

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Diciembre 2015



## En esta edición

CMS anuncia nuevo código para el reembolso de vacuna contra la gripe.....	3
Reporte de códigos de lugar de servicio .....	5
Valores límite de 2016 para terapia .....	9
Servicios de manejo de cuidado crónico .....	16
CMS resuelve el problema de procesamiento de las reclamaciones.....	23

## Facilite el camino al cumplimiento con las herramientas Web de First Coast

En un día de trabajo, Sarah Scott ha establecido cualquier número de cosas para llevar cabo. Como auditora de codificación clínica en cumplimiento corporativo de St. Vincent's HealthCare, la forma en que ella responde a una llamada a la acción es fundamental para sus pacientes de St. Vincent's y el sistema de salud para garantizar el cumplimiento de facturación y las prácticas de codificación.

Scott es responsable de revisar y auditar la documentación médica para casi 200 médicos y residentes que proporcionan atención médica a pacientes cubiertos por Medicare. Ella dice que las reclamaciones de Medicare representan un foco central en los planes de cumplimiento de St. Vincent's. Su trabajo con los médicos implica auditorías anuales de codificación y educación permanente. Ella evalúa la documentación médica y otros datos de los pacientes para garantizar que los códigos de procedimiento y diagnóstico asignados reflejan la política actual de Medicare y los estándares correctos de facturación.

"Yo proporciono educación a nuestros proveedores sobre diversos temas. Sin embargo, mi enfoque principal está en

los servicios de evaluación y manejo", dijo Scott. Ayudar a los proveedores a estar al tanto de los cambios es una tarea fundamental para obtener el reembolso del sistema de salud. "Educamos a nuestros proveedores con base en las auditorías internas prospectivas y retrospectivas", dijo Scott.

Para ayudar a los médicos y a los residentes a entender las reglas y regulaciones de Medicare, Scott recurre a las *herramientas Web de First Coast Service Options*.

"Las herramientas de First Coast están a su alcance. Utilizamos la mayoría de ellas sobre una base regular. Con nuestro programa de cumplimiento, la hoja de cálculo de evaluación y manejo es quizás la herramienta más utilizada," ella aseguró. "Nos fijamos en los casos para la precisión y el uso de la hoja de cálculo de E/M con los proveedores y el personal médico para ayudarles a llegar al nivel de atención basado en la documentación."

La *hoja de cálculo interactiva de E/M* es una lista de control útil y una herramienta interactiva que ayuda a los proveedores a identificar el código E/M que mejor refleja el nivel de servicios de E/M proporcionados basándose en las directrices de codificación de 1995 y 1997. Los

Ver **FACILITE**, en la página 6



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

# Tabla de contenido

<b>Partes A y B</b>	
<b>Cobertura</b>	
Revisiones de infraestructura de codificación .....	3
<b>Facturación</b>	
CMS anuncia nuevo código para el reembolso de vacuna contra la gripe .....	3
Actualización al deducible, coaseguro y las tarifas de primas de Medicare para el 2016 .....	4
Reembolsos no solicitados/voluntarios .....	5
<b>Información general</b>	
Reporte de códigos de lugar de servicio (POS) .....	5
<b>Intercambio electrónico de datos</b>	
CMS publica la actualización trimestral para las listas de CARC y RARC .....	7
Medicare actualiza las listas CARC y RARC .....	7
Actualización de los códigos de categoría de estatus de reclamación .....	8
<b>Laboratorio</b>	
Actualización de 2016 de tarifas fijas .....	8
<b>Recursos de rehabilitación</b>	
Valores límite de 2016 para terapia .....	9
<b>Tarifas fijas</b>	
CMS comienza la implementación de las cantidades de tarifas fijas ajustadas de DMEPOS .....	10
Actualización de octubre del manual de tarifas fijas de Medicare de 2015 .....	10
Actualización de las tarifas fijas de DMEPOS .....	11
<b>Recursos educativos</b>	
Calendario de eventos .....	12
MLN Connects® Provider e-News de CMS .....	13
<b>Parte A</b>	
<b>Asuntos de procesamiento</b>	
Edición incorrecta de reclamaciones .....	14
Reclamaciones de fotoféresis extracorpórea y PTA están siendo editadas incorrectamente .....	14
<b>ESRD</b>	
CMS implementa cambios en el sistema de pago ..	14
<b>Facturación</b>	
CMS anuncia cambio en la política de pago de los FQHC tribales .....	15
<b>Intercambio electrónico de datos</b>	
CMS publica las instrucciones para utilizar el segmento de ajuste .....	16
<b>Recursos preventivos</b>	
Servicios de manejo de cuidado crónico .....	16
<b>Determinaciones locales de cobertura de Parte A</b> .....	18
<b>Revisiones a las LCD existentes</b>	
Bone mineral density studies .....	19
Fundus photography .....	19
Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin .....	19
Strapping .....	20
Noncovered services .....	20
Visual field examination .....	21
<b>Información médica adicional</b>	
Estimulación nerviosa eléctrica percutánea y terapia de neuromodulación percutánea .....	21
Self-administered drug (SAD) list .....	21
<b>Contactos de Parte A</b> .....	22
<b>Parte B</b>	
<b>Asuntos de procesamiento</b>	
CMS resuelve el problema de procesamiento de las reclamaciones .....	23
<b>Información general</b>	
POS nuevo y revisado .....	23
<b>NCCI</b>	
CMS emite la actualización trimestral para las ediciones de NCCI .....	24
<b>Determinaciones locales de cobertura de Parte B</b> .....	25
<b>Revisiones a las LCD existentes</b>	
B-scan .....	26
Somatosensory testing .....	26
Bone mineral density studies .....	26
Fundus photography .....	27
Strapping .....	27
Noncovered services .....	28
Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin .....	28
Visual field examination .....	29
<b>LCD retiradas</b>	
Chiropractic services .....	29
<b>Información médica adicional</b>	
Estimulación nerviosa eléctrica percutánea y terapia de neuromodulación percutánea .....	30
Self-administered drug (SAD) list .....	30
<b>Contactos de Parte B de Puerto Rico</b> .....	31
<b>Contactos de Parte B de Florida</b> .....	32
<b>Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos</b> .....	33

## Medicare A y B Al Día

### Publications staff

Kathleen Storey  
Sofía Lennie  
Terri Drury  
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© 2014 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-10 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 Optum360, LLC. 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

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

Número de *MLN Matters*®: MM9252 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 9252  
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de diciembre de 2015  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R1580OTN  
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016  
(Excepciones: FISS implementará las siguientes NCD: 4 de abril, 2016: 260.1, 80.11, 270.6, 160.18, 110.10, 110.21, 250.5, 100.1, 160.24)

*Este artículo fue revisado el 3 de diciembre para reflejar una actualización a la petición de cambio (CR) que:*  
1) Retira el tipo de factura (TOB) 52x no válido de la determinación de cobertura nacional (NCD) 250.5; 2) Elimina el TOB 25x no válido de la NCD 80.11 y agrega el TOB 85x y 3). Incluye la historia completa en la NCD 160.18. En el artículo, la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para el acceso a la CR 9252 se revisaron.

## Resumen

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

En esta actualización, la mayoría de las NCD actualizadas

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

## Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9252, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1580OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1580, CR 9252

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

## Facturación

# CMS anuncia nuevo código para el reembolso de vacuna contra la gripe

Número de *MLN Matters*®: MM9357  
Número de petición de cambio relacionado: 9357  
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R3403CP  
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

## Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que Medicare pagará por el código 90630 de vacuna del *Current Procedural Terminology (CPT)* (Influenza virus vaccine, quadrivalent (IIV4), split virus, preservative free, for intradermal use) para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de agosto de 2015 y reclamaciones procesadas a partir del 4 de abril de 2016.



Efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de agosto de 2015, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) pagarán en base al costo razonable para el código de vacuna 90630 en las reclamaciones institucionales de la siguiente manera:

- Hospitales – tipos de factura (TOB) 12x y 13x con base en el costo razonable
- Centros de enfermería especializada (SNF) – TOB 22x y 23x con base en el costo razonable
- Agencias de salud en el hogar (HHA) – TOB 34x con base en el costo razonable
- Centros de diálisis renal basados en el hospital (RDF) – TOB 72x, con base en el costo razonable

Ver **CMS**, en la próxima página

## CMS

De la página anterior

- Hospitales de cuidado crítico (CAH) – TOB 85x, con base en el costo razonable

Los MAC pagarán con base en el menor costo real o el 95 por ciento del precio promedio al por mayor:

- RDF independientes – TOB 72x,
- Centro de rehabilitación ambulatoria comprensiva (CORF) – TOB 75x

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9357.pdf>.

## Actualización al deducible, coaseguro y las tarifas de primas de Medicare para el 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9410

Número de petición de cambio relacionado: 9410

Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de noviembre de 2015

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R96GI

Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron los deducibles, coaseguro y tarifas de primas de 2016 para los beneficiarios cubiertos a través del programa de servicios por tarifa fija de Medicare. El deducible, coaseguro y las tarifas de primas básicas de 2016 son:

#### Seguro de hospital - Parte A 2016

Deducible: \$1,288.00

Coaseguro

- \$322 al día para los días 61-90
- \$644 al día para los días 91-150 (días de reserva de por vida)
- \$161 al día para los días 21-100 (coaseguro del centro de enfermería especializada)

#### Seguro médico complementario (SMI) - Parte B 2016

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9357, 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/R3403CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3403, CR 9357

*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.*

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

Deducible: \$166 al año

Coaseguro: 20 por ciento

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9410.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9410, 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/R96GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 96, CR 9410

*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.*

## Reembolsos no solicitados/voluntarios

Los contratistas de Medicare reciben reembolsos no solicitados/voluntarios (es decir, dinero recibido que no está relacionado a una cuenta por cobrar abierta). Los contratistas de Parte A generalmente reciben reembolsos no solicitados/voluntarios en forma de una factura de ajuste, pero puede recibir algunos reembolsos no solicitados/voluntarios como cheques. Los contratistas de la Parte B generalmente reciben cheques. Fondos considerables son devueltos a los fondos fiduciarios cada año a través de tales reembolsos no solicitados/voluntarios.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid les recuerdan a los proveedores que:

La aceptación de un reembolso voluntario como repago para las reclamaciones especificadas en ninguna manera afecta o limita los derechos del gobierno federal o ninguna de sus agencias o agentes, para perseguir cualquier criminal correspondiente, civil o recursos administrativos que surjan o que estén relacionados a estas u otras reclamaciones.

### Información general

## Reporte de códigos de lugar de servicio (POS)

Se necesita que los médicos reporten el lugar de servicio (POS) en todas las reclamaciones de seguro médico presentadas a los contratistas de Parte B de Medicare. El código de POS se utiliza para identificar donde se prestó el servicio. Los médicos son pagados por los servicios de acuerdo al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS). Este manual se basa en un sistema de pago que incluye tres categorías principales, que manejan el reembolso por servicios médicos:

- Gastos de práctica médica (refleja los costos indirectos involucrados en la prestación de servicio(s))
- Trabajo del médico
- Seguro de negligencia profesional

Considerando los altos gastos de práctica en que incurren los médicos cuando prestan servicios en sus consultorios, Medicare les reembolsa con una suma de dinero mayor por los servicios prestados en sus consultorios (código POS 11) que cuando lo hacen en un hospital de paciente ambulatorio (POS 22-23) o centro de cirugía ambulatoria (ASC) (POS 24). Por lo tanto, es importante saber que POS también juega un papel importante en el reembolso.

**Nota:** Verifique con los pagadores individuales (por ejemplo, Medicare, Medicaid, otros seguros privados) para las políticas de reembolso relacionadas a los códigos de POS.

### Factores importantes al momento de presentar una reclamación a Medicare

- El código de POS es un campo mandatorio, ingresado en el loop del código de lugar de servicio 2400 (segmento SV105) de la reclamación electrónica 837P o Ítem 24B en el formulario impreso de reclamación CMS-1500
- El nombre, dirección y código postal de dónde el servicio(s) fue realmente prestado son requeridos para todos los códigos de POS y se ingresa en el Ítem 32 en el formulario de reclamación CMS 1500 o en el loop correspondiente en su equivalente electrónico

- Debe especificar la localidad correcta donde el servicio(s) es prestado y facturado en la reclamación, ya que el POS y la dirección de localidad son componentes del MPFS
- Si el POS está ausente, es inválido o es un código de procedimiento inconsistente en el formulario de reclamación será devuelto como no procesable (RUC)
- Por ejemplo, POS 21 (paciente hospitalizado) no es compatible con el código de procedimiento 99211 (visita de paciente establecido a la oficina u otra visita ambulatoria)

### Consejos útiles para los códigos de POS para las reclamaciones profesionales

- Implemente sistemas de control para prevenir la facturación incorrecta de los códigos de POS
- Manténgase informado sobre la cobertura de Medicare y los requerimientos de facturación
  - Por ejemplo, facturar la oficina del médico (POS 11) por un procedimiento quirúrgico menor que en realidad fue realizado en el departamento ambulatorio del hospital (POS 22) y cobrar un pago mayor es facturación inapropiada y puede ser vista como abuso del programa
- Verifique estos enlaces frecuentemente para revisiones al listado y para validar que usted está codificando de acuerdo a la versión más reciente
  - Un conjunto completo del conjunto de códigos nacional de POS e instrucciones es provisto en el manual electrónico de CMS (IOM), publicación 100-04, capítulo 26, sección 10.5 en: <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c26.pdf> (en inglés)
  - Información adicional disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/place-of-service-codes/index.html> (en inglés)

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

## FACILITE

De la página 1

proveedores completan el formulario en línea y la hoja de cálculo deduce automáticamente un código E/M sugerido con base en sus entradas.

“Medicare paga a los médicos sobre la base de los códigos de diagnóstico y procedimiento derivados de la documentación médica. Trabajamos en estrecha colaboración con nuestro equipo y proveedores de EMR (servicio de urgencias) para mejorar su flujo de trabajo y resaltamos la importancia de documentar los datos pertinentes. La documentación adecuada de la historia clínica es fundamental para recibir el reembolso preciso y oportuno de los servicios prestados”, dijo Scott.

Una vez que se ha revisado las formas de mejorar la exactitud de su codificación o documentación, para los proveedores, Scott también les ayuda a prevenir, de forma proactiva, las reclamaciones denegadas mostrándoles cómo utilizar otras herramientas Web de First Coast.

“Con la [herramienta de búsqueda de LCD](#), enfatizamos su uso antes de que se presten los servicios. Sugerimos que nuestros proveedores y el personal médico se familiaricen con la LCD para determinar la necesidad médica y si será necesaria una notificación anticipada al beneficiario”, dijo Scott.

Scott citó el uso de la herramienta de búsqueda de LCD antes de la prestación de una prueba de EKG para el despacho antes de la operación como un ejemplo de la forma en que comparte las ventajas del uso de las herramientas Web de First Coast con el personal médico, doctores y residentes.

