

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Enero 2016



En esta edición

Requisito médico para certificar la elegibilidad.....	4
Planificación anticipada de la atención	7
Nuevos códigos de pruebas de drogas	12
CMS publica los cambios de política	16
CMS resuelve el problema del procesamiento	25

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM9495
Número de petición de cambio relacionado: 9495
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de enero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3438CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han modificado los archivos de pago de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB) con el fin de corregir errores técnicos e incluir correcciones que se describen en la nota de corrección de la regla final MPFS de 2016. Las divulgaciones de MPFS de 2016 para la jurisdicción N (JN) están disponibles en:

[Florida](#)

[Puerto Rico](#)

[Islas Vírgenes de los Estados Unidos](#)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9495.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9495, 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/R3438CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3438, CR 9495

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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Asuntos de procesamiento

Códigos de diagnóstico adicional.....3

Cobertura

Clarificación para la codificación relacionada con Cologuard®3

Evaluación y manejo

Requisito médico para certificar la elegibilidad para beneficios4

Facturación

Revisión de la tasa de interés4
CMS anuncia nuevo código para el reembolso de vacuna contra la gripe.....5

Reembolsos no solicitados/voluntarios5

Información general

CMS anuncia la cobertura para la detección de cáncer colorrectal.....6

Planificación anticipada de la atención como un elemento opcional de AWV7

Inscripción del proveedor

Cantidad de la tarifa de solicitud de inscripción del proveedor para el 20167

Laboratorio clínico

Actualización de la tarifa fija del laboratorio clínico sobre las dietas7

Tarifas fijas

Resumen de las políticas de la regla final de 2016 del MPFS.....8

Actualización del archivo de precios de medicamentos9

Recursos educativos

Calendario de eventos.....10

MLN Connects® Provider e-News.....11

Parte A

Asuntos de procesamiento

Nuevos códigos de pruebas de drogas están editando incorrectamente.....12

Reclamaciones de reparación de la válvula mitral de transcáteter.....12

Reclamaciones de pruebas12

EDI

Razón del paciente de la visita necesaria para capturar el cumplimiento13

ESRD

Cambios de elegibilidad de 2016 para el ajuste de pago de bajo volumen13

Hospital

Tarifa de pago de hospital de pacientes internos afectada.....14

Recursos de CMS

Reorganización del capítulo 9 de Medicare Claims Processing Manual15

Actualización del capítulo 13 del 'Medicare Benefit Policy Manual'15

Sistema de pago prospectivo

CMS publica los cambios de política y de reembolso de IPPS16

CMS emite las especificaciones del editor de códigos ambulatorios16

Actualización de enero de 2016 del sistema de pagos prospectivos17

Determinaciones locales de cobertura de Parte A

.....18

Revisiones a las LCD existentes

Screening and diagnostic19

Vitamin D; 25 hydroxy19

Computed tomographic angiography19

Noncovered services and gene20

Pemetrexed20

Visual field examination20

Información médica adicional

Cambios de determinación de cobertura...21

Radiation therapy for T1 basal22

Nuevo requisito para los estudios23

Contactos de Parte A24

Parte B

ASC

Actualización de enero del sistema de pago ASC25

Asuntos de procesamiento

CMS resuelve el problema del procesamiento de reclamaciones25

Cobertura

Revisión prepago para servicios de evaluación y manejo.....26

Resultados de la investigación generalizada con el modificador 2427

Facturación

Lista de los códigos de jurisdicción de HCPCS 2016 de DMEPOS.....28

Determinaciones locales de cobertura de Parte B

.....29

Revisiones a las LCD existentes

Screening and diagnostic30

Vitamin D; 25 hydroxy30

Computed tomographic angiography30

Noncovered services and gene31

Pemetrexed31

Visual field examination31

Información médica adicional

Cambios de determinación de cobertura...32

Radiation therapy for T1 basal34

Nuevo requisito para los estudios34

Contactos de Parte B de Puerto Rico35

Contactos de Parte B de Florida36

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos37

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Kathleen Storey

Soffia 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 Optum 360 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.

Asuntos de procesamiento

Códigos de diagnóstico adicional de ICD-10 para J0717 (certolizumab pegol, 1 mg)

Problema

Las reclamaciones para el código HCPCS J0717 (certolizumab pegol, 1 mg) facturado con los códigos de ICD-10 L40.50-L40.59 para las fechas de servicios a partir del 1 de octubre de 2015, fueron denegadas.

Resolución

Los códigos de ICD-10 L40.50-L40.59 (Arthropathic psoriasis) serán añadidos como códigos de diagnóstico pagables para J0717. Los sistemas de procesamientos de reclamaciones de Parte A y B están siendo actualizados y las reclamaciones que fueron denegadas incorrectamente han sido completadas.

Estatus

Cerrado.

Acción del proveedor

Ninguna.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Cobertura

Clarificación para la codificación relacionada con Cologuard®

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementaron recientemente una determinación de cobertura nacional para cubrir Cologuard® – una prueba de ADN en heces de objetivo múltiple – como prueba de detección del cáncer colorrectal para los beneficiarios de riesgo promedio, asintomáticos, de 50 a 85 años.

Anteriormente, los proveedores/suplidores utilizaban el código G0464 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para facturar por la prueba de Cologuard®.

Según la petición de cambio (CR) 9465 de tarifa fija de laboratorio clínico de 2016, efectiva el 31 de diciembre de 2015, el código G0464 HCPCS expira.

A partir del 1 de enero de 2016, los proveedores/suplidores deben facturar el código *CPT*® 81528 para la prueba Cologuard®. Siga utilizando el código HCPCS G0464 para reclamaciones con fechas de servicio anteriores hasta el 31 de diciembre de 2015.

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

Encuentre sus favoritos utilice Clics rápidos

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

Evaluación y manejo

Requisito médico para certificar la elegibilidad para beneficios de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*®: SE1405 *Rescindido*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo fue rescindido el 15 de enero de 2016 para reflejar cambios en relación con los requisitos de documentación para encuentros cara a cara de salud en el hogar (HH), que se actualizaron en la regla final del sistema de pago prospectivo para servicios de salud en el hogar (HH PPS) de 2015. Estos cambios eliminan el requisito de la narrativa para el encuentro cara a cara, como parte de la certificación de elegibilidad, para episodios a partir del 1 de enero de 2015. Para obtener

información sobre los pacientes certificados para el beneficio de salud en el hogar de Medicare, por favor revise el artículo de edición especial *MLN Matters*® SE1436

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1405.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1405

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

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2015 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2015.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El departamento del tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página Web del Departamento del Tesoro en <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> (en inglés) para obtener la tasa correcta. El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa del 2.5 por ciento está en efecto hasta el 30 de junio de 2016.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago



- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar

Nota: El contratista de Medicare informa el monto de los intereses de cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando se aplican los pagos de intereses.

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

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM9357 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: 9357
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3429CP
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Este artículo fue revisado el 24 de diciembre para reflejar la petición de cambio (CR) revisada 9357 emitida el 22 de diciembre. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para acceder la CR están revisados. El resto de la información permanece igual.

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
- 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>.

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/R3429CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3429, 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.

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

CMS anuncia la cobertura para la detección de cáncer colorrectal utilizando Cologuard™



Número de *MLN Matters*®: MM9115 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 9115
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de diciembre de 2015
 Fecha de efectividad: 9 de octubre de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R188NCD y R3319CP
 Fecha de implementación: 8 de septiembre de 2015, para las ediciones de MAC no compartidas; 4 de enero de 2016, para los cambios de sistemas compartidos

El artículo fue revisado el 5 de enero para reflejar la petición de cambio (CR) revisada 9115 emitida el 30 de diciembre de 2015. La CR fue revisada para mostrar que el código de procedimiento G0464 expiró el 31 de diciembre y es reemplazado en la tarifa fija de laboratorio clínico de 2016 con el código de procedimiento 81528. El artículo ha sido revisado para reflejar este cambio. También, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección Web para acceder a la CR han sido cambiados.

