos que necesitan mejorar.

Además de las pruebas de reconocimiento, que pueden ser completadas en cualquier momento, se llevarán a cabo otras dos semanas de pruebas integrales antes del 1 de octubre de 2015; fecha de cumplimiento de ICD-10:

- 27 de abril hasta el 1 de mayo: los voluntarios han sido seleccionados
- 20 de julio hasta el 24 de julio: los formularios para los voluntarios estarán disponibles el 13 de marzo en los sitios Web de MAC y CEDI
- Aquellos que participaron en la prueba de enero son automáticamente elegibles para participar de nuevo

en abril y julio

Información adicional

- [Artículo MLN Matters® #MM8867](#), “ICD-10 Limited End-to-End Testing with Submitters for 2015 (en inglés)
- [Artículo de edición especial MLN Matters® #SE1435](#), “FAQs – ICD-10 End-to-End Testing” (en inglés)
- [Artículo de edición especial MLN Matters® #SE1409](#), “Medicare FFS ICD-10 Testing Approach” (en inglés)

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE022515

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.

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

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

Este artículo fue revisado el 20 de febrero para añadir una pregunta y respuesta en la página 2 sobre el procesamiento dual de los códigos ICD-9 y ICD-10.

Resumen

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

Para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre

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.

de 2015, los proveedores del cuidado médico deben presentar reclamaciones utilizando solamente los conjuntos de códigos ICD-10. Las reclamaciones no pueden contener ambos, los códigos ICD-9 y los códigos ICD-10. Sin embargo, donde los códigos ICD-9 son efectivos para la porción de los servicios prestados en o antes del 30 de septiembre de 2015, CMS ha desarrollado las pautas para asistir a los proveedores en la presentación de reclamaciones.

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1408

REVISIONES

De la página 1

de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1478OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1478, CR 9087

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

Orientación sobre el año de reporte de PQRS 2013 y el ajuste de pago de 2015 para RHC, FQHC y CAH

Número de *MLN Matters*: SE1508
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo es para ayudar a las clínicas de salud rurales (RHC), los centros de salud federalmente calificados (FQHC) y los hospitales de cuidado crítico (CAH) a entender los impactos del sistema de reporte de calidad médica (PQRS). El artículo incluye preguntas frecuentes y recursos relacionados. Básicamente, los servicios pagables bajo las tarifas fijas o metodologías **que no sean** del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y

profesionales de la salud **no** están incluidos en el PQRS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1508.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1508.

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.

Actualizaciones a los capítulos del manual electrónico de Medicare para proveedores de SNF

Número de *MLN Matters*: MM8997
 Número de petición de cambio relacionado: 8997
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de marzo de 2015
 Fecha de efectividad: 15 de junio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3216CP y R204BP
 Fecha de implementación: 15 de junio de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 8997 actualiza las secciones del *Medicare Benefit Policy Manual* y el *Medicare Claims Processing Manual* con respecto a la política y facturación del centro de enfermería especializada (SNF). Algunas de las secciones impactadas del manual, que fueron aclaradas, incluyen lo siguiente:

- Readmisión a SNF
- Servicios clínicos de un médico basado en un hospital
- Tarifa del código del sistema de pago prospectivo de seguro de salud (HIPPS)
- Días de permiso de ausencia (LOA)
- Servicio de rayos X portátil prestado en el SNF

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8997.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8997, 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/R3216CP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R204BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3216, CR 8997 y CMS Pub. 100-02, Transmittal 204, CR 8997

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.

Cómo solicitar un duplicado de la remesa de pago

A veces First Coast recibe solicitudes para un duplicado de las notificaciones de remesas de Medicare (MRN), también conocidas como resumen de Medicare (MSN).

Los socios comerciales que están presentando directamente a través del EDI Gateway utilizando su propio número de remitente y reciben remesas de pago electrónicas (ERA), pueden utilizar la *solicitud de recargo de remesa para X12 v5010*.

Los proveedores que están enviando/recibiendo archivos a través de una casa de facturación deben contactar la casa de facturación para cualquier solicitud de recarga. Los proveedores también pueden descargar un software libre de costo para obtener las ERA.

¿Cómo obtengo el software libre de costo?

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

¿Y si recibo las notificaciones de remesas en papel?

Los contratistas de Medicare no proveen rutinariamente duplicados de remesas en papel (remesa de pago en papel o SPR). Los proveedores que reciben SPR pueden contactar a servicio al cliente para duplicados *si nunca recibieron los originales o se perdieron debido a un desastre natural*. (**Nota:** Servicio al cliente sólo puede enviar los duplicados a la dirección impresa en la SPR. Además, las solicitudes de la Parte A tienen que ser hechas dentro de 30 días de la fecha de la remesa; si no, hay una tarifa de \$25 por duplicados).

Por favor asegúrese de enviar la solicitud junto con la tarifa de \$25 a la siguiente dirección:

First Coast Service Options
Attn: Finance Control
P.O. Box 406443
Atlanta, GA 30384-6443

Recomendamos que utilice ERA. [Haga clic aquí](#) para contestaciones a preocupaciones que pueda tener sobre ERA, o [haga clic aquí](#) para ver las FAQ de ERA.

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

Inscripción del proveedor

CMS actualiza el 'Provider Integrity Manual' para incorporar una nueva revocación y las reglas de denegación para los proveedores de Medicare

Número de *MLN Matters*: MM9065
Número de petición de cambio relacionado: 9065
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de marzo de 2015
Fecha de efectividad: 28 de mayo de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R582PI
Fecha de implementación: 28 de mayo de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente expandieron las instancias en las cuales una condena por delito puede servir como base para la denegación o revocación de la inscripción a Medicare de un proveedor o suplidor.

Adicionalmente, CMS añadió políticas al *Program Integrity Manual* las cuales les proporcionan a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) la capacidad de revocar los privilegios de facturar a Medicare si el MAC determina que el proveedor o suplidor tiene un patrón o la práctica de presentar reclamaciones que no cumplen con los requerimientos de Medicare. Los cambios manuales también incorporan límites en la capacidad de los suplidores de ambulancia de facturar de manera

retrospectiva por servicios provistos antes del momento de inscripción.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9065.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9065, 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/R582PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 582, CR 9065

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.