“Al demostrar la herramienta de LCD, podemos hacer preguntas como: “¿Está haciendo un EKG como parte de una rutina de despacho antes de la operación sin factores de riesgo? o ¿el paciente tiene alguna otra condición subyacente, tal como diabetes no controlada, hipertensión que lo hará poner al paciente en riesgo en la cirugía?”, dijo Scott. “Si ellos no están familiarizados con la LCD, el médico puede conectar el EKG al diagnóstico para el despacho antes de la operación, cuando había otros diagnósticos o factores de riesgo en la historia clínica del paciente lo que exigiría la prueba. Queremos asegurar que se facture el diagnóstico correcto en base a la documentación”.

Su uso de la herramienta de búsqueda de LCD también se extiende a otros usos administrativos. “La herramienta de búsqueda de LCD de First Coast es útil para nuestra administración de práctica para determinar si la necesidad

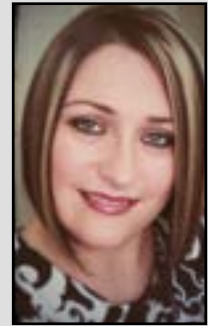
médica es respaldada antes de que se preste el servicio,” explicó Scott. “A menudo tenemos representantes de ventas de servicios de mercadeo que indican a nuestros proveedores que los servicios son un beneficio cubierto por Medicare; sin embargo, ellos no los han revisado para ver si hay una determinación de cobertura local. “

En conjunto con la búsqueda de LCD, Scott dice que la [búsqueda de tarifas fijas de First Coast](#) ofrece información útil para la evaluación de nuevos procedimientos. Ella asiste al departamento de finanzas y administra la práctica con la investigación utilizando herramientas de First Coast. “Con la búsqueda de tarifas fijas de First Coast, podemos evaluar las cantidades permitidas de Medicare para determinar el reembolso, indicadores de política, días globales, las RVU e identificar si una LCD está asociada con el código de procedimiento.”

Scott se ha mantenido informada de las nuevas adiciones a la página Web de First Coast con el servicio del grupo asesor en asuntos de asistencia y educación del proveedor de First Coast y asistiendo a las conferencias de Medicare Speaks durante los últimos ocho años.

“Participar en todas las actividades de First Coast me permite trabajar en red con compañeros y construir relaciones en la comunidad”, ella aseguró. “Así, puedo ofrecer información de primera mano para nuestros proveedores. Creo que al ser esa voz no sólo se beneficia a nuestra consejería, pero ayuda a otros sistemas de salud y a First Coast escuchar las inquietudes y sugerencias de los proveedores. Todos somos un equipo, trabajando por el mismo objetivo común para nuestros pacientes.”

**“ Las herramientas de First Coast están a su alcance. Utilizamos la mayoría de ellas sobre una base regular. Con nuestro programa de cumplimiento, la hoja de cálculo de evaluación y manejo es quizás la herramienta más utilizada. ”**



**-SARAH SCOTT,**  
AUDITORA DE CODIFICACIÓN  
CLÍNICA  
**ST. VINCENT'S HEALTHCARE**  
(FOTO CORTESÍA DE: SARAH  
SCOTT, ST. VINCENT'S  
HEALTHCARE)

## Intercambio electrónico de datos

# CMS publica la actualización trimestral para las listas de CARC y RARC

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9350  
Número de petición de cambio relacionado: 9350  
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de noviembre de 2015  
Fecha de efectividad: 4 de abril de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3411CP  
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente emitieron la petición de cambio (CR) 9350 la cual instruye a los contratistas administrativos de Medicare y los mantenedores del sistema compartido de Medicare (SSM) a actualizar los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y los códigos de comentarios de remesas de pago (RARC).

La CR 9350 se trata de la actualización periódica de la transferencia electrónica de fondos y las combinaciones de código definidas de remesas de pago electrónicas. Esta actualización está basada en las actualizaciones de CARC y RARC según publicado en el sitio [Web de Washington Publishing Company \(WPC\)](#) (en inglés) en o alrededor del 1 de noviembre de 2015.

La fase III del consejo para el cuidado de la salud de calidad asequible (CAQH) del comité sobre las reglas

operacionales para el intercambio de información (CORE) de transferencia electrónica de fondos (EFT) y el conjunto de reglas operacionales de la remesa de pago electrónica (ERA) son actualizados cada trimestre. El CAQH CORE publicará la próxima versión de la lista de combinación de código en o alrededor del 1 de febrero de 2016.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9350.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9350, 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/R3411CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3411, CR 9350

*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 regulaciones específicas así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*

# Medicare actualiza las listas CARC y RARC para Remit Easy Print y PC Print

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9374  
Número de petición de cambio relacionado: 9374  
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de noviembre de 2015  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3418CP  
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare para actualizar los software de Medicare Remit Easy Print (MREP) y PC Print con cambios a las listas de códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y códigos de comentarios de remesas de pago (RARC).

Los contratistas administrativos de Medicare actualizarán MREP y PC Print una vez que las actualizaciones de CARC y RARC sean publicadas en el sitio Web externo de Washington Publishing Company (WPC) sobre las actualizaciones de CARC y RARC que se publicaron en

el [sitio Web Washington Publishing Company \(WPC\)](#) (en inglés) a partir del 1 de noviembre de 2015.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9374.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9374, 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/R3418CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3418, CR 9374

*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 regulaciones específicas así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*

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

Número de *MLN Matters*®: MM9427  
 Número de petición de cambio relacionado: 9427  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de noviembre de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3413CP  
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

### Resumen

Luego de la reunión de enero del comité nacional de mantenimiento de código (National Code Maintenance Committee), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de categoría de estatus de reclamación de Medicare y los códigos de estatus de reclamación.

Los conjuntos de códigos están disponibles en

- <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes/>
- <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes/>

Los cambios de códigos aprobados en la reunión de

enero son para ser utilizados en la edición de todas las transacciones de reclamaciones electrónicas procesadas en o alrededor del 1 de febrero de 2016.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9427.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9427, 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/R3413CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3413, CR 9427

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

## Laboratorio

## Actualización de 2016 de tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios sujetos a pago de precio razonable



Número de *MLN Matters*®: MM9465  
 Número de petición de cambio relacionado: 9465  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de diciembre de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3420CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

publicaron recientemente la actualización anual de la lista de tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios de laboratorio sujetos a pago de precio razonable.

En la actualización, CMS proporciona instrucciones para acceder al archivo de datos del programa de tarifas fijas de laboratorio clínico de 2016, el mapeo de nuevos códigos para las pruebas de laboratorio clínico y actualizaciones para los costos de laboratorio sujetos al pago de cargo razonable.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9465.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9465, 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/R3420CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3420, CR 9465

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



## Servicios de Rehabilitación

# Valores límite de 2016 para terapia de pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*®: MM9448  
Número de petición de cambio relacionado: 9448  
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de noviembre de 2015  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3417CP  
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

### Resumen

El Balanced Budget Act de 1997 aplica limitaciones financieras anuales para los servicios de terapia ambulatoria para la Parte B de Medicare. Estas limitaciones también se conocen como “límites de terapia.” Los límites de terapia se actualizan cada año con base en el índice económico de Medicare.