Resumen

Efectivo el 9 de octubre de 2014, los Centros de Servicios

de Medicare y Medicaid (CMS) cubrirán Cologuard™ como una prueba de detección as una prueba de detección de cáncer colorrectal una vez cada tres años para los beneficiarios de Medicare que cumplen con todos los siguientes criterios:

- 50 a 85 años de edad
- Asintomático
- Bajo un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal

Nota: Solamente los laboratorios autorizados por el fabricante para realizar la prueba Cologuard™ pueden facturar por este servicio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9115.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9115, 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/R188NCD.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3319CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 188, CR 9115 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3319, CR 9115.

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar 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.

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Planificación anticipada de la atención como un elemento opcional de AWV

Número de *MLN Matters*®: MM9271
Número de petición de cambio relacionado: 9271
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R216BP y R3428CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están incluyendo la planificación anticipada de la atención voluntaria (ACP) como un elemento opcional de la visita de bienestar anual (AWV). Los servicios ACP prestados en el mismo día y por el mismo proveedor como una AWV se consideran un servicio preventivo.

La petición de cambio 9271 informa a los proveedores la exención del deducible y el coaseguro para ACP cuando se proporciona como un elemento opcional de una AWV.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9271.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9271, 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/R216BP.pdf> y <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3428CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 216, CR 9271 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3428, CR 9271

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

Inscripción del proveedor

Cantidad de la tarifa de solicitud de inscripción del proveedor para el 2016

El 3 de diciembre, CMS emitió un aviso: La cantidad de la tarifa de solicitud de inscripción del proveedor para el año calendario 2016 [CMS-6066-N] (<http://go.usa.gov/ckj8Z>). Efectivo el 1 de enero de 2016, la tarifa de solicitud para el año calendario (CY) 2016 es \$554 para proveedores institucionales que estén:

- Inscribiéndose inicialmente en el programa de Medicare o Medicaid o el Children's Health Insurance Program (CHIP)

- Revalidando su inscripción de Medicare, Medicaid o CHIP
- Realizando la adición de una nueva locación de práctica de Medicare

Esta tarifa es requerida con cualquier solicitud de inscripción presentada desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2016.

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

Laboratorio clínico

Actualización de la tarifa fija del laboratorio clínico sobre las dietas de viaje y las tarifas de recogida de muestras

Número de *MLN Matters*®: MM9485
Número de petición de cambio relacionado: 9485
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de diciembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3433CP
Fecha de implementación: 1 de febrero de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

actualizaron las tarifas de pago para las dietas de viaje y las tarifas de recogida de muestras cuando son facturadas en base al millaje utilizando el código de Health Care Common Procedure Coding System (HCPCS) P9603 y cuando son facturadas en base a una tarifa fija utilizando el código HCPCS P9604 para el 2016.

El pago de los gastos de viaje sólo se realiza si la tarifa de

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la próxima página

ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

recogida de muestra también está disponible. La dieta de viaje está destinada a cubrir los costos de viaje estimados de recogida de una muestra incluyendo el salario de un técnico de laboratorio y los gastos de viaje. La dieta de viaje por milla es para ser utilizada en situaciones en las que el viaje promedio a los hogares de los pacientes es más de 20 millas ida y vuelta.

La dieta de viaje en base a la tarifa fija de viaje es \$9.90.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9485.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

9485, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3433CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3433, CR 9485

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

Tarifas Fijas

Resumen de las políticas de la regla final de 2016 del MPFS y las tarifas de pago para la instalación del sitio originario de telesalud

Número de *MLN Matters*[®]: MM9476

Número de petición de cambio relacionado: 9476

Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de diciembre de 2015

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3423CP

Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

La petición de cambio 9476 provee un resumen de las políticas en el 2016 de la regla final del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) y anuncia la cantidad de las tarifas de pago para la instalación del sitio originario de telesalud. Las siguientes políticas están incluidas en el MPFS de 2016:

- Tasa de crecimiento sostenible (SGR)
- Acceso a los servicios de telesalud
- Actualización de la cantidad de las tarifas de pago para la instalación del sitio originario de telesalud
- Colonoscopias incompletas
- Planificación anticipada de la atención y una visita de bienestar anual (AWV)
- Tarifa de transporte de rayos X portátil
- Política “incidente a”
- Establecer valores para códigos nuevos, revisados y valorados incorrectamente

- Objetivo para los ajustes de valor relativo para los servicios valorados incorrectamente

Los pagos bajo el MPFS deben reducirse por la diferencia entre el objetivo para el año y la reducción neta estimada en los gastos (el “objetivo de cantidad de recaptura”). Como resultado, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid estima que el objetivo de cantidad de recaptura de 2016 producirá una reducción del factor de conversión de -0.77 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/MM9476.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9476, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3423CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3423, CR 9476

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 del archivo de precios de medicamentos del precio promedio de venta (ASP) de enero de 2016



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron los archivos de precios de medicamentos ASP de enero de 2016. Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) están haciendo estos cambios en sus archivos de pago; los archivos públicos divulgados en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y

Medicaid (CMS) se actualizarán para reflejar los cambios que se indican a continuación.

- Los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) J0886 (Epoetin alfa 1000 unidades ESRD) y J7506 (Prednisone oral) están siendo retirados del archivo de enero. Estos códigos fueron terminados el 31 de diciembre de 2015
- El código HCPCS J7512 (Prednisone, liberación inmediata o liberación retrasada, 1 mg) está siendo agregado en el archivo de enero
- La dosificación asociada con el código HCPCS J3090 (Inj tedizolid phosphat) en el archivo de precios de medicamentos ASP está siendo cambiada de 10 mg a 1 mg

La [herramienta de búsqueda de tarifas fijas](#) de First Coast Service Options (First Coast) reflejará estas revisiones en los próximos días.

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



Calcule las posibilidades ...

Ya sea que esté estimando la cantidad de un pago de Medicare, la duración del periodo de coordinación de una ESRD o la fecha límite para enviar una solicitud de apelación o contestar a una petición de desarrollo adicional, pruebe la manera fácil de calcular las posibilidades. Encuentre todo lo que necesita para "hacerlo usted mismo" en nuestro centro de herramientas, visite <http://medicareespanol.fcso.com/landing/0306004.asp>

Recursos educativos

Calendario de eventos

Febrero de 2016

Lo que necesita saber sobre ESRD (A)

Cuando: 11 de febrero de 2016

Hora: 10:00 AM -11:30 AM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

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

Marzo de 2016

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A

Cuando: 15 de marzo de 2016

Hora: 10:00 AM-11:30 AM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0318483.asp>

Cambios y regulaciones de Medicare Parte B

Cuando: 16 de marzo 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/0316644.asp>

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® Provider e-News de CMS

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

- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 7 de enero de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 14 de enero de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 21 de enero de 2016](#)

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

Nuevos códigos de pruebas de drogas están editando incorrectamente

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) descubrieron errores en el sistema que están afectando reclamaciones con nuevos códigos de laboratorio de pruebas de drogas (códigos HCPCS G0477 hasta G0483) con fechas de servicios a partir del 1 de enero de 2016.

Resolución

Su contratista administrativo de Medicare (MAC) corregirá cualquier reclamación previamente devuelta por error con estos códigos y el código de denegación W7006. CMS estará reteniendo estas reclamaciones hasta el 4 de abril de 2016.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

No se requiere 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.

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

Reclamaciones de reparación de la válvula mitral de transcáteter están editando incorrectamente

Problema

Un error en el sistema causó que las reclamaciones relacionadas a la reparación de la válvula mitral de transcáteter (TMVR), con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015, sean editadas incorrectamente.