Incorporación de las políticas de revalidación en el 'Program Integrity Manual'

Número de *MLN Matters*: MM9011
 Número de petición de cambio relacionado: 9011
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de febrero de 2015
 Fecha de efectividad: 15 de mayo de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R578PI
 Fecha de implementación: 15 de mayo de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 9011 incorpora diversas políticas de revalidación de inscripción de Medicare existentes en el capítulo 15 del "Program Integrity Manual" (PIM). Las nuevas políticas anunciadas en la CR 9011 cubren los siguientes aspectos:

- Procesamiento de una interrupción voluntaria de una reasignación

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.

- Proveedores que en realidad pueden ser subpartes de otros proveedores inscritos

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9011.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9011, 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/R578PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 578, CR 9011

Intercambio electrónico de datos

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



Número de *MLN Matters*: MM8993
 Número de petición de cambio relacionado: 8993
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de febrero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3201CP
 Fecha de implementación: Tan pronto como el 1 de abril de 2015, pero no más tarde del 6 de julio de 2015

Resumen

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

adición de un nuevo código y la adición de definiciones a los códigos existentes.

La petición de cambio (CR) 8993 instruye a los contratistas a obtener el conjunto HPTC más reciente y utilizarlo para actualizar sus tablas y/o archivos de referencia interna de HPTC. El conjunto de HPTC está disponible para ver o para descargarlo desde el Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-edi.com/reference/> (en inglés).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8993.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8993, 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/R3201CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3201, CR 8993

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.

Problemas de procesamiento

Ajuste masivo de las reclamaciones que contienen los códigos G0473 y 77063

Problema

Debido a un error en los sistemas, el coaseguro y el deducible no han sido eximidos de las reclamaciones que contienen los códigos G0473 (intensive behavioral therapy for obesity) (terapia intensiva del comportamiento para la obesidad) y 77063 (screening digital breast tomosynthesis, bilateral) (tomosíntesis digital de cribado mamográfico, bilateral).

Resolución

El problema se corregirá el 6 de abril de 2015. Para las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2015, al 31 de marzo de 2015, los contratistas

administrativos de Medicare estarán ajustando masivamente estas reclamaciones y emitirán los pagos corregidos de todas las reclamaciones impactadas.

Estatus/fecha de resolución

Abierto. El problema se corregirá el 6 de abril de 2015.

Acción del proveedor

Los proveedores deben reembolsar a los beneficiarios por cualquier pago en exceso causado por este error.

Problemas actuales de procesamiento

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

Tarifas Fijas

Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2015

Número de *MLN Matters*: MM9104
Número de petición de cambio relacionado: 9104
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de febrero de 2015
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3205CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 9104 instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar una nueva base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB). En la regla final, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron un factor de conversión de \$28.2239 para este período, lo que resulta en una reducción promedio del 21.2 por ciento de las tarifas del 2014. En la mayoría de años anteriores, el Congreso ha tomado medidas para evitar grandes reducciones de manera global en las tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud antes de que entraran en vigor.

De acuerdo con el Medicare Claims Processing Manual (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, este debe

ser considerado como un aviso de 30 días del cambio de las tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2015 programado para el 6 de abril de 2015.

First Coast proporcionará más detalles sobre el alcance de los cambios una vez que los archivos se reciban desde los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Por favor, continúe vigilando la sección de noticias de tarifas del sitio Web <http://medicareespanol.fcsco.com/> así como las eNews de First Coast para próximos detalles relacionados con los cambios de tarifas fijas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9104.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9104, 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/R3205CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3205, CR 9104

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.

Ajuste obligatorio de pago de 2 por ciento extendido para las reclamaciones de Medicare FFS ('sequestration'/ secuestro)

Para las reclamaciones del programa del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija, con fechas de servicio o fechas de alta a partir del 1 de abril de 2013, seguirá incurriendo una reducción del 2 por ciento en el pago de Medicare hasta el 31 de marzo de 2016 ('sequestration'/ secuestro). Las reclamaciones por equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS), incluidas las reclamaciones bajo el programa de oferta competitiva DMEPOS, continuarán siendo reducidas en un 2 por ciento con base en si la fecha de servicio, o la fecha de inicio de alquiler de equipos o suministros de varios días, es a partir del 1 de abril de 2013. El ajuste del pago de reclamaciones continuará aplicándose a todas las reclamaciones después de determinar el coaseguro, cualquier deducible aplicable y cualquier ajuste de pago aplicable de Medicare como

pagador secundario.

Aunque los pagos de beneficiarios de deducibles y coaseguros no están sujetos a la reducción de pago del 2 por ciento, el pago de Medicare a los beneficiarios para las reclamaciones no asignadas está sujeto a la reducción del 2 por ciento. CMS anima a los médicos de Medicare, profesionales de la salud y proveedores que facturan reclamaciones sobre una base no asignada, para que continúen las discusiones con los beneficiarios sobre el impacto del secuestro en el reembolso de Medicare. Las preguntas sobre el reembolso deben dirigirse a su contratista administrativo de Medicare (<http://go.usa.gov/3xtCC>).

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

Actualización de las tarifas fijas de DMEPOS 2015

Número de *MLN Matters*: MM8999 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8999
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de febrero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3190CP
 Fecha de implementación: 5 de enero de 2015

Este artículo fue revisado el 24 de febrero para reflejar la petición de cambio (CR) 8999 revisada emitida el 6 de febrero. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder a la CR fueron actualizados. El resto de la información permanece igual.