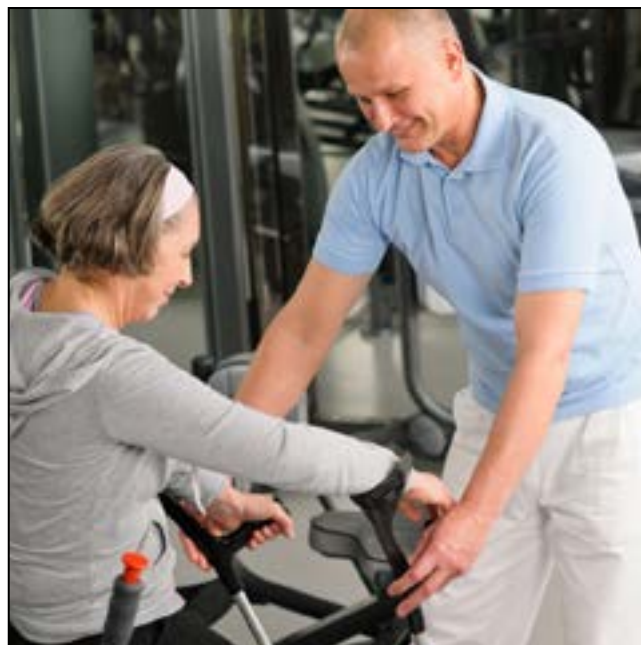
A los proveedores de servicios de terapia ambulatoria se les requiere presentar el modificador KX en sus reclamaciones de terapia, cuando se solicita una excepción a los límites de servicios médicos necesarios. La sección 202 del Medicare Access and CHIP Reauthorization Act de 2015 (MACRA) extendió las excepciones al proceso de límite de terapia hasta el 31 de diciembre de 2017. **A modo de recordatorio**, el uso excesivo del modificador KX, incluyendo el uso rutinario del modificador antes de alcanzar los límites, puede indicar facturación abusiva.

Los límites de terapia para pacientes ambulatorios para el 2016 serán de \$1960 para terapia física y terapia del habla y el lenguaje combinados y \$1960 para terapia ocupacional.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9448.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)



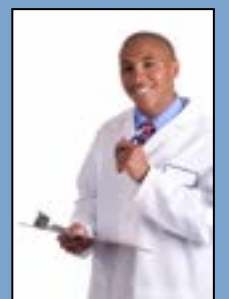
9448, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3417CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3417, CR 9448

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

### Requerimientos de firma de Medicare

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



**Tarifas fijas**

## CMS comienza la implementación de las cantidades de tarifas fijas ajustadas de DMEPOS del programa nacional de licitación competitiva

Número de *MLN Matters*®: MM9239  
 Número de petición de cambio relacionado: 9239  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de septiembre de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3350CP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que comenzarán la implementación de tarifas fijas ajustadas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) del programa de licitación competitiva, efectivo el 1 de enero de 2016.

Las cantidades ajustadas de tarifas fijas para los códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) se utilizarán para pagar las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016 y se incluirán en los archivos de tarifas fijas del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas

(DMEPOS) a partir del 1 de enero de 2016.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9239.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9239, 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/R3350CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3350, CR 9239

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

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

Número de *MLN Matters*®: MM9266 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 9266  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3407CP  
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

*La petición de cambio 9266 instruye a los contratistas de Medicare a descargar e implementar una nueva base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB). El 30 de septiembre, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) añadieron una gran cantidad de códigos para las unidades de valor relativo de negligencia profesional. CMS revisó el artículo aún más el 25 de noviembre de 2015, removiendo 76641, 76641-TC, 76641-26, 76642, 76642-TC y 76642-26 de una lista de códigos indicadores de cirugía bilateral. El resto de la información permanece igual.*

**Resumen**

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

- Unidades de valor relativo de negligencia profesional (RVU): 33471, 33606, 33611, 33619, 33676, 33677, 33692, 33737, 33755, 33762, 33764, 33768, 33770, 33771, 33775, 33776, 33777, 33778, 33779, 33780, 33781, 33783, 33786, 33803, 33813, 33822, 33840 y

33851;

- Revisado el indicador bilateral de cirugía(=3): 95866, 95866-TC y 95866-26
- RVU de trabajo: G0105 y G0121
- Código de procedimiento Q9979: indicador de estatus de procedimiento de E (excluido del manual de tarifas fijas de médicos y profesionales de la salud por las regulaciones). Ningún pago debe ser hecho bajo el manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud para estos códigos y generalmente, no se muestran las RVU

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

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

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

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la próxima página

## ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

la salud de Medicare de 2015 programado para el 5 de octubre de 2015.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9266.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9266, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios

de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3407CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3407, CR 9266

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

## Actualización de 2016 de las tarifas fijas de DMEPOS

Número de *MLN Matters*®: MM9431

Número de petición de cambio relacionado: 9431

Fecha de emisión de CR relacionado:

23 de noviembre de 2015

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3416CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

### Resumen

La tarifa fija del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) se actualiza sobre una base trimestral, cuando sea necesario, con el fin de implementar las cantidades de tarifas fijas para los códigos nuevos y existentes, según corresponda, y aplicar cambios en las políticas de pago.

El pago sobre la base de tarifas fijas es un requisito reglamentario en 42 CFR (*Code of Federal Regulations*) §414.102 para la nutrición parenteral y enteral (PEN), férulas y yesos y lentes intraoculares (LIO) que se insertan en el consultorio de un médico.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9431.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9431, 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/R3416CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3416, CR 9431

*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.*



### 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.

**Recursos educativos**

**Calendario de eventos**

**Enero de 2015**

First Coast presenta el SPOT 2.0

Cuando: 7 de enero de 2016

Hora: 11:00 AM-12:00 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/0313241.asp>

Cobertura de oxígeno y requerimientos de documentación: presentado por CGS Administrators, LLC - el DME MAC para JC

Cuando: 21 de enero de 2016

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/0309850.asp>

**Febrero de 2015**

Lo que necesita saber sobre ESRD (A)

Cuando: 11 de febrero de 2016

Hora: 10:00-11:30 AM ET

Tipo: Webcast

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0312440.asp>

**Dos formas fáciles de inscribirse**

**Por Internet** - visite nuestro sitio Web de cursos al proveedor [www.fcsouniversity.com](http://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 miércoles, 25 de noviembre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 3 de diciembre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 10 de diciembre de 2015](#)
- [MLN Connects® Provider eNews para el jueves, 17 de diciembre de 2015](#)

### **Medicare Learning Network®**

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



**Asuntos de procesamiento**

**Edición incorrecta de reclamaciones para dejar de fumar**

**Problema**

Un error del sistema causó la edición incorrecta de las reclamaciones para dejar de fumar con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015.

Las reclamaciones afectadas incluyen aquellas facturadas en:

- TOB 12x, 13x, 22x, 23x, 34x o 85x,
- Contienen HCPCS G0436 o G0437,
- Fechas de servicio antes del 1 de octubre de 2015 y
- Contienen los códigos de diagnóstico ICD-9 305.1 o V15.82

**Resolución**

Los MAC deberán volver a procesar cualquier reclamación que contenga los códigos HCPCS G0436 o G0437, con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015, a la que se le haya asignado de forma inapropiada los códigos de denegación 32382 o 32383, a partir del 15 de diciembre de 2015.

Su contratista administrativo de Medicare (MAC) corregirá todas las reclamaciones afectadas.

**Acción del proveedor**

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

**Problemas actuales de procesamiento**

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

**Reclamaciones de fotoféresis extracorpórea y PTA están siendo editadas incorrectamente**

**Problema**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) descubrieron un error en el sistema que está causando que las reclamaciones relacionadas a fotoféresis extracorpórea para el tratamiento del síndrome de bronquiolitis obliterante (BOS) y angioplastia transluminal percutánea (PTA), con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015, sean editadas incorrectamente.

**Resolución**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementarán un arreglo con la publicación trimestral

de enero de 2016. Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) corregirán todas las reclamaciones afectadas.

**Estatus/fecha de resolución**

Abierto.