Resolución

Un arreglo está programado para ser implementado el 25 de enero de 2016.

Estatus/fecha de resolución

Abierto. Un arreglo está programado para ser

implementado el 25 de enero de 2016.

Acción del proveedor

Ninguna. Su contratista administrativo de Medicare (MAC) retendrá temporeramente cualquier reclamación afectada y las liberará una vez el sistema sea corregido.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Reclamaciones de pruebas de farmacogenómica para la capacidad de respuesta warfarina están siendo editadas incorrectamente

Problema

Un error en el sistema causó que las reclamaciones presentadas con el código HCPCS G9143 para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2015, sean editadas incorrectamente.

Resolución

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

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

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

Problemas actuales de procesamiento

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

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

EDI

Razón del paciente de la visita necesaria para capturar el cumplimiento de los campos HIPAA

Número de *MLN Matters*®: MM9450
Número de petición de cambio relacionado: 9450
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de diciembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3435CP
Fecha de implementación: 31 de marzo de 2016

Resumen

Las provisiones de simplificación administrativa del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requieren que la Secretaría de Salud y Servicios Sociales (HHS) de los Estados Unidos adopte las transacciones electrónicas estándar y conjuntos de códigos para las transacciones de atención de salud administrativa.

La petición de cambio (CR) 9450 asegura la educación correcta y edición para los campos del sistema de procesamiento de reclamaciones institucionales para asegurar el cumplimiento con los campos del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), que incluye la razón del uso del paciente de la visita utilizada

para procesar las reclamaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9450.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9450, 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/R3435CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3435, CR 9450

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.

ESRD

Cambios de elegibilidad de 2016 para el ajuste de pago de bajo volumen de ESRD PPS

Número de *MLN Matters*®: MM9478 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9478
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de enero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R219BP
Fecha de implementación: 22 de enero de 2016

Este artículo fue revisado el 13 de enero para reflejar una revisión que actualizó fecha de vencimiento de la certificación del 22 de enero de 2016, al 31 de diciembre de 2015 (página 2). El número de transmisión, fecha de publicación de la petición de cambio (CR) y el enlace a la transmisión también cambiaron. La CR 9478 provee información sobre los cambios a los criterios para el ajuste de pago de bajo volumen (LVPA) del sistema de pago prospectivo (PPS) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Ciertos criterios deben ser acreditados por el centro de ESRD y validados por el contratista administrativo de Medicare.

Resumen

La petición de cambio 9478 provee información sobre cambios a los criterios para el ajuste de pago de bajo volumen (LVPA) del sistema de pago prospectivo (PPS) de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD).

Para que un centro de ESRD cualifique para el ESRD PPS LVPA, ciertos criterios deben ser acreditados por el centro de ESRD y validados por el contratista administrativo de Medicare (MAC). Los criterios de calificación para el ESRD PPS LVPA incluyen:

- Suministro de menos de 4,000 tratamientos de diálisis en cada uno de los tres años de reporte de costo anteriores a su año de pago;
- El centro no debe haber abierto, cerrado o recibido un nuevo número del proveedor debido a un cambio de titularidad en los 3 años anteriores al año de pago; y
- Antes del 1 de enero de 2016, el centro no debe estar ubicado dentro de 25 millas de carretera de otro centro de ESRD bajo propiedad compartida

La fecha límite de acreditación para las acreditaciones de 2016 ha sido extendida hasta el 31 de diciembre de 2015, para dar tiempo a los centros de ESRD para evaluar su elegibilidad.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9478.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)

Ver **CAMBIOS**, en la próxima página

CAMBIOS

De la página anterior

9478, 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/R219BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 219, CR 9478

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

Hospital

Tarifa de pago de hospital de pacientes internos afectada por el Consolidated Appropriations Act de 2016

El viernes, 18 de diciembre de 2015, el Presidente Obama convirtió en ley el Consolidated Appropriations Act de 2016. La sección 601, modificación de la tarifa de pago de hospital de pacientes internos de Medicare para los hospitales de Puerto Rico, modifica el cálculo del pago con respecto a los costos operacionales de los servicios de hospitalización de una subsección (d) de hospital de Puerto Rico para las altas a partir del 1 de enero de 2016.

CMS actualmente está revisando el Pricer del sistema de pagos prospectivos de pacientes internos (IPPS) de FY 2016 para reflejar el nuevo requerimiento de cálculo del pago. La cantidad de pago con respecto a los costos operacionales de los servicios de hospitalización de una subsección (d) de hospital de Puerto Rico para las altas de pacientes internos, a partir del 1 de enero de 2016, será basada en 0 por ciento del porcentaje aplicable de Puerto Rico y 100 por ciento del porcentaje Federal aplicable. Además, el IPPS del Pricer de FY 2016 incluirá cambios conformes a ciertas



tarifas operacionales y factores del IPPS de FY 2016 que resultan de la aplicación del nuevo requerimiento de cálculo del pago de hospital de Puerto Rico, lo cual es aplicable a todas las altas de hospital de IPPS a partir del 1 de enero de 2016. También vamos a incorporar las tarifas revisadas de IPPS en el Pricer del hospital de cuidado prolongado (LTCH), ya que son utilizadas para ciertas reclamaciones de pago de LTCH.

Para permitir suficiente tiempo para desarrollar y probar, implementaremos los Pricers de IPPS y LTCH el 4 de abril de 2016. Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) volverán a procesar las reclamaciones de pacientes internos de IPPS de Puerto Rico y todos los demás

hospitales de IPPS con una fecha de alta a partir del 1 de enero de 2016. Los MAC también volverán a procesar las reclamaciones de LTCH con una fecha de alta a partir del 1 de enero de 2016, debido al impacto de este cambio. Los hospitales de Puerto Rico (así como todos los demás hospitales de IPPS y LTCH) no tienen que tomar ninguna acción. Esperamos volver a procesar las reclamaciones no más tarde del 30 de junio de 2016.

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com



Recursos de CMS

Reorganización del capítulo 9 de Medicare Claims Processing Manual

Número de *MLN Matters*®: MM9397
Número de petición de cambio relacionado: 9397
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de diciembre de 2015
Fecha de efectividad: 31 de marzo de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3434CP
Fecha de implementación: 31 de marzo de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9397 reorganiza y actualiza el capítulo 9 (Rural Health Clinics/Federally Qualified Health Centers) del "Medicare Claims Processing Manual."

El capítulo revisado se adjunta a la CR 9397. No hay nuevas políticas contenidas en esta actualización, que cubre la siguiente información:

- Información general del centro de salud rural y los centros de salud federalmente calificados
- Sistema de pago de tarifa con todo incluido (AIR) para RHC y FQHC
- Sistema de pago del sistema de pago prospectivo (PPS) de FQHC
- Deducible y coaseguro
- Facturación y pago de servicios generales RHC y FQHC
- Datos requeridos en la reclamación institucional presentada a su MAC
- Requisitos de facturación general y de pago para los RHC y FQHC
- Requisitos generales de facturación para los servicios de prevención
- Servicios no cubiertos en las reclamaciones RHC y



FQHC

- Frecuencia de la facturación y facturación del mismo día

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9397.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9397, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3434CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3434, CR 9397

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley 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 del capítulo 13 del 'Medicare Benefit Policy Manual'

Número de *MLN Matters*®: MM9442
Número de petición de cambio relacionado: 9442
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de enero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de febrero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R220BP
Fecha de implementación: 1 de febrero de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9442 informa a los contratistas que el Medicare Benefit Policy Manual está actualizado para incluir:

- Nueva información
- Aclaración de políticas existentes y
- Cambios editoriales

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9442.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9442, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R220BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 220, CR 9442

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

Sistema de pagos prospectivos

CMS publica los cambios de política y de reembolso de IPPS 2016 y LTCH PPS

Número de *MLN Matters*®: MM9253 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9253
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3431CP
 Fecha de implementación: 5 de octubre de 2015

Este artículo fue revisado el 30 de diciembre para añadir el sistema de monitoreo CardioMEMS™ HF a la lista de artículos aprobados para una nueva tecnología de adición de pagos (página 5) y para volver a numerar la lista. En el artículo el número de transmisión, la fecha de publicación de la petición de cambio y el enlace a la transmisión también fue cambiada.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente los cambios de política y de reembolso para el sistema de pagos prospectivos de 2016 para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado prolongado.