Resumen

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

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



para ciertos equipos de oxígeno

- Corrección relacionada a la CR 8566

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8999, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3190CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3190, CR 8999

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

Abril de 2015

Medicare Te Informa 2015 Dorado

Cuando: 23-24 de abril de 2015

Hora: 8:15 AM-4:55 PM ET

Tipo: Cara a Cara

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<http://medicareespanol.fcso.com/Eventos/278611.pdf>

Teleconferencia “Pregúntele al contratista” (ACT) de Medicare: administración de cuidados crónicos

Cuando: 29 de abril 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/279169.asp>

Mayo de 2015

Búsqueda de tarifas fijas de First Coast

Cuando: 5 de mayo de 2015

Hora: 11:00 AM-mediódía 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/278693.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, 19 de febrero de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-02-19-eNews.html?DLPage=1&DLSort=0&DLSortDir=descending>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 26 de febrero de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-02-26-eNews.html?DLPage=1&DLSort=0&DLSortDir=descending>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 5 de marzo de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-03-05-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 12 de marzo de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-03-12-eNews.html>
- MLN Connects™ Provider e-News para el jueves, 19 de marzo de 2015 – <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/FFSProvPartProg/Provider-Partnership-Email-Archive-Items/2015-03-19-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

Automatización de la solicitud para el proceso de reapertura de reclamaciones

Número de *MLN Matters*: MM8581 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 8581
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de marzo de 2015
Fecha de efectividad: Reclamaciones recibidas a partir del 1 de octubre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3219CP
Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Este artículo fue revisado el 17 de marzo de 2015, para corregir errores tipográficos en los descriptores del campo de comentarios. Esta actualización es una continuación de las revisiones de febrero para clarificar la relación de las reaberturas con la presentación oportuna y a ciertas líneas de reclamación denegadas. Las revisiones identificaron la necesidad de un código en el campo "Remarks" ("comentarios") para ciertas reaberturas. En adición, las fechas de efectividad e implementación están revisadas. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron unos cambios que permitirán a los proveedores y sus vendedores solicitar electrónicamente una reapertura de reclamaciones.

Cuando un proveedor necesita corregir o complementar una reclamación, y la reclamación todavía está dentro

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.

de los límites de presentación oportuna, los proveedores pueden presentar una reclamación de ajuste para remediar el error.

CMS solicitó al National Uniform Billing Committee (NUBC) un código "nuevo" de frecuencia de tipo de factura para ser utilizado por los proveedores, que indica una solicitud de reapertura y una serie de códigos de condición para identificar el tipo de reapertura que está siendo solicitada.

Efectivo con las reclamaciones recibidas a partir del 1 de abril de 2015, las reaberturas de reclamaciones institucionales deben ser presentadas con un código de frecuencia "Q" para identificarlas como una reapertura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8581.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8581, 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/R3219CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3219, CR 8581

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

- Recetas electrónicas (eRx)
- Registros de salud electrónicos (EHR)
- Áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA)
- Programa de incentivo de cuidado primario (PCIP)



Cartas de denegación para los servicios de las instituciones religiosas no médicas del cuidado de la salud no cubiertos por Medicare

Número de *MLN Matters*: MM8559 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 8559
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de abril de 2014
 Fecha de efectividad: 14 de julio de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R2930CP
 Fecha de implementación: 14 de julio de 2014

Este artículo fue revisado el 25 de febrero de 2015, para eliminar la información relativa a la codificación de diagnósticos y hacer referencia a la petición de cambio (CR) 8350. El resto de la información permanece igual.

Resumen

Las instituciones religiosas no médicas del cuidado de la salud (RNHCI) a veces proporcionan servicios a los beneficiarios de Medicare que no califican para cobertura de Medicare y para los cuales el beneficiario puede buscar el pago de otro asegurador. El otro asegurador puede requerir una denegación de Medicare antes de emitir el pago por estos servicios.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron las ediciones del sistema de Medicare y las instrucciones de codificación de diagnóstico sobre el procesamiento de reclamaciones de RNHCI. CMS

también añadió instrucciones sobre solicitudes de cartas de denegación cuando los RNHCI proporcionan un nivel de cuidado que no está cubierto por Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8559.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8559, 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/R2930CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 2930, CR 8559

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

Intercambio electrónico de datos

Reporte la ejecución de saldo de pago en la remesa de pago electrónica 835 y el cruce de transacciones de reclamaciones del beneficiario 837

Número de *MLN Matters*: MM9050
 Número de petición de cambio relacionado: 9050
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de febrero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1467OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente anunciaron que el código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) A7 será reemplazado el 1 de julio de 2015, por CARC 121 para reportar la ejecución de saldo de pagos o adjudicaciones de reclamaciones fuera de balance (OOB).

Actualmente, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) están utilizando CARC A7 (ajuste de pago presuntivo) para reportar la ejecución de saldo de pagos de OOB. A partir del 1 de julio de 2015, los MAC utilizarán CARC 121, (ajuste de indemnización) como compensación por la responsabilidad destacada del

miembro en lugar de A7.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9050.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9050, 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/R1467OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1467, CR 9050

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.

Problemas de procesamiento

Corrección de un problema de visualización de las reclamaciones OPPTS con el código de valor 'FD'

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están corrigiendo un problema de visualización de las reclamaciones del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPTS) con el código de valor "FD", que fue causado por la implementación del código de valor "QD" de pagador único. Las siguientes reclamaciones fueron impactadas:

- Tipo de factura 13x (servicios de pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios)
- Procesadas en o después del 1 de enero de 2014 y antes de la publicación trimestral del OPPTS Pricer de julio de 2015
- El código de valor "FD" está presente, pero no representa la cantidad límite del crédito del dispositivo utilizado para fijar el precio de la reclamación

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare estarán ajustando, de forma masiva, cualquier reclamación procesada que no refleje una diferencia que cumpla con los criterios anteriores dentro de los 60 días después de la implementación exitosa del código de valor "QD" de pagador único, en producción en o alrededor del 6 de julio de 2015.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

No se necesita acción por parte de los proveedores.