**Acción del proveedor**

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

**Problemas actuales de procesamiento**

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

**ESRD**

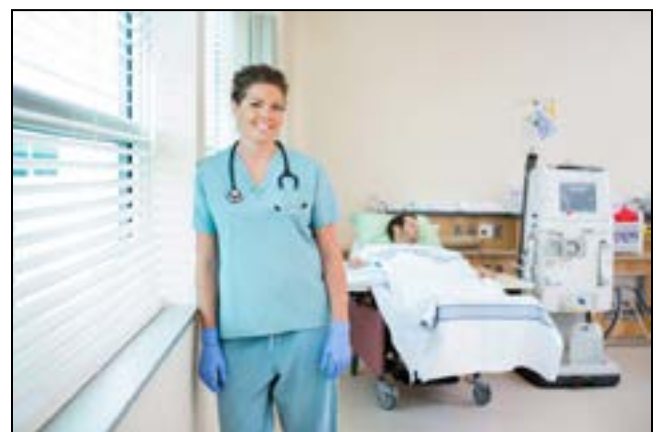
**CMS implementa cambios en el sistema de pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal**

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9367 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 9367  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de diciembre de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R214BP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

*Este artículo fue revisado el 18 de diciembre para reflejar la petición de cambio (CR) 9367 emitida el 15 de diciembre. En el artículo, el número de transmisión, la fecha de publicación de la CR y la dirección Web para acceder la CR 9367 fueron revisados.*

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente sus actualizaciones planificadas para el 2016 del sistema de pago prospectivo (PPS) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Para el 2016, la tarifa base de ESRD PPS es \$230.39.



Otras actualizaciones incluyen:

- Un ajuste de pago rural y de bajo volumen. Las

Ver **CMS**, en la próxima página

## CMS

De la página anterior

instalaciones ESRD que presenten una atestación a sus respectivos contratistas administrativos de Medicare antes del año de pago, y que cumplan con los criterios respectivos, son elegibles para recibir el ajuste de pago de bajo volumen

- Efectivo el 1 de enero de 2016, el código J0886 (Injection, epoetin alfa, 1000 units [for ESRD on dialysis]) de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) será eliminado. Todos los medicamentos y productos biológicos utilizados para el tratamiento de ESRD son responsabilidad de la instalación de ESRD. Los médicos que tratan a los beneficiarios de Medicare de ESRD con agentes estimulantes de la eritropoyesis (ESA), por razones distintas del beneficiario de ESRD, deben utilizar el código HCPCS apropiado. Específicamente, los profesionales deben utilizar el código J0885 (Injection, epoetin alfa, [for non-ESRD use], 1000 units) de HCPCS
- Para la mejora de 2016 de ESRD PPS, CMS está cambiando el ajuste de los montos de pago para

reflejar el análisis de regresión actualizado que se completó utilizando las reclamaciones y los datos del reporte de costos de ESRD de CY 2012 y 2013 para pacientes adultos y pediátricos.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9367.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9367, 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/R214BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 214, CR 9367

*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

# CMS anuncia cambio en la política de pago de los FQHC tribales de “grandfathered/derechos adquiridos”

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9267

Número de petición de cambio relacionado: 9267

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2015

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3415CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

### Resumen

Indian Health Service (IHS) y los centros de salud tribales y las organizaciones que reajustaron su estado de inscripción de Medicare desde el 7 de abril del 2000, pueden tratar de obtener la certificación como centros de salud federalmente calificados (FQHC) tribales de “grandfathered/derechos adquiridos”, de acuerdo con un reciente anuncio de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

En el anuncio, CMS también aclaró la política de pago de los FQHC tribales para “grandfathered/derechos adquiridos”. A los FQHC tribales les será pagado el menor de sus cargos o una tarifa FQHC PPS tribal de “grandfathered/derechos adquiridos” para todos los servicios prestados al beneficiario de Medicare durante una visita de FQHC cara a cara, médicamente necesaria. La tarifa de PPS de “grandfathered/derechos adquiridos” es igual a la del paciente ambulatorio de Medicare según la tarifa de pago por visita pagada a ellos como un proveedor con base en un departamento, tal como se establece anualmente por IHS.

De acuerdo con CMS, los FQHC tribales de “grandfathered/derechos adquiridos” serán pagados por los servicios incluidos en el beneficio FQHC, incluso si esos servicios no están contenidos en la tarifa de inclusión total del paciente ambulatorio de IHS de Medicare. Los servicios incluidos en la tarifa de inclusión total del paciente ambulatorio de IHS, pero sin el beneficio FQHC, no serán pagados.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9267.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9267, 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/R3415CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3415, CR 9267

*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**

## CMS publica las instrucciones para utilizar el segmento de ajuste de reclamación para las reclamaciones de Medicare como pagador secundario de Parte A

Número de *MLN Matters*®: MM8486  
 Número de petición de cambio relacionado: 8486  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de noviembre de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R116MSP  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las instrucciones para los facturadores de la Parte A de Medicare utilizando el segmento de ajuste de reclamación (CAS) 837 institucional para las reclamaciones de Medicare como pagador secundario (MSP) en el acceso al sistema remoto (DDE).

De acuerdo con CMS, los proveedores que presenten reclamaciones a través de DDE deben ingresar la información CAS en los campos DDE creados recientemente. Estos ajustes son necesarios para procesar las reclamaciones de MSP de Parte A.

CMS requiere que los proveedores incluyan los ajustes del segmento CAS del reporte principal del pagador de la remesa de pago (remesa de pago electrónica (ERA)

835 o remesa de papel) en la transacción 837I, DDE o la reclamación en papel cuando una reclamación se envía a Medicare para el pago secundario. Esto incluye todos los ajustes realizados por el pagador primario.

**Información adicional**

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM8486.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 8486, 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/R116MSP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-05, Transmittal 116, CR 8486

*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 preventivos**

## Servicios de manejo de cuidado crónico para las clínicas rurales de salud y los centros de salud federalmente calificados

Número de *MLN Matters*®: MM9234 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 9234  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1576OTN  
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

*A partir del 1 de enero de 2016, las clínicas rurales de salud y los centros de salud federalmente calificados pueden recibir un pago adicional para los servicios de manejo de cuidado crónico provistos a los beneficiarios de Medicare que tienen múltiples condiciones médicas crónicas que se espera que duren 12 meses o más y que ponen al paciente en un riesgo significativo de muerte o deterioro funcional. CMS revisó este artículo el 8 de diciembre de 2015, para aclarar el lenguaje en relación con los acuerdos de pacientes y requisitos de consentimiento. El resto de la información sigue siendo la misma.*

**Resumen**

A partir del 1 de enero de 2016, las clínicas rurales de salud (RHC) y los centros de salud federalmente calificados (FQHC) pueden recibir un pago adicional para los servicios de manejo de cuidado crónico (CCM) provistos a los beneficiarios de Medicare que tienen múltiples condiciones médicas crónicas que se espera que duren 12 meses o más y que ponen al paciente en un riesgo significativo de muerte o deterioro funcional.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron las pautas de reembolso y política para los servicios de CCM:

- Las RHC y los FQHC pueden facturar por una visita de CCM cuando un profesional de la salud de RHC o FQHC suministra una visita de evaluación y manejo (E/M) completa, una visita de bienestar anual (AWV) o una evaluación física preventiva inicial (IPPE) al

Ver **SERVICIOS**, en la próxima página



## SERVICIOS

De la página anterior

paciente antes de facturar el servicio de CCM e inicia el servicio de CCM como parte de dicha visita

- El pago de CCM será en base a la tarifa nacional del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de Medicare cuando el código de *Current Procedural Terminology (CPT®)* 99490 es facturado separadamente o con otros servicios pagables en una reclamación de RHC o FQHC. Los requerimientos de cara a cara de RHC y FQHC no aplican cuando los servicios de CCM son suministrados a un paciente de RHC o FQHC
- Las RHC y los FQHC no pueden facturar por servicios de CCM durante un periodo cuando la facturación para el manejo de cuidado transicional o cualquier otro programa provee pago adicional para el cuidado de los servicios de manejo para el mismo beneficiario

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters®* es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9234.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9234, 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/R1576OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1576, CR 9234

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

### Suscripción a Medicare Parte A

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

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

## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en [http://medicareespanol.fcso.com/coberturas\\_medicas/lcd\\_search.asp](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

## Bone mineral density studies – revisión a la LCD en base a la CR 9252

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

En base a la petición de cambio (CR 9252), la determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue revisada para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM Z79.3, Z79.83 y Z87.310 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

#### Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a **partir del 4 de enero de**

**2016**, para los servicios prestados a **partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Fundus photography – revisión a la LCD

### Identificador de LCD: L33670 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para fotografía del fondo fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 a las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para el código 92250 de *Current Procedural Terminology (CPT®)*.