En la actualización de 2016, CMS incluye las tarifas del índice salarial para los hospitales que presentaron los datos de calidad y participaron en el uso significativo de los registros de salud electrónicos de CMS.

CMS también identificó siete grupos relacionados por

CMS emite las especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados de enero de 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9459
 Número de petición de cambio relacionado: 9459
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de enero de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3437CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) es utilizado para procesar las reclamaciones bajo el sistema de pago prospectivo ambulatorio (OPPS) y el no OPPS para los departamentos ambulatorios de hospital, centros de salud mental de la comunidad, todos los proveedores que no procesan reclamaciones bajo el OPPS y para servicios limitados cuando son prestados en una agencia de salud en el hogar que no está bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) de salud en el hogar o a un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no terminal.

Las modificaciones del I/OCE para la publicación de enero de 2016 (versión 17.0) están resumidas en el artículo, el cual incluye el diagnóstico, la clasificación de pago ambulatorio (APC) y los cambios de código de

diagnóstico y severidad (DRG) recientemente creados en relación con los servicios de atención cardiovascular. El resumen del artículo incluye las terapias o servicios que pueden ser elegibles para la nueva tecnología de adición de pagos para el 2016. Las actualizaciones de reembolso y cambios de políticas cubren los servicios hospitalarios prestados en o después del 1 de octubre de 2015.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9253.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9253, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3431CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3431, CR 9253

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.

procedimiento. Las modificaciones retroactivas están señaladas en la columna "Effective Date". Un resumen completo de los cambios de datos se encuentra adjunto a la [petición de cambio](#) (en inglés).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9459.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9459, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2016-Transmittals-Items/R3437CP.html>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3437, CR 9459

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

Actualización de enero de 2016 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios de hospital

Número de *MLN Matters*[®]: MM9486
Número de petición de cambio relacionado: 9486
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de diciembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3425CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

La petición de cambio 9486 implementa cambios e instrucciones de facturación para las diferentes políticas implementadas en el sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital de enero de 2016. Los cambios clave y las instrucciones de facturación para las diferentes políticas de pago implementadas en la actualización de OPPS de enero 2016 son los siguientes:

- Nuevo dispositivo de paso de categorías
- Edición del dispositivo para procedimientos asignados a la clasificación de pago ambulatorio (APC) de dispositivos intensivos
- Eliminación de la porción del dispositivo de los procedimientos asignados a una APC de dispositivos intensivos y discontinuados antes de la administración de anestesia
- Pagos de paso transitorio para dispositivos designados
- Servicios elegibles para la asignación y pagos de nueva tecnología APC
- Nueva fuente de pago de braquiterapia
- Modificador “CA”
- Modificador “CT”
- Servicios de observación integrales C-APC (APC 8011)

- Facturación de la consejería de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones de visita compartida y el cribado anual para el cáncer de pulmón con LDCT
- Instrucciones de facturación para la planificación de radioterapia de intensidad modulada (IMRT)
- Facturación para planificación y entrega de la radiocirugía estereotáctica (SRS)
- Instrucciones de facturación de tejido corneal
- Revisiones de los empaques de pruebas de laboratorio
- Nuevos códigos 2016 para patógenos reducidos en productos de sangre
- Medicamentos, productos biológicos y radiofármacos
- Cambios en la lógica del pricer OPPS

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9486.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9486, 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/R3425CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3425, CR 9486

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material 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 todos las ediciones publicadas desde octubre 2014 hasta octubre 2015.

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisiones a las LCD existentes

Screening and diagnostic mammography – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L36342 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para mamografía de evaluación y diagnóstico fue revisada para añadir los siguientes códigos nacionales de diagnóstico de ICD-10-CM a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 77055 y 77056 y los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0204 y G0206, en base a la determinación de cobertura nacional (NCD) 220.4:

C43.52, C43.59, C44.501, C44.509, C44.511, C44.519, C44.521, C44.529, C44.591, C44.599, C45.9, C56.1-C56.9, C78.00-C78.02, C78.1, C78.2, C78.7, C79.31-C79.32, C79.40-C79.49, C79.51-C79.52, C79.60-C79.62, C80.0, C80.1, D03.52, D03.59, D04.5, D22.5, D23.5, D48.5, D49.1, D49.2, D49.6, D49.7, M70.80, M70.88, M70.89, M70.90, M70.98, M70.99, M79.5, M79.81-M79.89, M79.9, N64.81, N64.9, N65.0, N65.1, R59.0-R59.9, R92.0, R93.9, S20.00xA, S20.01xA, S20.02xA, S21.001A, S21.002A, S21.009A, S21.011A, S21.012A, S21.019A, S21.021A, S21.022A, S21.029A,

S21.031A, S21.032A, S21.039A, S21.041A, S21.042A, S21.049A, S21.051A, S21.052A, S21.059A, S28.211A, S28.212A, S28.219A, S28.221A, S28.222A, S28.229A, S29.001A, S29.009A, S29.091A, S29.099A, S29.8xxA, S29.9xxA, S39.001A, S39.091A, S39.81xA, S39.91xA, T85.41xA, T85.42xA, T85.43xA, T85.44xA, T85.49xA, T85.79xA, Z03.89, Z08, Z77.123, Z77.128, Z77.9, Z85.831, Z85.89, Z91.89, Z92.89, Z98.82 y Z98.86

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 1 de febrero 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](#).

Vitamin D; 25 hydroxy, includes fraction(s), if performed – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; 25 hydroxy, incluye la fracción(es), si se realiza, fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM M89.9 y M94.9 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para el código Current Procedural Terminology (CPT®) 82306.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 28 de diciembre**

de 2015, por 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](#).

Computed tomographic angiography of the chest, heart, and coronary arteries – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33282 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la angiografía por tomografía computarizada del pecho, corazón y arterias coronarias fue revisada para cambiar el rango de código de ICD-10-CM R07.1-R07.89 a R07.1-R07.9 en la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para el código Current Procedural Terminology (CPT®) 71275.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir de 01/14/2016**.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 28 de diciembre de 2015**, para 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/>

Ver **COMPUTED** en la próxima página

COMPUTED

De la página anterior

[medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx](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

Noncovered services and gene expression profiling panel for use in the management of breast cancer treatment – revisiones a las LCD

Identificador de LCD: L33777 y L33586 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos (L33777) fue revisada en base a una petición de reconsideración para remover el código CPT® 0008M [Oncología (breast), mRNA analysis of 58 genes using hybrid capture, on formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) tissue, prognostic algorithm reported as a risk score (oncología [seno], análisis mRNA de 58 genes utilizando captura de híbridos, en tejido fijado en formol e incluido en parafina, algoritmo pronóstico reportado como una escala de riesgo)] y fue añadido al panel del perfil de expresión génica para utilizar en el manejo del tratamiento de cáncer del seno LCD (L33586) con indicaciones limitadas. Las secciones “Indications and Limitations

Pemetrexed – revisión de la LCD

Identificador de LCD: L33978 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Pemetrexed se revisó con base en una solicitud de reconsideración para incluir las indicaciones 2A de National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para el tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): (a) para el tratamiento inicial como la quimiorradiación concurrente definitiva en combinación con carboplatino o cisplatino y (b) para la quimiorradiación concurrente preoperatoria en combinación con cisplatino o carboplatino. Las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Sources of Information and Basis for Decision” fueron

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 el rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM H35.51-H35.54 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT®)* 92081, 92082 y 92083.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 01/14/2016**.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las

“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](#).

of Coverage and/or Medical Necessity,” “CPT®/HCPCS Codes” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD L33586 fueron actualizadas.