Problemas actuales de procesamiento

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

Sistema de pago prospectivo

Actualización de abril de 2015 del editor de códigos ambulatorios integrados

Número de *MLN Matters*: MM9107

Número de petición de cambio relacionado: 9107

Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de marzo de 2015

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015

Número de transmisión de CR relacionado: R3218CP

Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicarán las instrucciones y especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) de abril de 2015. El I/OCE dirige las reclamaciones bajo el sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios (OPPTS) y no OPPTS para los departamentos ambulatorios de hospitales, centros de salud mental comunitarios, todos los proveedores no OPPTS y para los servicios limitados cuando se proporcionan en una agencia de salud en el hogar.

El I/OCE dirige todas las reclamaciones institucionales de pacientes ambulatorios (las cuales incluyen las reclamaciones no OPPTS de hospital) a través de un único OCE integrado, lo que elimina la necesidad de actualizar,

instalar y mantener dos paquetes de software OCE separados sobre una base trimestral.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9107.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9107, 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/R3218CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3218, CR 9107

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 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9031
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de febrero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R1471OTN
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Este artículo fue revisado el 23 de febrero para reflejar la petición de cambio (CR) revisada 9031 emitida el 18 de febrero. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección de Web para acceder la CR están revisados. El resto de la información permanece igual.

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/R1471OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1471, 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 que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

CMS actualiza FISS para añadir los números de identificación de evaluación

Número de *MLN Matters*: MM9016
 Número de petición de cambio relacionado: 9016
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
 Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han rescindido la petición de cambio 9016 y el artículo relacionado de *MLN Matters*® MM9016 del 9 de marzo de 2015.

Aquí está el enlace a la [petición de cambio 9016](#) (en inglés).

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 publica la actualización de abril de 2015 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*: MM9097
Número de petición de cambio relacionado: 9097
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de marzo de 2015
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3217CP
Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

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

Con la actualización, CMS otorga el paso a través del estatus OPPS de seis medicamentos y productos biológicos a partir del 1 de abril de 2015. CMS también corrigió retroactivamente las tarifas y la metodología de pago ASP para varios medicamentos y productos biológicos. Otros cambios incluyen:

- La reasignación de los productos sustitutos de piel del grupo de bajo costo al grupo de alto costo
- A partir del 1 de abril de 2015, el indicador de estatus para el código HCPCS J0365 (Injection, aprotonin, 10,000 kiu) cambiará de SI=K (Paid under OPPS; separate APC payment [pagado bajo OPPS; pago separado APC]) a SI=E (Not paid by Medicare when submitted on outpatient claims (any outpatient bill type) ([no pagado por Medicare cuando se presenten las reclamaciones de pacientes ambulatorios [cualquier tipo de factura de paciente ambulatorio])
- El copago del beneficiario para el código HCPCS J7315 se estableció erróneamente al 20 por ciento de la tarifa de pago de APC en el 'pricer' OPPS desde el

1 de enero de 2014, hasta el 31 de marzo de 2015. El artículo contiene una lista de las tarifas de copago corregidas de J7315

- Se han establecido tres nuevos códigos del *Current Procedural Terminology (CPT)* para vacunas

CMS también revisó las instrucciones de facturación para permitir el pago sólo para procedimientos de hospitalización prestados a un paciente en el ámbito ambulatorio, en la fecha de la admisión hospitalaria o durante los tres días calendario que preceden a la fecha de la admisión hospitalaria. Además, CMS finalizó las instrucciones relacionadas con el reporte del modificador "PO" para los servicios proporcionados en los departamentos ambulatorios fuera del campus basado en el proveedor.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9097.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9097, 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/R3217CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3217, CR 9097

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



Suscripción a Medicare Parte A

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

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Syphilis test – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L29044 (Florida)

Identificador de LCD: L29045 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la prueba de sífilis fue revisada más recientemente el 1 de enero de 2014. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para reflejar el lenguaje actual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) basado en la petición de cambio (CR) 7610 [Screening for Sexually Transmitted Infections (STIs) and High Intensity Behavioral Counseling (HIBC) to Prevent STIs] (detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y alto asesoramiento conductual intensivo (HIBC) para prevenir las STI) y el *manual de determinaciones nacionales de cobertura (NCD) de Medicare*, capítulo 4, §210.10, Screening for Sexually Transmitted Infections (STIs) and High Intensity Behavioral Counseling (HIBC) to Prevent STIs (detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y alto asesoramiento conductual intensivo (HIBC) para prevenir las STI). En adición, la sección de la LCD “CMS

National Coverage Policy” fue actualizada para incluir la CR 7610 y la NCD 210.10. Esta LCD limita las pruebas de diagnóstico de sífilis para el tratamiento de sífilis. La detección de sífilis será cubierta cuando se realiza de acuerdo con las limitaciones de cobertura de la NCD 210.10.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 12 de marzo de 2015**, para los servicios prestados en o después del 8 de noviembre de 2011. 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](#).

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

Identificador de LCD: L28932 (Florida)

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

En base a la petición de cambio (CR) 9007, la sección “Documentation Requirements” de la determinación de cobertura local (LCD) Mohs micrographic surgery (MMS) fue revisada para indicar que si un código de patología es facturado el mismo día como MMS, entonces la documentación debe sustentar que una incisión/biopsia/ reparación separada fue realizada. El documento adjunto de las pautas de codificación también fue revisado.

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

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 9 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.

Surgical management of morbid obesity – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L33019 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida se ha revisado para actualizar las “condiciones comórbidas” y las “contraindicaciones para la cirugía bariátrica” bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”. Además fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

Fecha de vigencia

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

Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – revisión a la LCD de Parte A

Identificador de LCD: L31223 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) fue revisada en base a una petición de reconsideración para incluir la ampliación de la etiqueta de la Food and drug administration (FDA) para el tratamiento de contractura de Dupuytren para permitir hasta dos inyecciones que afectan dos articulaciones o dos tendones de la misma mano en la misma visita de tratamiento. Las secciones "Utilization Guidelines" y "Sources of Information and Basis of Decision" de la LCD fueron actualizadas.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 17 de febrero de 2015, para las fechas de servicio a partir del 20 de octubre del 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](#).