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

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 19 de noviembre de 2015**, por servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin – LCD revisada

### Identificador de LCD: L33705 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la petición de cambio (CR 9252), la determinación de cobertura local (LCD) para terapia fotodinámica ocular (OPT) con verteporfin fue revisada para agregar el código de diagnóstico de ICD-10-CM B39.5 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 4 de enero de 2016**, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Strapping – revisión a la LCD

### Identificador de LCD: L34023 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para vendaje fue revisada para agregar numerosos rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM dentro de las series de diagnóstico M12, M20, M21, M24, M25, M65, M77, M84, S82, S86, S89, S90, S92, S93, S96 y S99 y el código de diagnóstico de ICD-10 M72.2 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos 29540 y 29550 de *Current Procedural Terminology (CPT®)*. También, numerosos rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM fueron agregados dentro de las series de códigos de diagnóstico S86, S93 y S96 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para el código *CPT®* 29580.

En adición, los rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10 S86.011A-S86.011S, S86.012A-S86.012S, S93.411A-S93.411S, S93.412A-S93.412S, S93.421A-S93.421S, S93.422A-S93.422S, S93.431A-S93.431S, S93.432A-S93.432S, S93.491A-S93.491S, S93.492A-S93.492S, S93.511A-S93.511S, S93.512A-S93.512S, S93.514A-S93.514S, S93.515A-S93.515S, S93.521A-S93.521S, S93.522A-S93.522S, S93.524A-S93.524S, S93.525A-S93.525S, S93.611A-S93.611S, S93.612A-S93.612S, S93.621A-S93.621S, S93.622A-S93.622S, S93.691A-

S93.691S, S93.692A-S93.692S, S96.011A-S96.011S, S96.012A-S96.012S, S96.111A-S96.111S, S96.112A-S96.112S, S96.199A-S96.199S, S96.211A-S96.211S, S96.212A-S96.212S, S96.811A-S96.811S y S96.812A-S96.812S fueron removidos de la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos *CPT®* 29540 y 29550 ya que estos rangos de código de diagnóstico fueron ampliados.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **en o después del 26 de noviembre de 2015**.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 18 de noviembre de 2015**, por servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Noncovered Services – revisión a la LCD de Parte A/B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos ha sido revisada para remover los códigos *CPT®* 43206 (*Esophagoscopy, flexible, transoral; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure), with optical endomicroscopy [esofagoscopia, flexible, transoral; diagnóstico, incluyendo la colección de espécimen mediante cepillado o lavado, cuando es realizado (procedimiento separado), con endomicroscopía óptica]*); 43252 (*esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral, diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure), with optical endomicroscopy [esofagogastroduodenoscopia, flexible, transoral; diagnóstico, incluyendo la colección de espécimen mediante cepillado o lavado, cuando es realizado (procedimiento separado), con endomicroscopía óptica]*).

Además, los siguientes dos códigos *CPT®* han sido removidos de la LCD de servicios no cubiertos y han sido colocados en la LCD recientemente revisada titulada, pruebas de polisomnografía y sueño (L33405): 95803 (*actigraphy testing, recording, analysis, interpretation, and report [pruebas de actigrafía, registro, análisis, interpretación y reporte]*) y 95806 (*sleep study, unattended, simultaneous recording of heart rate, oxygen saturation, respiratory airflow, and respiratory effort*

[*estudio del sueño, desatendido, registro simultáneo del ritmo cardíaco, saturación de oxígeno, flujo respiratorio y esfuerzo respiratorio*]).

Y es así, como las secciones ‘Procedures for Part A and Procedures for Part B’ de la LCD han sido revisadas.

La remoción de un servicio de no cobertura no debe ser interpretado como una declaración de cobertura positiva y cobertura por el contratista. Se espera que el procedimiento sea llevado a cabo en los pacientes calificados según los estándares de cuidado para su condición. Como siempre, el registro médico debe respaldar el límite razonable y necesario para la cobertura y estar disponible para auditoría en caso de que haya una revisión médica previa o posterior al pago.

#### Fecha efectiva

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 21 de diciembre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Visual field examination – revisión a la LCD

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

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación del campo visual fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM E10.39, E11.39, E13.39, Z09, Z79.3, Z79.891 y Z79.899 a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD.

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

#### Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las

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

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

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

## Información médica adicional

### Estimulación nerviosa eléctrica percutánea (PENS) y terapia de neuromodulación percutánea (PNT)

Debido a múltiples reclamaciones recibidas relacionadas a la facturación inapropiada de la estimulación nerviosa eléctrica percutánea (PENS) y la terapia de neuromodulación percutánea (PNT), se está publicando este artículo para proporcionar aclaración. Se les requiere a los proveedores que facturen los códigos de procedimientos que describen exactamente el servicio prestado, y actualmente no hay códigos específicos de *Current Procedural Terminology*® (CPT®) para PENS o PNT. Por lo tanto, el código no listado CPT® 64999 (procedimiento no listado, sistema nervioso) debe ser utilizado para reportar la estimulación nerviosa eléctrica percutánea y la terapia de neuromodulación percutánea. Los códigos CPT® para el implante percutáneo de un neuroestimulador de electrodos (es decir, CPT® 64553 - 64565) tampoco son apropiados ya que PENS y PNT

utilizan agujas e hilos insertados percutáneamente en lugar de electrodos implantados percutáneamente. Además, los dispositivos de estimulación utilizados en PENS y PNT no son implantados, por lo tanto el código CPT® 64590 tampoco es apropiado.

Cabe señalar, el código CPT® 64999 facturado por neuromodulación percutánea utilizando una serie de electrodos percutáneos (PEA) (por ejemplo, BioWave) ha sido evaluado por First Coast y añadido a la LCD de servicios no cubiertos en el 2008. Por lo tanto, no hay suficiente evidencia para respaldar la cobertura del sistema de terapia del dolor de neuromodulación percutánea Deepwave de Biowave en este momento.

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

### Self-administered drug (SAD) list – Praluent® (alirocumab), repatha™ (evolocumab) y natpara® (hormona paratiroidea) J3490/J3590/C9399

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago de Medicare para los medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las directrices para la evaluación de medicamentos de la lista de los medicamentos inyectables autoadministrados excluidos, incidentes al servicio de un médico, están en el Medicare Benefit Policy Manual, pub. 100-02, capítulo 15, sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados a partir del 18 de enero de 2016, han sido agregados los siguientes medicamentos a la lista SAD de Parte A del MAC J-N.

- J3490/J3590/C9399Alirocumab (Praluent®)
- J3490/J3590/C9399Evolocumab (Repatha™)
- J3490/J3590/C9399Hormona paratiroidea (Natpara®)

La evaluación de medicamentos para la adición a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de supervisar la lista SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles en: [http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos\\_autoadministrados/](http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/).