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 21 de enero de 2016**. 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](#).

actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 8 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](#).

reclamaciones procesadas **a partir del 28 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](#).

Información médica adicional

Cambios de determinación de cobertura local de HCPCS de 2016 – Parte A

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura locales (LCD) afectadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2016. Por consiguiente, los códigos de procedimiento han sido añadidos, revisados, reemplazados y eliminados:

Título de LCD	Cambios
<i>Allergy Testing</i>	Cambio de descriptor para el código <i>Current Procedural Terminology (CPT®) 88346</i>
<i>Colorectal Cancer Screening</i>	Se eliminó el código HCPCS G0464 y se reemplazó con el código <i>CPT® 81528</i>
<i>Controlled Substance Monitoring and Drugs of Abuse Testing</i>	Cambio de descriptor para el código <i>CPT® 83789</i> Se eliminaron los códigos HCPCS G0431, G0434 y G6030-G6058 Se añadieron los códigos HCPCS G0477-G0483
<i>CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9, and VKORC1 Genetic Testing</i>	Cambio de descriptor para el código <i>CPT® 81355</i>
<i>Diagnostic Aerosol or Vapor Inhalation</i>	Cambio de descriptor para el código <i>CPT® 94640</i>
<i>Diagnostic Colonoscopy</i>	Se eliminaron los códigos HCPCS G6019, G6020, G6021, G6024 y G6025
<i>Erythropoiesis Stimulating Agents</i>	Se eliminaron los códigos HCPCS J0886 y J0888
<i>G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™)</i>	Cambio de descriptor para el código HCPCS J1442 Se eliminó el código HCPCS J1446 y se reemplazó con el código HCPCS J1447
<i>Genetic Testing for Lynch Syndrome</i>	Cambio de descriptor para el código <i>CPT® 81210</i>
<i>Hemophilia Clotting Factors</i>	Se eliminaron los códigos HCPCS Q9975 y se reemplazó con el código HCPCS J7205 Se removieron los códigos HCPCS no listados C9399/ J7199 y se reemplazaron con el código HCPCS J7188
<i>Hepatitis B Surface Antibody and Surface Antigen</i>	Cambio de descriptor para el código <i>CPT® 87340</i>

Título de LCD	Cambios
<i>Implantable Infusion Pump for the Treatment of Chronic Intractable Pain (pautas de codificación solamente)</i>	Se eliminó el código HCPCS Q9977 y se reemplazó con el código HCPCS J7999
<i>Implantable Miniature Telescope (IMT)</i>	Cambio de descriptor para el código <i>CPT® 0308T</i>
<i>Intravenous Immune Globulin</i>	Se añadió el código HCPCS J1575
<i>Intravitreal Bevacizumab (Avastin®)</i>	Se eliminó el código HCPCS Q9977 y se reemplazó con el código HCPCS J7999
<i>Molecular Pathology Procedures</i>	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT® 81210, 81275 y 81355</i> . Se añadieron los códigos <i>CPT® 81162, 81170, 81218, 81219, 81272, 81273, 81276, 81311 y 81314</i> .
<i>Noncovered Procedures - Endoscopic Treatment of Gastroesophageal Reflux disease (GERD)</i>	Se eliminó el código HCPCS C9724 y se reemplazó con el código <i>CPT® 43210</i>
<i>Noncovered Services</i>	Cambio de descriptor para los códigos <i>CPT® 87320, 90644, 90650, 90681 y 0358T</i> Se eliminó el código <i>CPT® 0103T</i> (reemplazado con el código <i>CPT®</i> no listado 84999), código <i>CPT® 0223T, 0224T y 0225T</i> (reemplazado con el código <i>CPT®</i> no listado 93799), código <i>CPT® 0233T</i> (reemplazado con el código <i>CPT®</i> no listado 88749), código <i>CPT® 0243T y 0244T</i> (reemplazado con el código <i>CPT®</i> no listado 94799), código <i>CPT® 0311T</i> (reemplazado con el código <i>CPT® 93050</i>) y los códigos HCPCS G0627 y G0628 (reemplazado con los códigos <i>CPT® 46601 y 46607</i>)

Ver **CAMBIOS** en la próxima página

CAMBIOS

De la página anterior

Título de LCD	Cambios
<i>Plerixafor (Mozobil®)</i>	Se eliminó el código HCPCS J1446 y se reemplazó con el código HCPCS J1447
<i>Radiation Therapy for T1 Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas of the Skin</i>	Cambio de descriptor para el código CPT® 77789 Se eliminaron los códigos CPT® 77785 y 77786 y se reemplazaron con los códigos CPT® 77767 y 77768 Se eliminó el código CPT® 0182T (mencionado en la sección "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" de la LCD como un servicio no cubierto) y fue reemplazado con el código CPT® 0394T. Además, el código CPT® 0394T fue añadido a la sección "CPT®/HCPCS Codes" bajo "Group 2 codes" como un servicio no cubierto. En adición, el estado que contiene el código CPT® 77787 fue removido, ya que este código fue eliminado.



Título de LCD	Cambios
<i>Screening and Diagnostic Mammography</i>	Cambio de descriptor para el código CPT® 77057
<i>Spinal Cord Stimulation for Chronic Pain</i>	Cambio de descriptor para el código CPT® 95972 Se eliminó el código CPT® 95973

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

Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas of the skin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33538 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de radiación para carcinomas de células basales y de células escamosas T1 de la piel fue revisada para añadir los códigos diagnóstico de ICD-10-CM C44.41 y C44.42 a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para los siguientes códigos de HCPCS/CPT®.

Parte A

Códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G6003, G6004, G6005 y G6006 y códigos *Current Procedural Terminology (CPT®)* 77401, 77402, 77767, 77768 y 77789.

Parte B

Códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G6003, G6004, G6005 y G6006 y códigos *Current Procedural Terminology (CPT®)* 77401, 77767, 77768 y 77789.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) a partir del 21 de enero de 2016.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 14 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](#).

Nuevo requisito para los estudios aprobados de CMS del proceso de exención de dispositivo de investigación (IDE)

La petición de cambio (CR) 8921 publicada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) entró en vigor a partir del 1 de enero de 2015. La CR actualizó los procedimientos relacionados con artículos y servicios en Categoría B IDE de las exenciones aprobadas por la FDA. Según la CR, CMS estableció un proceso de aprobación centralizado para estudios aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) a partir de 1 de enero de 2015.

Recientemente, First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha estado al tanto de las reclamaciones denegadas relacionadas con los estudios aprobados por CMS en o después de la fecha de implementación del 1 de enero debido a que el proceso previo implicaba vincular los números de las instalaciones del proveedor a los IDE aprobados. Con el fin de evitar reclamaciones

indebidamente denegadas, para estudios aprobados por CMS, (aprobados por la FDA el 1 de enero de 2015), los siguientes documentos deben ser presentados al contratista a clinicaltrials@fcs.com antes de que las reclamaciones sean presentadas para procesamiento:

- Carta de presentación que incluya el número G-IDE y el número de prueba clínica (NCT) y el número de proveedor (instalación)
- Una copia de la carta de aprobación de CMS
- Una copia de la carta de aprobación de Institutional Review Board (IRB)
- Una copia del formulario firmado con la información del costo y codificación

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 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

904-791-8723

Asistencia técnica del SPOT

FCOSPOTHelp@fcso.com
 855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

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

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor (Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

com

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

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

Auditorías de hospital

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

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

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

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

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

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

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

ASC

Actualización de enero del sistema de pago ASC

Número de *MLN Matters*[®]: MM9484
Número de petición de cambio relacionado: 9484
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2015
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3430CP
Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

Este artículo es el resultado de la petición de cambio 9484, que detalla los cambios a las instrucciones de facturación para las diferentes políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago de enero de 2016 del centro de cirugía ambulatoria (ASC).