Información médica adicional

Noncovered services – revisión al borrador de 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 están considerados médicamente razonables y necesarios en este momento, sobre la base de la evidencia actualmente disponible publicada (por ejemplo, la literatura médica revisada por expertos y estudios publicados). Por lo tanto, los siguientes códigos de procedimiento se han añadido al borrador de la determinación de cobertura local (LCD) de los servicios no cubiertos y están abiertos para comentarios. El periodo de comentario para esta revisión es desde el 14 de febrero de 2015, hasta el 30 de marzo de 2015. Después de que el borrador de LCD se convierta en efectivo/activo, cualquier parte interesada puede solicitar una revisión a la LCD, al seguir el proceso de reconsideración según lo descrito en nuestro sitio Web.

- C9737 - Laparoscopy, surgical, esophageal sphincter augmentation with device (e.g., magnetic band) (laparoscopia, quirúrgico, aumento de esfínter esofágico con dispositivo [por ejemplo, banda magnética])
- 0378T – 0379T - Visual field assessment, with concurrent real time data analysis and accessible data storage with patient initiated data transmitted to a remote surveillance center for up to 30 days (evaluación del campo visual, con análisis de datos en tiempo real concurrente y almacenamiento de datos accesible con los datos del paciente iniciado transmitidos a un centro de vigilancia remoto por hasta 30 días)
- 0380T - Computer-aided animation and analysis of time series retinal images for the monitoring of disease

progression, unilateral or bilateral, with interpretation and report (animación asistida por ordenador y análisis de imágenes de la retina por series de tiempo para el seguimiento de la progresión de la enfermedad, unilateral o bilateral, con interpretación y reporte)

- 0381T – 0382T - External heart rate and 3-axis accelerometer data recording up to 14 days to assess changes in heart rate and to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (ritmo cardíaco externo y un acelerómetro de 3 ejes para grabar datos hasta 14 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco y para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnosticar los eventos de convulsiones de epilepsia nocturna)
- 0383T – 0384T - External heart rate and 3-axis accelerometer data recording from 15 to 30 days to assess changes in heart rate to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (ritmo cardíaco externo y un acelerómetro de 3 ejes para grabar datos de 15 a 30 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnosticar los eventos de convulsiones de epilepsia nocturna)
- 0385T – 0386T - External heart rate and 3-axis accelerometer data recording more than 30 days to assess changes in heart rate to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (ritmo cardíaco externo y un acelerómetro de 3 ejes para grabar datos por más de 30 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnosticar los eventos de

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

- convulsiones de epilepsia nocturna)
 - **0387T - Transcatheter insertion or replacement of permanent leadless pacemaker, ventricular (inserción de transcáteter o reemplazo del marcapasos permanente sin electrodos, ventricular)*
 - **0388T - Transcatheter removal of permanent leadless pacemaker, ventricular (remoción de transcáteter del marcapasos permanente sin electrodos, ventricular)*
 - **0389T - Programming device evaluation (in person) with iterative adjustment of the implantable device to test the function of the device and select optimal permanent programmed values with analysis, review and report, leadless pacemaker system (evaluación de la programación del dispositivo [en persona] con un ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar los valores óptimos permanentes programados con análisis, revisión y reporte, del sistema de marcapasos sin electrodos)*
 - **0390T - Peri-procedural device evaluation (in person) and programming of device system parameters before or after a surgery, procedure or test with analysis, review and report, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo periprocesal [en persona] y la programación de los parámetros del sistema del dispositivo antes o después de una cirugía, procedimiento o prueba con análisis, revisión y reporte, del sistema de marcapasos sin electrodos)*
 - **0391T - Interrogation device evaluation (in person) with analysis, review and report, includes connection, recording and disconnection per patient encounter, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo de interrogación [en persona] con análisis, revisión y reporte, incluye conexión, grabación y desconexión por encuentro de paciente, del sistema de marcapasos sin electrodos)*
 - *43289 - Unlisted laparoscopy procedure, esophagus (LINX) (procedimiento de laparoscopia no listado, esófago [LINX])*
 - **91200 - Liver elastography, mechanically induced shear wave (e.g., vibration), without imaging, with interpretation and report (elastografía hepática, onda cortante inducida mecánicamente [por ejemplo, vibración], sin imagen, con interpretación y reporte)*
- *Cubierto si el beneficiario está inscrito en un estudio de Investigational Device Exemption (exención del dispositivo en investigación, IDE) aprobado por el MAC.*

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el límite de cobertura, este contratista trata la calidad de la evidencia según el *Program Integrity Manual*. Cuando se abordan 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 eficacia y seguridad limitada de aquellos procedimientos. Debido a la falta de disponibilidad de evidencia de alta calidad, el MAC JN reitera que no hay suficiente evidencia científica para respaldar dichos 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 de un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para revisión, toda la documentación médica relevante y la información específica del caso de mérito y/o información nueva en el dominio público.

Una de las partes interesadas puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el borrador se finalice, el periodo de notificación haya terminado y el borrador se convierta en activo. En el caso de la LCD de servicios no cubiertos, la parte interesada 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. Si la parte interesada tiene información nueva en base a la evaluación de la lista de artículos y la información relacionada, se puede iniciar la reconsideración de LCD. Es responsabilidad de la parte interesada, solicitar la lista de pruebas del contratista y presentar los artículos adicionales, datos y la información relacionada para respaldar su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir los requerimientos de reconsideración de la LCD descritos en el sitio Web.

Además, cualquier parte interesada podría 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 cobertura bajo la sección 1862(a)(1)(A), un artículo o servicio pueden ser considerados para cobertura bajo la política de cobertura de CMS con evidencia de desarrollo (CED) en la que "razonable y necesario" quedan establecidos bajo 1862(a)(1)(E) del Acta. 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 están cubiertos sólo 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.