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

## 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](mailto:FCSOSPOTHelp@fcso.com)  
855-416-4199

#### Sitios Web

[medicare.fcso.com](http://medicare.fcso.com)  
[medicareespanol.fcso.com](http://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](mailto:AskFloridaA@fcso.com)

#### Determinaciones de cobertura local

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

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

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

#### Auditorías de hospital

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

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

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

#### Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

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

#### Reportes de balances de crédito

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

#### Revisión médica postpago

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

#### Inscripción del proveedor

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

#### Redeterminaciones

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

#### Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

#### Servicios de correo expreso y correo especial

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

## Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

#### Ferrocarril Medicare

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

#### Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

## Contacte a CMS

#### Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) ([www.cms.gov](http://www.cms.gov))

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, división de administración financiera y operaciones de tarifa fija  
[ROATLFM@CMS.HHS.GOV](mailto: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)

## Asuntos de procesamiento

# CMS resuelve el problema de procesamiento de las reclamaciones para servicios de laboratorio de referencia y la limitación contra el margen de pago

### Problema

Un problema que afecta el procesamiento de reclamaciones para servicios de laboratorio de referencia y servicios sujetos a la limitación contra el margen de pago, que fueron facturados en o a partir del 1 de octubre de 2015, ha sido resuelto.

### Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) están procesando nuevamente estas reclamaciones. Si usted está manteniendo reclamaciones pendientes de resolución para este problema, por favor, envíe las reclamaciones a su MAC para el procesamiento.

### Estatus/fecha de resolución

Abierto.

### Acción del proveedor

Ninguna.

Recordatorio: Para todas las reclamaciones recibidas en o después del 1 de octubre de 2015, los médicos/proveedores que facturan deberán presentar el identificador nacional del proveedor (NPI) de los médicos/proveedores que realizan la prestación de las pruebas de laboratorios de referencia o servicios sujetos a la limitación contra el margen de pago, incluso si el médico/proveedores que realizan la prestación del servicio se encuentran fuera de la jurisdicción del facturador. El NPI se debe incluir en el Ítem 32a del formulario de reclamación CMS-1500 (o del electrónico equivalente.)

### Problemas actuales de procesamiento

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

## Información general

# POS nuevo y revisado para los hospitales ambulatorios

Número de *MLN Matters*®: MM9231 *Revisado*

Número de petición de cambio relacionado: 9231

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

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3315CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

*Este artículo fue revisado el 9 de diciembre para clarificar la fecha efectiva del POS 19. El POS 19 será aceptado para cualquier reclamación procesada a partir del 1 de enero de 2016. Es decir, el código POS 19 es válido para cualquier reclamación, independientemente de la fecha de servicio, cuando es procesado a partir del 1 de enero de 2016. El título de la tabla en la página 2 también fue cambiado para clarificar.*

### Resumen

La petición de cambio 9231 hace los siguientes cambios al manual en relación al lugar de servicio (POS):

- Añade POS 19 (hospital ambulatorio fuera del campus)
- Revisa POS 22 de "hospital ambulatorio" a "hospital ambulatorio en el campus"
- Añade POS 17 (clínica de salud sin cita previa en establecimiento minorista) y 26 (centro de tratamiento militar), los cuales fueron eliminados inadvertidamente en una actualización en una actualización al manual

anterior

**Nota:** Reportar el POS 19 o 22 es un requerimiento mínimo para activar la cantidad del pago del centro bajo el manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud cuando los servicios son provistos a un paciente ambulatorio registrado (independientemente de dónde ocurre el encuentro cara a cara).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9231.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9231, 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/R3315CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3315, CR 9231

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



**NCCI**

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

Número de *MLN Matters*®: MM9377  
 Número de petición de cambio relacionado: 9377  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de noviembre de 2015  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3408CP  
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron la próxima publicación de la actualización trimestral de las ediciones de la iniciativa de codificación correcta (CCI), las cuales serán efectivas el 1 de enero.

La iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) fue desarrollada para promover las metodologías nacionales de codificación correcta y para controlar la codificación incorrecta la cual conduce al pago incorrecto en reclamaciones de la Parte B. Las políticas de codificación desarrolladas son basadas en los acuerdos de codificación definidos en el manual *Current Procedural Terminology*® de la American Medical Association, ediciones y políticas locales y nacionales, pautas de

codificación desarrolladas por sociedades nacionales, análisis de la práctica quirúrgica y médica habitual y la revisión de la práctica de codificación actual.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9377.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9377, 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/R3408CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3408, CR 9377

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

### Suscripción a Medicare Parte B

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

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



## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en [http://medicareespanol.fcso.com/coberturas\\_medicas/lcd\\_search.asp](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

### B-scan – revisión a la LCD de Parte B

#### Identificador de LCD: L33904 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para b-scan fue revisada para agregar el rango de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H47.311-H47.399 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **en o después del 10 de diciembre de 2015**.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 2 de diciembre de 2015**, por servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

### Somatosensory testing – revisión a la LCD de Parte B

#### Identificador de LCD: L33958 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la prueba somatosensorial fue revisada para añadir el rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM M48.06-M48.07 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 10 de diciembre de 2015**.

#### Fecha efectiva

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de diciembre de 2015**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

### Bone mineral density studies – revisión a la LCD en base a la CR 9252

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

En base a la petición de cambio (CR 9252), la determinación de cobertura local (LCD) para los estudios de densidad mineral ósea fue revisada para añadir los códigos de diagnósticos de ICD-10-CM Z79.3, Z79.83 y Z87.310 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

#### Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 4 de enero de**

**2016**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Fundus photography – revisión a la LCD

### Identificador de LCD: L33670 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para fotografía del fondo fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H59.031-H59.039 a las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para el código 92250 de *Current Procedural Terminology (CPT®)*.

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

#### Fecha efectiva

## Strapping – revisión a la LCD

### Identificador de LCD: L34023 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para vendaje fue revisada para agregar numerosos rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM dentro de las series de diagnóstico M12, M20, M21, M24, M25, M65, M77, M84, S82, S86, S89, S90, S92, S93, S96 y S99 y el código de diagnóstico de ICD-10 M72.2 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos 29540 y 29550 de *Current Procedural Terminology (CPT®)*. También, numerosos rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM fueron agregados dentro de las series de códigos de diagnóstico S86, S93 y S96 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para el código *CPT®* 29580.

En adición, los rangos de códigos de diagnóstico de ICD-10 S86.011A-S86.011S, S86.012A-S86.012S, S93.411A-S93.411S, S93.412A-S93.412S, S93.421A-S93.421S, S93.422A-S93.422S, S93.431A-S93.431S, S93.432A-S93.432S, S93.491A-S93.491S, S93.492A-S93.492S, S93.511A-S93.511S, S93.512A-S93.512S, S93.514A-S93.514S, S93.515A-S93.515S, S93.521A-S93.521S, S93.522A-S93.522S, S93.524A-S93.524S, S93.525A-S93.525S, S93.611A-S93.611S, S93.612A-S93.612S, S93.621A-S93.621S, S93.622A-S93.622S, S93.691A-

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 19 de noviembre de 2015**, por servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

S93.691S, S93.692A-S93.692S, S96.011A-S96.011S, S96.012A-S96.012S, S96.111A-S96.111S, S96.112A-S96.112S, S96.199A-S96.199S, S96.211A-S96.211S, S96.212A-S96.212S, S96.811A-S96.811S y S96.812A-S96.812S fueron removidos de la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para los códigos *CPT®* 29540 y 29550 ya que estos rangos de código de diagnóstico fueron ampliados.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **en o después del 26 de noviembre de 2015**.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 18 de noviembre de 2015**, por servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Noncovered Services – revisión a la LCD de Parte A/B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos ha sido revisada para remover los códigos CPT® 43206 (*Esophagoscopy, flexible, transoral; diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure), with optical endomicroscopy [esofagoscopia, flexible, transoral; diagnóstico, incluyendo la colección de espécimen mediante cepillado o lavado, cuando es realizado (procedimiento separado), con endomicroscopía óptica]*); 43252 (*esophagogastroduodenoscopy, flexible, transoral, diagnostic, including collection of specimen(s) by brushing or washing, when performed (separate procedure), with optical endomicroscopy [esofagogastroduodenoscopia, flexible, transoral; diagnóstico, incluyendo la colección de espécimen mediante cepillado o lavado, cuando es realizado (procedimiento separado), con endomicroscopía óptica]*).