Muchas tarifas de pago ASC, bajo el sistema de pago ASC, se establecen utilizando la información de la tarifa de pago del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS). Los archivos de pago asociados a esta transmisión reflejan los cambios más recientes en el pago MPFS de 2016, el 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/MM9484.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9484, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3430CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3430, CR 9484

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

Asuntos de procesamiento

CMS resuelve el problema del procesamiento de 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

Cerrado. Todos los ajustes fueron completados el 5 de enero.

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.

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

Cobertura

Revisión prepago para servicios de evaluación y manejo de un centro de enfermería

Códigos CPT® 99306, 99307, 99308, 99309 y 99310

First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente realizó el análisis de datos debido a las altas tasas de error del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) para servicios de evaluación y manejo relacionados con los códigos de *Common Procedural Terminology*® (CPT®) 99306 (*Initial nursing facility visit*), 99307 (*subsequent nursing facility visit*), 99308 (*subsequent nursing facility visit*), 99309 (*subsequent nursing facility visit*) y 99310 (*subsequent nursing facility visit*). El análisis de datos identificó la sobreutilización potencial de alto nivel y las visitas repetidas a los centros de enfermería. Estos errores siguen impactando las tasas de error CERT de los contratistas administrativos de Medicare (MAC) de la jurisdicción N.

First Coast y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ofrecen múltiples recursos que abordan las directrices de documentación de los niveles de servicio de E/M en:

- La [página de servicios de evaluación y manejo \(E/M\)](#) de First Coast, que ofrece enlaces a herramientas, FAQ, aprendizaje en línea y recursos adicionales
- Las [directrices del manual electrónico \(IOM\) de CMS](#) (en inglés) que abordan múltiples tipos y escenarios relativos a los servicios de E/M
- La lista de verificación de documentación del centro de enfermería especializada (SNF) de First Coast http://medicareespanol.fcso.com/documentacion_medica/193590.pdf

La determinación de cobertura local (LCD) de First Coast está disponible para ayudar a los proveedores en la utilización de códigos CPT para los servicios de evaluación y manejo de los centros de enfermería. La LCD L36230 - Evaluation and Management Services in a Nursing Facility (servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería) es efectiva desde el 15 de noviembre de 2015. Los extractos de la LCD L36230 identifican la documentación apropiada y la necesidad médica.

- En el entorno de la residencia de ancianos, los pacientes están en un ambiente controlado en el que ellos están bajo supervisión cercana y tienen acceso inmediato a la atención de profesionales médicos capacitados. Bajo estas circunstancias, es habitual que los médicos dirijan al personal de la residencia de ancianos para realizar, en ausencia del médico, muchos de los servicios que pueden ser necesarios, pero de una naturaleza relativamente

menor. Las visitas frecuentes por el médico, bajo estas circunstancias, serían entonces innecesarias, especialmente si el paciente está médicamente estable. Sin embargo, no sería irrazonable para el médico a cargo que haga varias visitas en el momento de un nuevo episodio de enfermedad o una exacerbación aguda de una enfermedad crónica. La historia clínica debe reflejar claramente las circunstancias particulares que requieren la mayor frecuencia de los servicios que documentan lo siguiente:

- Inestabilidad del paciente o cambio en la condición que el médico documenta como suficientemente significativo para requerir una evaluación médica o mental oportuna del estado y/o examen físico para establecer la intervención apropiada de tratamiento y/o cambio del plan de atención;
- Problemas terapéuticos que los documentos médicos requieren una evaluación de seguimiento oportuna para evaluar la eficacia de la terapia o tratamiento; por ejemplo, procedimientos quirúrgicos recientes o invasivos de diagnóstico, evaluación de las úlceras por presión, regímenes de medicamentos psicotrópicos o (para los enfermos terminales) medidas de confort;
- Condiciones médicas, incluyendo delirio, demencia o cambios en el estado mental que se manifiestan con síntomas de comportamiento que requieren evaluación oportuna; y
- Personal de enfermería, personal de rehabilitación, pacientes o peticiones de la familia para hacer frente a un problema médico documentado de preocupación que requiere un examen físico (o estado mental).

Para completa orientación sobre cobertura y documentación por favor consulte http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp.

Acciones de First Coast

En respuesta al alto porcentaje de las tasas de error y los riesgos continuos de pagos indebidos asociados con visitas a los centros de enfermería, First Coast estará implementando una auditoría del límite para el código CPT® 99306 y una auditoría de uso prepago para los códigos CPT® 99307, 99308, 99309 y 99310. La nueva edición se basará en un porcentaje predeterminado de las reclamaciones en un esfuerzo por reducir las tasas de error para estos servicios en centros de enfermería. La auditoría se llevará a cabo a partir del 1 de febrero de 2016.

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

Resultados de la investigación generalizada con el modificador 24

First Coast Service Options Inc. (First Coast) llevó a cabo una revisión de investigación generalizada posterior al pago en respuesta a la educación que fue proporcionada relacionada a los resultados de la investigación generalizada anterior.

El *Current Procedural Terminology (CPT®)* 99233 (Subsequent hospital inpatient care [atención hospitalaria posterior]), 99223 (Initial hospital care [atención hospitalaria inicial]), 99291 (Critical care, first hour [cuidado crítico, primera hora]), 99308 (Subsequent nursing facility visit [visita posterior al centro de enfermería]), 99309 (Subsequent nursing facility visit [visita posterior al centro de enfermería]), 99310 (Subsequent nursing facility visit [visita posterior al centro de enfermería]) 92012 (Eye and medical examination for diagnosis and treatment, established patient [evaluación médica y de los ojos para diagnóstico y tratamiento, paciente establecido, 1 o más visitas]), 92014 (Eye and medical examination for diagnosis and treatment, established patient, 1 or more visits [evaluación médica y de los ojos para diagnóstico y tratamiento, paciente establecido, 1 o más visitas]) que fueron facturados con el modificador 24 (unrelated evaluation and management service by the same physician during a postoperative period [servicio de evaluación y manejo no relacionado por el mismo médico durante un periodo postoperatorio]).

Los resultados de la revisión de la investigación generalizada anterior fueron;

- 99223, 99233 y 99291 con el modificador 24 - 66.95 por ciento
- 92012 y 92014 con el modificador 24 - 33.99 por ciento
- 99308, 99309 y 99310 con el modificador 24 - 65.54 por ciento

Los resultados de la investigación generalizada que fue

llevada a cabo como el seguimiento a la educación:

- 99223, 99233 y 99291 con el modificador 24 – 42.39 por ciento
- 99308, 99309 y 99310 con el modificador 24 – 62.01 por ciento
- 92012 y 92014 con el modificador 24 – 33.99 por ciento

Los códigos con los errores más significativos al utilizar el modificador 24;

- 99233 con el modificador 24 – 79.08 por ciento
- 99308 con el modificador 24 – 70.38 por ciento
- 92012 con el modificador 24 – 25 por ciento
- 92014 con el modificador 24 – 27 por ciento

Los servicios fueron denegados porque los registros médicos presentados no cumplieron con los requerimientos de documentación según lo descrito en el IOM 100-4 – Medicare Claims Processing Manual, capítulo 12 – Physician/Non-physician practitioners (médicos/profesionales de la salud); 30.6.1 – Selection of level of evaluation and management service and section 40.2 (selección del nivel del servicio de evaluación y manejo y la sección 40.2) – Billing requirements for Global Surgeries (requerimientos de facturación para las cirugías globales) (Rev. 1875, emitido 12-14-09, efectivo: 01-01-10, implementación: 01-04-10).