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

Determinaciones de cobertura local (LCD) – información faltante

Ha sido traído a nuestra atención que algunas LCD listadas en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) actualizada están incompletas ya que puede que falten las secciones de “CPT/HCPCS” y de “ICD-9 codes that support medical necessity”. First Coast Service Options, Inc. (First Coast) quiere clarificar que la información que falta es debido a un problema de la base de datos y no representa un cambio en la cobertura de LCD ni requerimientos de documentación o utilización. Esta información puede que también falte

en la herramienta de búsqueda de LCD de First Coast. First Coast está trabajando con el contratista nacional de MCD para resolver el problema. Si usted tiene una necesidad inmediata de aclarar los aspectos de una LCD actualizada, por favor contacte a medical.policy@fcsso.com con el nombre y número de la LCD. Se publicará una actualización cuando estos problemas sean resueltos.

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

Determinaciones de cobertura local (LCD) futuras de ICD-10

Se ha traído a nuestra atención que las LCD de ICD-10 actualmente publicadas en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) para notificación que incluyen los rangos de códigos de diagnóstico, puede que les falten los códigos de diagnóstico en del rango. First Coast Service Options, Inc. (First Coast) está trabajando con el contratista nacional de MCD para resolver este problema.

Si usted tiene una necesidad inmediata de aclarar los aspectos de una LCD de ICD-10 con efectividad futura, por favor contacte a medical.policy@fcsso.com. Cuando estos problemas sean resueltos se publicará una actualización.

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

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

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



Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

Intercambio electrónico de datos

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

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
 904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com
 855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

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

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

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

Auditorías de hospital

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

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

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

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268
 Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

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

Información general

Actualización de abril de 2015 del sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*: MM9100
 Número de petición de cambio relacionado: 9100
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3214CP
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 9100 actualiza las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en el sistema de pago de abril de 2015 del centro de cirugía ambulatoria (ASC). En la publicación, CMS actualiza las tarifas de pago de 2015 de los medicamentos y productos biológicos pagables por separado, incluyendo los descriptores para las entradas creadas recientemente del Level II del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y los servicios quirúrgicos auxiliares y cubiertos. Otras actualizaciones clave incluyen:

- Un nuevo dispositivo HCPCS que pasa a través de la

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.

categoría (C2623)

- Compensación del dispositivo para el pago
- Instrucciones de facturación para los códigos 37224 y 37226
- Facturación del tejido de aloinjerto corneal
- Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9100.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9100, 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/R3214CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3214, CR 9100

PQRS: Errores de envío en el año del programa 2014 con el nombre del programa incorrecto

La presentación de los datos de reportes de calidad para el año del programa 2014 del sistema de reporte de calidad (PQRS) comenzó el 1 de enero de 2015. Una cantidad de organizaciones han presentado los archivos de la arquitectura del documento de reporte de calidad (QRDA) III del año del programa 2014 con la extensión del nombre del programa de CMS incorrecto dentro del elemento de datos "informationRecipient" ("información del destinatario"). El "informationRecipient" ("información del destinatario") representa el programa profesional elegible de CMS para el cual el reporte está siendo presentado.



Usted debe seleccionar el nombre del programa que aplique correctamente a su presentación para asegurarse de que CMS analice debidamente sus datos de reporte de calidad. Los nombres válidos del programa de CMS se pueden encontrar en el [2014 QRDA III Implementation Guides for Eligible Professionals Clinical Quality Measures](#) (en inglés), volumen 2, sección 1.1.4.

Para más información, visite la librería de eCQM. Usted también puede contactar a asistencia técnica de QualityNet al 866-288-8912 (TTY 1-877-715-6222) o Qnetsupport@hcqis.org de 7am a 7pm CT de lunes a viernes.

Programa del modificador basado en valor

Número de *MLN Matters*: SE1507
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

El modificador de valor proporciona el pago diferencial bajo el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) con base en la calidad de la atención prestada, en comparación con el costo durante un período de ejecución. El programa del modificador de valor se está eliminando gradualmente de la siguiente forma:

En el **2015**, los ajustes en los pagos se aplicarán a los médicos en grupos de 100 o más profesionales elegibles (EP), con base en el período de ejecución del 2013. Vea los resultados del 2015 del modificador de valor [aquí](#) (en inglés).

- En el **2016**, los ajustes en los pagos se aplicarán a los médicos en grupos de 10 o más EP con base en la ejecución del 2014;
- En el **2017**, los ajustes en los pagos se aplicarán a los

profesionales médicos individuales y a los médicos en grupos de dos o más EP con base en la ejecución del 2015 y

- A partir del **2018**, los ajustes en los pagos también se aplicarán a los EP no médicos que son profesionales individuales o que se encuentran en grupos de dos o más EP. Por favor tenga en cuenta que el período de ejecución para el modificador de valor que se aplicará en el 2018 se propondrá y finalizará en las reglas finales y propuestas del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud del 2016, respectivamente

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1507.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters* artículo SE1507

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.

Investigación generalizada para daptomycin

First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha identificado un patrón de facturación anormal para el código J0878 (Injection, daptomycin, 1mg) del Healthcare Common Procedure Code System (HCPCS®). Sobre la base de datos de comparación nacional, Florida representa el 34.92 por ciento del total de dólares

nacionales permitidos.

First Coast llevará a cabo una investigación generalizada para las fechas de servicio del 1 de agosto de 2014 al 31 de enero de 2015, para validar que la administración del fármaco cumpla con indicaciones y criterios de dosificación aprobados.

Laboratorio clínico

Nuevas pruebas con dispensa

Número de *MLN Matters*: MM9072
 Número de petición de cambio relacionado: 9072
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de febrero de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3207CP
 Fecha de implementación: 6 de abril de 2015

Resumen

La petición de cambio (CR) 9072 informa a los contratistas sobre las pruebas recién aprobadas por el Food and Drug Administration bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988, lo que requiere el modificador QW. Sin embargo, las siguientes nueve pruebas no requieren que un modificador QW sea reconocido como una prueba con dispensa: 81002, 81025, 82270, 82272, 82962, 83026, 84830, 85013 y 85651. Ya que estas pruebas se comercializan inmediatamente después de su aprobación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben notificar a sus contratistas sobre las nuevas pruebas para que los contratistas puedan procesar las reclamaciones con precisión.