Además, los siguientes dos códigos CPT® han sido removidos de la LCD de servicios no cubiertos y han sido colocados en la LCD recientemente revisada titulada, pruebas de polisomnografía y sueño (L33405): 95803 (*actigraphy testing, recording, analysis, interpretation, and report [pruebas de actigrafía, registro, análisis, interpretación y reporte]*) y 95806 (*sleep study, unattended, simultaneous recording of heart rate, oxygen saturation, respiratory airflow, and respiratory effort*).

[*estudio del sueño, desatendido, registro simultáneo del ritmo cardíaco, saturación de oxígeno, flujo respiratorio y esfuerzo respiratorio*]).

Y es así, como las secciones ‘Procedures for Part A and Procedures for Part B’ de la LCD han sido revisadas.

La remoción de un servicio de no cobertura no debe ser interpretado como una declaración de cobertura positiva y cobertura por el contratista. Se espera que el procedimiento sea llevado a cabo en los pacientes calificados según los estándares de cuidado para su condición. Como siempre, el registro médico debe respaldar el límite razonable y necesario para la cobertura y estar disponible para auditoría en caso de que haya una revisión médica previa o posterior al pago.

#### Fecha efectiva

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 21 de diciembre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Ocular photodynamic therapy (OPT) with verteporfin – LCD revisada

### Identificador de LCD: L33705 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la petición de cambio (CR 9252), la determinación de cobertura local (LCD) para terapia fotodinámica ocular (OPT) con verteporfin fue revisada para agregar el código de diagnóstico de ICD-10-CM B39.5 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 4 de enero de 2016**, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Visual field examination – revisión a la LCD

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

La determinación de cobertura local (LCD) para la evaluación del campo visual fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM E10.39, E11.39, E13.39, Z09, Z79.3, Z79.891 y Z79.899 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

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

#### Fecha efectiva

La revisión de esta LCD es efectiva para las

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

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

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

## LCD retiradas

### Chiropractic Services – LCD retirada

#### Identificador de LCD: L33840 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La cobertura de Medicare de los servicios de quiropráctico está específicamente limitada por ley con los requisitos señalados explícitamente en las publicaciones y manuales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). [https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Chiropractic\\_Services\\_Booklet\\_ICN906143.pdf](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Chiropractic_Services_Booklet_ICN906143.pdf).

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) han implementado históricamente la determinación de cobertura local (LCD) de servicios quiroprácticos como una herramienta educativa para enfatizar aún más los requisitos para el diagnóstico, el tratamiento, la documentación y la facturación de los servicios quiroprácticos. Teniendo en cuenta la implementación de la codificación de diagnósticos de ICD-10, efectiva el 1 de octubre de 2015, y el enfoque de CMS y sus contratistas en la alineación de las herramientas de educación utilizadas para mejorar la documentación de los servicios por parte de un quiropráctico, descritos como medio de manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación de un individuo, el MAC JN está retirando su LCD con planes de implementar una LCD actualizada en el ciclo de las políticas febrero.

No hay ningún cambio en los requisitos de facturación,

codificación y documentación. Como siempre, un código de diagnóstico es solamente un sustituto de lo que está documentado en la historia clínica del paciente. Aunque el rango de códigos de ICD-10 M99.0-M99.09, que describe la disfunción segmentaria y somática con base en la localización anatómica, serán diagnósticos aceptables, actualmente esta categoría (lesiones biomecánicas, no clasificadas en otra parte) no se debe usar por sí sola si una condición se clasifica en otros lugares. Dado que ninguna LCD está participando, no se requiere un conjunto de códigos de ICD-10 que respalden la necesidad médica. En la auditoría, la documentación debe respaldar el límite razonable y necesario para la cobertura, así como los demás requisitos de Medicare para el servicio de quiropráctico.

#### Fecha efectiva

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

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

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

## Información médica adicional

### Estimulación nerviosa eléctrica percutánea (PENS) y terapia de neuromodulación percutánea (PNT)

Debido a múltiples reclamaciones recibidas relacionadas a la facturación inapropiada de la estimulación nerviosa eléctrica percutánea (PENS) y la terapia de neuromodulación percutánea (PNT), se está publicando este artículo para proporcionar aclaración. Se les requiere a los proveedores que facturen los códigos de procedimientos que describen exactamente el servicio prestado, y actualmente no hay códigos específicos de *Current Procedural Terminology*® (CPT®) para PENS o PNT.

Por lo tanto, el código no listado CPT® 64999 (procedimiento no listado, sistema nervioso) debe ser utilizado para reportar la estimulación nerviosa eléctrica percutánea y la terapia de neuromodulación percutánea. Los códigos CPT® para el implante percutáneo de un neuroestimulador de electrodos (es decir, CPT® 64553

- 64565) tampoco son apropiados ya que PENS y PNT utilizan agujas e hilos insertados percutáneamente en lugar de electrodos implantados percutáneamente. Además, los dispositivos de estimulación utilizados en PENS y PNT no son implantados, por lo tanto el código CPT® 64590 tampoco es apropiado.

Cabe señalar, el código CPT® 64999 facturado por neuromodulación percutánea utilizando una serie de electrodos percutáneos (PEA) (por ejemplo, BioWave) ha sido evaluado por First Coast y añadido a la LCD de servicios no cubiertos en el 2008. Por lo tanto, no hay suficiente evidencia para respaldar la cobertura del sistema de terapia del dolor de neuromodulación percutánea Deepwave de Biowave en este momento.

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

### Self-administered drug (SAD) list – Praluent® (alirocumab), repatha™ (evolocumab) y natpara® (hormona paratiroidea) J3490/J3590/C9399

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago de Medicare para los medicamentos y productos biológicos incidentes al servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable es usualmente autoadministrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las directrices para la evaluación de medicamentos de la lista de los medicamentos inyectables autoadministrados excluidos, incidentes al servicio de un médico, están en el Medicare Benefit Policy Manual, pub. 100-02, capítulo 15, sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **a partir del 18 de enero de 2016**, han sido agregados los siguientes medicamentos a la lista SAD de Parte A del MAC J-N.

- J3490/J3590/C9399Alirocumab (Praluent®)
- J3490/J3590/C9399Evolocumab (Repatha™)
- J3490/J3590/C9399Hormona paratiroidea (Natpara®)

La evaluación de medicamentos para la adición a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de supervisar la lista SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles en: [http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos\\_autoadministrados/](http://medicareespanol.fcso.com/Medicamentos_autoadministrados/).

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

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

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



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto: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](mailto: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](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

### Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: [FloridaB@fcso.com](mailto:FloridaB@fcso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: [medical.policy@fcso.com](mailto:medical.policy@fcso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

### Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: [askFloridaB@fcso.com](mailto:askFloridaB@fcso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: [medical.policy@fcso.com](mailto:medical.policy@fcso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**