Debido a las altas tasas de error, First Coast estará implementando las auditorías de utilización previas al pago para los códigos CPT® 99233, 99308, 92012 y 92014 para revisar los registros médicos para asegurar que la necesidad médica y la documentación adecuada sean evidentes. Las nuevas auditorías serán implementadas a partir del 1

de febrero de 2016.

Referencias para información adicional:

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

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



Facturación

Lista de los códigos de jurisdicción de HCPCS 2016 de DMEPOS

Número de *MLN Matters*®: MM9481
 Número de petición de cambio relacionado: 9481
 Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de diciembre de 2015
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3432CP
 Fecha de implementación: 1 de febrero de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9481 notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para el contratista de la Parte B, o las jurisdicciones A/B del MAC, del contratista administrativo de Medicare del equipo médico duradero (DME MAC), se actualizó para reflejar los códigos que se han añadido o discontinuado (eliminado). La hoja de cálculo es útil para el personal de facturación, al mostrar el contratista de Medicare apropiado para ser facturado por HCPCS que aparece en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de la jurisdicción de 2015 está disponible bajo la categoría "Coding" en <http://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html>

[gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html](http://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9481.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9481, 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 <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3432CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3432, CR 9481

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 todos las ediciones publicadas desde octubre 2014 hasta octubre 2015.

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisones a las LCD existentes

Screening and diagnostic mammography – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L36342 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para mamografía de evaluación y diagnóstico fue revisada para añadir los siguientes códigos nacionales de diagnóstico de ICD-10-CM a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 77055 y 77056 y los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0204 y G0206, en base a la determinación de cobertura nacional (NCD) 220.4:

C43.52, C43.59, C44.501, C44.509, C44.511, C44.519, C44.521, C44.529, C44.591, C44.599, C45.9, C56.1-C56.9, C78.00-C78.02, C78.1, C78.2, C78.7, C79.31-C79.32, C79.40-C79.49, C79.51-C79.52, C79.60-C79.62, C80.0, C80.1, D03.52, D03.59, D04.5, D22.5, D23.5, D48.5, D49.1, D49.2, D49.6, D49.7, M70.80, M70.88, M70.89, M70.90, M70.98, M70.99, M79.5, M79.81-M79.89, M79.9, N64.81, N64.9, N65.0, N65.1, R59.0-R59.9, R92.0, R93.9, S20.00xA, S20.01xA, S20.02xA, S21.001A, S21.002A, S21.009A, S21.011A, S21.012A, S21.019A, S21.021A, S21.022A, S21.029A,

S21.031A, S21.032A, S21.039A, S21.041A, S21.042A, S21.049A, S21.051A, S21.052A, S21.059A, S28.211A, S28.212A, S28.219A, S28.221A, S28.222A, S28.229A, S29.001A, S29.009A, S29.091A, S29.099A, S29.8xxA, S29.9xxA, S39.001A, S39.091A, S39.81xA, S39.91xA, T85.41xA, T85.42xA, T85.43xA, T85.44xA, T85.49xA, T85.79xA, Z03.89, Z08, Z77.123, Z77.128, Z77.9, Z85.831, Z85.89, Z91.89, Z92.89, Z98.82 y Z98.86

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 1 de febrero 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](#).

Vitamin D; 25 hydroxy, includes fraction(s), if performed – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; 25 hydroxy, incluye la fracción(es), si se realiza, fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM M89.9 y M94.9 a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para el código Current Procedural Terminology (CPT®) 82306.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 28 de diciembre**

de 2015, por 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](#).

Computed tomographic angiography of the chest, heart, and coronary arteries – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33282 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la angiografía por tomografía computarizada del pecho, corazón y arterias coronarias fue revisada para cambiar el rango de código de ICD-10-CM R07.1-R07.89 a R07.1-R07.9 en la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para el código Current Procedural Terminology (CPT®) 71275.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir de 01/14/2016**.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 28 de diciembre de 2015**, para 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/>

Ver **COMPUTED** en la próxima página

COMPUTED

De la página anterior

[medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx](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

Noncovered services and gene expression profiling panel for use in the management of breast cancer treatment – revisiones a las LCD

Identificador de LCD: L33777 y L33586 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios no cubiertos (L33777) fue revisada en base a una petición de reconsideración para remover el código *CPT® 0008M [Oncology (breast), mRNA analysis of 58 genes using hybrid capture, on formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) tissue, prognostic algorithm reported as a risk score (oncología [seno], análisis mRNA de 58 genes utilizando captura de híbridos, en tejido fijado en formol e incluido en parafina, algoritmo pronóstico reportado como una escala de riesgo)]* y fue añadido al panel del perfil de expresión génica para utilizar en el manejo del tratamiento de cáncer del seno LCD (L33586) con indicaciones limitadas. Las secciones “Indications and Limitations

Pemetrexed – revisión de la LCD

Identificador de LCD: L33978 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Pemetrexed se revisó con base en una solicitud de reconsideración para incluir las indicaciones 2A de National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para el tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas (NSCLC): (a) para el tratamiento inicial como la quimiorradiación concurrente definitiva en combinación con carboplatino o cisplatino y (b) para la quimiorradiación concurrente preoperatoria en combinación con cisplatino o carboplatino. Las secciones de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” y “Sources of Information and Basis for Decision” fueron

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 el rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM H35.51-H35.54 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT®) 92081, 92082 y 92083*.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 01/14/2016**.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las

“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](#).

of Coverage and/or Medical Necessity,” “CPT®/HCPCS Codes” y “Sources of Information and Basis for Decision” de la LCD L33586 fueron actualizadas.

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 21 de enero de 2016**. 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](#).

actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 8 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](#).

reclamaciones procesadas **a partir del 28 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](#).

Información médica adicional

Cambios de las determinaciones de cobertura local de HCPCS de 2016 – Parte B

First Coast Service Options Inc. revisó las determinaciones de cobertura local (LCD) afectadas por la actualización anual de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2016. En consecuencia, se han añadido, revisado, reemplazado y removido códigos de procedimiento.

Título de LCD	Cambios
<i>Allergy Testing</i>	Se cambió el descriptor para el código <i>Current Procedural Terminology (CPT®) 88346</i>
<i>Colorectal Cancer Screening</i>	Se eliminó el código HCPCS G0464 y se reemplazó con el código <i>CPT® 81528</i>
<i>Controlled Substance Monitoring and Drugs of Abuse Testing</i>	Se cambió el descriptor para el código <i>CPT® 83789</i> Se eliminaron los códigos HCPCS G0431, G0434 y G6030-G6058 Se añadieron los códigos HCPCS G0477-G0483
<i>CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9, and VKORC1 Genetic Testing</i>	Se cambió el descriptor para el código <i>CPT® 81355</i>
<i>Diagnostic Colonoscopy</i>	Se eliminaron los códigos HCPCS G6019, G6020, G6021, G6024 y G6025
<i>Erythropoiesis Stimulating Agents</i>	Se eliminó el código HCPCS J0886
<i>G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™)</i>	Se cambió el descriptor para el código HCPCS J1442 Se eliminó el código HCPCS J1446 y se reemplazó con el código HCPCS J1447
<i>Genetic Testing for Lynch Syndrome</i>	Se cambió el descriptor para el código <i>CPT® 81210</i>
<i>Hemophilia Clotting Factors</i>	Se eliminó el código HCPCS Q9975 y se reemplazó con el código HCPCS J7205 Se removieron los códigos HCPCS no listados C9399/J7199 y se reemplazaron con el código HCPCS J7188
<i>Hepatitis B Surface Antibody and Surface Antigen</i>	Se cambió el descriptor para el código <i>CPT® 87340</i>

Título de LCD	Cambios
<i>Implantable Infusion Pump for the Treatment of Chronic Intractable Pain (pautas de codificación solamente)</i>	Se eliminó el código HCPCS Q9977 y se reemplazó con el código HCPCS J7999
<i>Implantable Miniature Telescope (IMT)</i>	Cambio de descriptor para el código <i>CPT® 0308T</i>
<i>Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF)</i>	Se añadió el código HCPCS G0279 y los códigos <i>CPT® 47531, 47532, 47544, 72081, 72082, 72083, 72084, 73501, 73502, 73503, 73521, 73522, 73523, 73551, 73552, 74712, 74713, 78265, 78266, 92537 y 92538</i> Se eliminaron los códigos <i>CPT® 70373, 72010, 72069, 72090, 73500, 73510, 73520, 73530, 73540, 73550, 74305, 74320, 74327 y 92543</i> El nivel de supervisión médica fue revisado para los códigos <i>CPT® 73562 y 78264</i> . También, en base a la petición de cambio 9250 se añadió un texto relacionado a los servicios que no cumplen con los estándares de National Electrical Manufacturers Association (NEMA). La fecha efectiva de esta revisión es basada en la fecha de servicio.
<i>Intravenous Immune Globulin</i>	Se añadió el código HCPCS J1575
<i>Intravitreal Bevacizumab (Avastin®)</i>	Se eliminó el código HCPCS Q9977 y se reemplazó con el código HCPCS J7999
<i>Laser Trabeculoplasty</i>	Se cambió el descriptor para el código <i>CPT® 65855</i>
<i>Molecular Pathology Procedures</i>	Se cambió el descriptor para los códigos <i>CPT® 81210, 81275 y 81355</i> Se añadieron los códigos <i>CPT® 81162, 81170, 81218, 81219, 81272, 81273, 81276, 81311 y 81314</i>

Ver **CAMBIO**s en la próxima página

CAMBIOS

De la página anterior

Título de LCD	Cambios
<i>Noncovered Procedures – Endoscopic Treatment of Gastroesophageal Reflux disease (GERD)</i>	Se eliminó el código HCPCS C9724 y se reemplazó con el código CPT® 43210
<i>Noncovered Services</i>	Cambio de descriptor para los códigos CPT® 87320, 90632, 90633, 90634, 90644, 90647, 90648, 90649, 90650, 90680, 90681 y 0358T. Eliminado el código CPT® 0099T (reemplazado con el código CPT® 65785), código CPT® 0103T (reemplazado con el código no listado CPT® 84999), código CPT® 0123T (reemplazado con el código no listado CPT® 66999), códigos CPT® 0223T, 0224T y 0225T (reemplazados con el código no listado CPT® 93799), código CPT® 0233T (reemplazado con el código no listado CPT® 88749), códigos CPT® 0243T y 0244T (reemplazados con el código no listado CPT® 94799), código CPT® 0262T (reemplazado con el código CPT® 33477), código CPT® 0311T (reemplazado con el código CPT® 93050), códigos HCPCS G6027 y G6028 (reemplazados con los códigos CPT® 46601 y 46607) y el código no listado CPT® 20999 Magnetic resonance guided focused ultrasound surgery (MRgFUS) (es decir, ExAblate) (reemplazado con el código CPT® 0398T) Eliminados los códigos CPT® 90645, 90646, 90692 y 90693

Título de LCD	Cambios
<i>Peripheral Nerve Blocks</i>	Se eliminó el código CPT® 64412
<i>Plerixafor (Mozobil®)</i>	Se eliminó el código HCPCS J1446 y se reemplazó con el código HCPCS J1447
<i>Radiation Therapy for T1 Basal Cell and Squamous Cell Carcinomas of the Skin</i>	Se cambió el descriptor para el código CPT® 77789 Se eliminaron los códigos CPT® 77785 y 77786 y se reemplazaron con los códigos CPT® 77767 y 77768 Se eliminó el código CPT® 0182T (referenciado en la sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD como un servicio no cubierto) y se reemplazó con el código CPT® 0394T. Adicionalmente, el código CPT® 0394T fue añadido a la sección “CPT®/HCPCS Codes” bajo ‘Group 2 codes’ como un servicio no cubierto. En adición, la declaración que contiene el código CPT® 77787 fue removida, ya que este código fue eliminado.
<i>Screening and Diagnostic Mammography</i>	Cambio de descriptor para el código CPT® 77057
<i>Spinal Cord Stimulation for Chronic Pain</i>	Cambio de descriptor para el código CPT® 95972 Se eliminó el código CPT® 95973
<i>Vestibular Function Tests</i>	Se eliminó el código CPT® 92543 y se reemplazó con los códigos CPT® 92537 y 92538
<i>Viscosupplementation Therapy for Knee</i>	Se añadieron los códigos HCPCS J7328 y Q9980

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

Radiation therapy for T1 basal cell and squamous cell carcinomas of the skin – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33538 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de radiación para carcinomas de células basales y de células escamosas T1 de la piel fue revisada para añadir los códigos diagnóstico de ICD-10-CM C44.41 y C44.42 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los siguientes códigos de HCPCS/CPT®.

Parte A

Códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G6003, G6004, G6005 y G6006 y códigos *Current Procedural Terminology (CPT)®* 77401, 77402, 77767, 77768 y 77789.

Parte B

Códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G6003, G6004, G6005 y G6006 y códigos *Current Procedural Terminology (CPT)®* 77401, 77767, 77768 y 77789.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 21 de enero de 2016**.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 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](#).

Nuevo requisito para los estudios aprobados de CMS del proceso de exención de dispositivo de investigación (IDE)

La petición de cambio (CR) 8921 publicada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) entró en vigor a partir del 1 de enero de 2015. La CR actualizó los procedimientos relacionados con artículos y servicios en Categoría B IDE de las exenciones aprobadas por la FDA. Según la CR, CMS estableció un proceso de aprobación centralizado para estudios aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) a partir de 1 de enero de 2015.

Recientemente, First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha estado al tanto de las reclamaciones denegadas relacionadas con los estudios aprobados por CMS en o después de la fecha de implementación del 1 de enero debido a que el proceso previo implicaba vincular los números de las instalaciones del proveedor a los IDE aprobados. Con el fin de evitar reclamaciones

indebidamente denegadas, para estudios aprobados por CMS, (aprobados por la FDA el 1 de enero de 2015), los siguientes documentos deben ser presentados al contratista a clinicaltrials@fcsso.com antes de que las reclamaciones sean presentadas para procesamiento:

- Carta de presentación que incluya el número G-IDE y el número de prueba clínica (NCT) y el número de proveedor (instalación)
- Una copia de la carta de aprobación de CMS
- Una copia de la carta de aprobación de Institutional Review Board (IRB)
- Una copia del formulario firmado con la información del costo y codificación

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

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

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

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

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

Asistencia técnica del SPOT

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

Direcciones

Reclamaciones

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

Redeterminaciones

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

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request
P.O. Box 45248
Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

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

Preguntas generales

General inquiry request
P.O. Box 2360
Jacksonville, FL 32231-0018
Correo electrónico: FloridaB@fcso.com
Formulario: <http://medicareespanol.fcso.com/comentarios/161732.asp>

Inscripción del proveedor

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

Política médica

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

MSP

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

Sobrepagos

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

Educación y alcance de Medicare

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes Freedom of Information Act

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

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

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

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@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

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