Si usted no tiene un certificado actualizado, válido de CLIA



y presenta una reclamación a su contratista de Medicare para un código que se considera como una prueba de laboratorio que requiere un certificado de CLIA, su pago de Medicare puede ser afectado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9072.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9072, 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/R3207CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3207, CR 9072

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

Suscripción a Medicare Parte B

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

Revisiones a las LCD existentes

Syphilis test – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29416 (Florida)

Identificador de LCD: L29478 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la prueba de sífilis fue revisada más recientemente el 1 de enero de 2010. Desde entonces, se hizo una revisión bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” para reflejar el lenguaje actual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) basado en la petición de cambio (CR) 7610 [Screening for Sexually Transmitted Infections (STIs) and High Intensity Behavioral Counseling (HIBC) to Prevent STIs] (detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y alto asesoramiento conductual intensivo (HIBC) para prevenir las STI) y el *manual de determinaciones nacionales de cobertura (NCD) de Medicare*, capítulo 4, §210.10, Screening for Sexually Transmitted Infections (STIs) and High Intensity Behavioral Counseling (HIBC) to Prevent STIs (detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y alto asesoramiento conductual intensivo (HIBC) para

prevenir las STI). En adición, la sección de la LCD “CMS National Coverage Policy” fue actualizada para incluir la CR 7610 y la NCD 210.10. Esta LCD limita las pruebas de diagnóstico de sífilis para el tratamiento de sífilis. La detección de sífilis será cubierta cuando se realiza de acuerdo con las limitaciones de cobertura de la NCD 210.10.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 12 de marzo de 2015**, para los servicios prestados **en o después del 8 de noviembre de 2011**. 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](#).

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

Identificador de LCD: L29230 (Florida)

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

En base a la petición de cambio (CR) 9007, la sección “Documentation Requirements” de la determinación de cobertura local (LCD) Mohs micrographic surgery (MMS) fue revisada para indicar que si un código de patología es facturado el mismo día como MMS, entonces la documentación debe sustentar que una incisión/biopsia/ reparación separada fue realizada. El documento adjunto de las pautas de codificación también fue revisado.

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

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 9 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.

Calcule las posibilidades ...

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

Surgical management of morbid obesity – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29317 (Florida)
Identificador de LCD: L29477 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el manejo quirúrgico de la obesidad mórbida se ha revisado para actualizar las “condiciones comórbidas” y las “contraindicaciones para la cirugía bariátrica” bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”. Además fue actualizada la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision”.

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

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 19 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.

Collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L31243 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para collagenase clostridium histolyticum (Xiaflex®) fue revisada en base a una petición de reconsideración para incluir la ampliación de la etiqueta de la Food and drug administration (FDA) para el tratamiento de contractura de Dupuytren para permitir hasta dos inyecciones que afectan dos articulaciones o dos tendones de la misma mano en la misma visita de tratamiento. Las secciones “Utilization Guidelines” y “Sources of Information and Basis of Decision” de la LCD fueron actualizadas.

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

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 17 de febrero de 2015**, para las fechas de servicio **a partir del 20 de octubre del 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.

Información médica adicional

Independent diagnostic testing facility (IDTF) – revisión a la pauta de codificación

Identificador de LCD: L29195 (Florida)
Identificador de LCD: L29330 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la ‘pauta de codificación’ que está asociada con la determinación de cobertura local (LCD) para los centros independientes de pruebas diagnósticas (IDTF) ha sido revisada para eliminar el requerimiento de que el formulario CMS 855R sea presentado con la solicitud del formulario CMS 855B.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la ‘pauta de codificación’ de la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 4 de abril 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 al borrador de 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 están considerados médicamente razonables y necesarios en este momento, sobre la base de la evidencia actualmente disponible publicada (por ejemplo, la literatura médica revisada por expertos y estudios publicados). Por lo tanto, los siguientes códigos de procedimiento se han añadido al borrador de la determinación de cobertura local (LCD) de los servicios no cubiertos y están abiertos para comentarios. El periodo de comentario para esta revisión es desde el 14 de febrero de 2015, hasta el 30 de marzo de 2015. Después de que el borrador de LCD se convierta en efectivo/activo, cualquier parte interesada puede solicitar una revisión a la LCD, al seguir el proceso de reconsideración según lo descrito en nuestro sitio Web.

- C2624 - Implantable wireless pulmonary artery pressure sensor with delivery catheter, including all system components (sensor de presión de la arteria pulmonar inalámbrico implantable con un catéter de colocación, incluyendo todos los componentes del sistema)
- C9737 - Laparoscopy, surgical, esophageal sphincter augmentation with device (e.g., magnetic band) (laparoscopia, quirúrgico, aumento de esfínter esofágico con dispositivo [por ejemplo, una banda magnética])
- 0378T – 0379T - Visual field assessment, with concurrent real time data analysis and accessible data storage with patient initiated data transmitted to a remote surveillance center for up to 30 days (evaluación del campo visual, con análisis de datos en tiempo real concurrente y almacenamiento de datos accesible con los datos del paciente iniciado transmitidos a un centro de vigilancia remoto por hasta 30 días)
- 0380T - Computer-aided animation and analysis of time series retinal images for the monitoring of disease progression, unilateral or bilateral, with interpretation and report (animación asistida por ordenador y análisis de imágenes de la retina por series de tiempo para el seguimiento de la progresión de la enfermedad, unilateral o bilateral, con interpretación y reporte)
- 0381T – 0382T - External heart rate and 3-axis accelerometer data recording up to 14 days to assess changes in heart rate and to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (ritmo cardíaco externo y un acelerómetro de 3 ejes para grabar datos hasta 14 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco y para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnosticar los eventos de convulsiones de epilepsia nocturna)
- 0383T – 0384T - External heart rate and 3-axis accelerometer data recording from 15 to 30 days to assess changes in heart rate to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (ritmo cardíaco externo y un acelerómetro de 3 ejes para grabar datos de 15 a 30 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnosticar los eventos de convulsiones de epilepsia nocturna)
- 0385T – 0386T - External heart rate and 3-axis accelerometer data recording more than 30 days to assess changes in heart rate to monitor motion analysis for the purposes of diagnosing nocturnal epilepsy seizure events (ritmo cardíaco externo y un acelerómetro de 3 ejes para grabar datos por más de 30 días para evaluar los cambios en el ritmo cardíaco para monitorear el análisis de movimiento para propósitos de diagnosticar los eventos de convulsiones de epilepsia nocturna)
- *0387T - Transcatheter insertion or replacement of permanent leadless pacemaker, ventricular (inserción de transcáteter o reemplazo del marcapasos permanente sin electrodos, ventricular)
- *0388T - Transcatheter removal of permanent leadless pacemaker, ventricular (remoción de transcáteter del marcapasos permanente sin electrodos, ventricular)
- *0389T - Programming device evaluation (in person) with iterative adjustment of the implantable device to test the function of the device and select optimal permanent programmed values with analysis, review and report, leadless pacemaker system (evaluación de la programación del dispositivo [en persona] con un ajuste iterativo del dispositivo implantable para probar la función del dispositivo y seleccionar los valores óptimos permanentes programados con análisis, revisión y reporte, del sistema de marcapasos sin electrodos)
- *0390T - Peri-procedural device evaluation (in person) and programming of device system parameters before or after a surgery, procedure or test with analysis, review and report, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo periprocesal [en persona] y la programación de los parámetros del sistema del dispositivo antes o después de una cirugía, procedimiento o prueba con análisis, revisión y reporte, del sistema de marcapasos sin electrodos)
- *0391T - Interrogation device evaluation (in person) with analysis, review and report, includes connection, recording and disconnection per patient encounter, leadless pacemaker system (evaluación del dispositivo de interrogación [en persona] con análisis, revisión y reporte, incluye conexión, grabación y desconexión por encuentro de paciente, del sistema de marcapasos sin electrodos)

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

NONCOVERED

De la página anterior

- 43289 - *Unlisted laparoscopy procedure, esophagus (LINX) (procedimiento de laparoscopia no listado, esófago [LINX])*
- *91200 - *Liver elastography, mechanically induced shear wave (e.g., vibration), without imaging, with interpretation and report (elastografía hepática, onda cortante inducida mecánicamente [por ejemplo, vibración], sin imagen, con interpretación y reporte)*
- 93799 - *Unlisted cardiovascular service or procedure (CardioMEMS™) (servicio o procedimiento cardiovascular no listado [CardioMEMS™])*

**Cubierto si el beneficiario está inscrito en un estudio de Investigational Device Exemption (exención del dispositivo en investigación, IDE) aprobado por el MAC.*

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el límite de cobertura, este contratista trata la calidad de la evidencia según el *Program Integrity Manual*. Cuando se abordan 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 eficacia y seguridad limitada de aquellos procedimientos. Debido a la falta de disponibilidad de evidencia de alta calidad, el MAC JN reitera que no hay suficiente evidencia científica para respaldar dichos 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 de un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para revisión, toda

la documentación médica relevante y la información específica del caso de mérito y/o información nueva en el dominio público.

Una de las partes interesadas puede solicitar una reconsideración de una LCD después de que el borrador se finalice, el periodo de notificación haya terminado y el borrador se convierta en activo. En el caso de la LCD de servicios no cubiertos, la parte interesada 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. Si la parte interesada tiene información nueva en base a la evaluación de la lista de artículos y la información relacionada, se puede iniciar la reconsideración de LCD. Es responsabilidad de la parte interesada, solicitar la lista de pruebas del contratista y presentar los artículos adicionales, datos y la información relacionada para respaldar su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir los requerimientos de reconsideración de la LCD descritos en el sitio Web.

Además, cualquier parte interesada podría 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 cobertura bajo la sección 1862(a)(1)(A), un artículo o servicio pueden ser considerados para cobertura bajo la política de cobertura de CMS con evidencia de desarrollo (CED) en la que "razonable y necesario" quedan establecidos bajo 1862(a)(1)(E) del Acta. 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 están cubiertos sólo 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.

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

Encuentre sus favoritos utilice Clics rápidos

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

Determinaciones de cobertura local (LCD) futuras de ICD-10

Se ha traído a nuestra atención que las LCD de ICD-10 actualmente publicadas en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) para notificación que incluyen los rangos de códigos de diagnóstico, puede que les falten los códigos de diagnóstico en del rango. First Coast Service Options, Inc. (First Coast) está trabajando con el contratista nacional de MCD para resolver este problema.

Si usted tiene una necesidad inmediata de aclarar los aspectos de una LCD de ICD-10 con efectividad futura, por favor contacte a medical.policy@fcs.com. Cuando estos problemas sean resueltos se publicará una actualización.

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

Determinaciones de cobertura local (LCD) – información faltante

Ha sido traído a nuestra atención que algunas LCD listadas en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) actualizada están incompletas ya que puede que falten las secciones de “CPT/HCPCS” y de “ICD-9 codes that support medical necessity”. First Coast Service Options, Inc. (First Coast) quiere clarificar que la información que falta es debido a un problema de la base de datos y no representa un cambio en la cobertura de LCD ni requerimientos de documentación

o utilización. Esta información puede que también falte en la herramienta de búsqueda de LCD de First Coast. First Coast está trabajando con el contratista nacional de MCD para resolver el problema. Si usted tiene una necesidad inmediata de aclarar los aspectos de una LCD actualizada, por favor contacte a medical.policy@fcs.com con el nombre y número de la LCD. Se publicará una actualización cuando estos problemas sean resueltos.

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com



Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedorr

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

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

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

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

Asistencia técnica del SPOT

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

Direcciones

Reclamaciones

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

Redeterminaciones

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

Redeterminación de sobrepagos

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

Reconsideraciones

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

Preguntas generales

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

Inscripción del proveedor

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

Política médica

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

MSP

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

Intercambio electrónico de datos(EDI)

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

Sobrepagos

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

Educación y alcance de Medicare

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes Freedom of Information Act

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

Servicio de envío especial

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

Sitios Web

Provider

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager