

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Febrero 2016



En esta edición

Determinación de cobertura nacional	3
Prohibido facturar el balance a beneficiarios	4
Cambios adicionales en la base de datos	8
Actualización fuera del ciclo del pricer.....	14
CMS publica las pruebas aprobadas	25

Cobertura de Medicare para la detección del cáncer cervical con las pruebas de HPV

Número de *MLN Matters*®: MM9434
Número de petición de cambio relacionado: 9434
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2016
Fecha de efectividad: 9 de julio de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R189NCD y R3460CP
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016 (análisis y diseño de CWF), 3 de octubre de 2016 (codificación, prueba e implementación de CWF, implementación de MCS y FISS; 3 de enero de 2017 (requerimiento 9434-04.8.2), 7 de marzo de 2016 (ediciones de MAC no compartidas)

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han determinado que la evidencia es suficiente para añadir pruebas de HPV una vez cada cinco años como un beneficio de servicio preventivo adicional bajo el programa de Medicare, para los beneficiarios asintomáticos entre las edades de 30 a 65 años en conjunto con la prueba de Papanicolaou (Pap smear).

CMS cubrirá la detección del cáncer cervical con las pruebas de laboratorio apropiadas aprobadas por la U.S. Food and Drug Administration (FDA), utilizadas en

consistencia con el etiquetado aprobado por la FDA y en cumplimiento con las regulaciones del Clinical Laboratory Improvement Act (CLIA).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9434.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9434, 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/R189NCD.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3460CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 189, CR 9434 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3460, CR 9434

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 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 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

Tabla de contenido

Partes A y B

Cobertura

Determinación de cobertura nacional para los marcapasos cardíacos3

EDI

Actualización del archivo de texto X12 de reconocimiento 277CA de ASC3

Facturación

Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare4

Orientación sobre el año de reporte de PQRS de 20144

Información general

Detección de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)5

Directorio de proveedores de servicios médicos participantes5

Inscripción del proveedor

Actualización al capítulo 156

Implementación de la verificación6

Extensión de la moratoria de inscripción del proveedor para las HHA7

Tarifas fijas

Precio promedio de venta8

Cambios adicionales en la base de datos del manual de tarifas fijas8

Recursos educativos

Calendario de eventos9

MLN Connects® Provider e-News10

Parte A

Asuntos de procesamiento

Reclamaciones de reparación de la válvula mitral11

Facturación

Actualizaciones de facturación requeridas para los centros de salud11

Información general

Actualización del capítulo 13 del 'Medicare Benefit Policy Manual'12

Laboratorio clínico

Edición de revisión para indemnización de viaje12

Servicios de rehabilitación

Aplicación de límites de terapia13

Sistema de pago prospectivo

Actualización fuera del ciclo del pricer de LTCH PPS FY 201614

Publicación fuera del ciclo del pricer del sistema de pagos prospectivos14

Determinaciones locales de cobertura de Parte A16

Revisiones a las LCD existentes

Flow Cytometry17

Bisphosphonates (intravenous [IV])17

Carboplatin17

Screening and diagnostic18

Computed tomographic angiography18

Diagnostic and Therapeutic18

Múltiples determinaciones de cobertura19

Scanning computerized ophthalmic19

Transthoracic echocardiography (TTE)19

Psychiatric partial hospitalization20

Información médica adicional

Modificado el borrador de la lista20

Computed tomography20

Contactos de Parte A21

Parte B

Asuntos de procesamiento

CMS resuelve el problema del procesamiento de reclamaciones22

Información general

Cuando no presentar cantidades pagadas del paciente en reclamaciones22

Médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos y especialistas23

Inscripción del proveedor

Nuevo código de especialidad del profesional de la salud para el dentista24

Laboratorio clínico

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA24

CMS publica las pruebas aprobadas por la FDA recientemente25

Determinaciones locales de cobertura de Parte B26

Revisiones a las LCD existentes

Flow Cytometry27

Bisphosphonates27

Carboplatin27

Screening and diagnostic28

Computed tomographic angiography28

Diagnostic and Therapeutic28

Múltiples determinaciones de cobertura29

Scanning computerized ophthalmic29

Transthoracic echocardiography (TTE)29

Destruction of Malignant Skin Lesions30

Excision of Malignant Skin Lesions30

Información médica adicional

Modificado el borrador de la lista31

Computed tomography31

Contactos de Parte B de Puerto Rico32

Contactos de Parte B de Florida33

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos34

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Kathleen Storey
Sofía Lennie
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT® codes, descriptors, and other data only are copyright© 2014 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT®. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-10 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 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.

Cobertura

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM9078 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9078
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de diciembre de 2015
Fecha de efectividad: 13 de agosto de 2013
Número de transmisión de CR relacionado: R3421CP y R187NCD
Fecha de implementación: 6 de julio de 2015

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) proporcionando pautas para el tratamiento de bradicardia sintomática no reversible utilizando implantes de marcapasos cardíacos permanentes. Este artículo fue revisado el 27 de enero para indicar que la NCD para los marcapasos cardíacos (NCD 20.8.3) fue efectiva el 13 de agosto de 2013 y permanece en efecto. Con el fin de abordar los problemas de procesamiento de reclamación, la NCD será implementada a nivel local hasta que CMS publique las instrucciones formales del procesamiento de reclamaciones.

Resumen

Nota: Este artículo fue revisado el 27 de enero de 2016, para indicar que la determinación de cobertura nacional (NCD) para los marcapasos cardíacos, "Single Chamber and Dual Chamber Permanent Cardiac Pacemakers" (NCD 20.8.3) fue efectiva el 13 de agosto de 2013 y permanece en efecto. Con el fin de abordar los problemas de procesamiento de reclamación, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han instruido a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) para implementar esta NCD a nivel local hasta que CMS pueda

revisar las instrucciones formales del procesamiento de reclamaciones. Todos los aspectos de la política de NCD en el *NCD Manual*, sección 20.8.3, permanecen en efecto. Además, CMS está removiendo temporalmente el *Medicare Claims Processing Manual* correspondiente, capítulo 32, sección 320 y todos los requerimientos de negocios con la excepción de dos, para evitar confusión y clarificar que los MAC utilizarán su autoridad discrecional para procesar estas reclamaciones.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9078, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3421CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R187NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3421, CR 9078 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 187, CR 9078

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

EDI

Actualización del archivo de texto X12 de reconocimiento 277CA de ASC

Número de *MLN Matters*[®]: MM9454
Número de petición de cambio relacionado: 9454
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1609OTN
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

La petición de cambio 9454 actualiza el archivo de texto X12 de reconocimiento de reclamaciones del cuidado de la salud (277CA) del Accredited Standards Committee (ASC) para permitir cantidades monetarias más grandes, para cubrir las necesidades de Medicare. Los campos de cantidad 277CA actualmente son del mismo tamaño que el tamaño utilizado para los archivos de entrada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9454.pdf>.

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9454.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9454, 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/R1609OTN.html>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1609, CR 9454

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

Facturación

Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1128 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Este artículo fue revisado el 4 de febrero para incluir información actualizada para el 2016 y una nota aclaratoria sobre el criterio de elegibilidad en la tabla en la página 4. Este artículo fue previamente revisado el 28 de agosto para aclarar la sección del Social Security Act que prohíbe a los proveedores de Medicare facturar el balance a beneficiarios calificados de Medicare (QMB) por el costo compartido de Medicare (página 2).



“balance billing.” La sección 1902(n)(3)(B) del Social Security Act, según lo modificado por la sección 4714 del Balanced Budget Act de 1997, prohíbe a los proveedores de Medicare facturar el balance a los QMB por el costo compartido de Medicare. Los QMB no tienen obligación legal para hacer pago adicional a un proveedor o al plan de salud administrado por Medicare por el costo compartido de Parte A o Parte B. Los proveedores que facturen inapropiadamente a los QMB por el costo compartido de Medicare están sujetos a sanciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1128.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1128

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

Resumen

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Esto incluye deducible, coaseguro y copagos, conocidos como

Orientación sobre el año de reporte de PQRS de 2014 y el ajuste de pago de 2016 para RHC, FQHC y CAH



Número de *MLN Matters*®: SE1606
 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 informativo proporciona respuestas a algunas preguntas frecuentes planteadas por el personal

de las clínicas de salud rural (RHC), centros de salud federalmente calificados (FQHC) y hospitales de cuidado crítico (CAH) en relación al sistema de reporte de calidad médica (PQRS).

Este artículo también ayudará a determinar la elegibilidad para participación en PQRS para los servicios prestados en los distintos centros para el año de reporte de 2014 y el ajuste de pago 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/SE1606.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1606

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

Información general

Detección de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)

Número de *MLN Matters*®: MM9403
Número de petición de cambio relacionado: 9403
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2016
Fecha de efectividad: 13 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R190NCD y R3461CP
Fecha de implementación: 7 de marzo de 2016 (ediciones de MAC A/B no compartidas); 5 de julio de 2016 (análisis y diseño de CWF); 3 de octubre de 2016 (codificación, prueba e implementación de CWF, MCS, implementación de FISS; 3 de enero de 2017 - requerimiento 9403.04.9.
Julio 5 de 2016 – para CWF y enero 1 de 2017, para la implementación completa.



Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han determinado que la evidencia es adecuada para concluir que la detección de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) para todos los individuos entre las edades de 15-65 años es razonable y necesaria para la detección temprana de HIV, y es apropiada para los individuos que tienen derechos a beneficios bajo la Parte A o están inscritos en la Parte B.

A partir del 7 de marzo de 2016, los contratistas administrativos de Medicare reconocerán el nuevo código G0475 (HIV antígeno/anticuerpo, combinación de prueba, evaluación) como un nuevo servicio cubierto para detección de HIV para las fechas de servicio a partir del 13 de abril 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/MM9403.pdf](https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R190NCD.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9403, 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/R190NCD.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3461CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 190, CR 9403 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3461, CR 9403

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.

Directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B de 2016

El directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B (MEDPARD) contiene nombres, direcciones, números de teléfono y especialidades de los médicos y proveedores que han aceptado participar en la aceptación de la asignación de todas las reclamaciones de Medicare de Parte B por artículos y servicios cubiertos.

La lista de MEDPARD estará disponible en el sitio Web del proveedor de First Coast en <http://medicareespanol.fcso.com/MEDPARD/>.

Fuente: Pub 100-04, Transmittal 3397, CR 9368

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

Inscripción del proveedor

Actualización al capítulo 15 del 'Program Integrity Manual'



Número de *MLN Matters*[®]: MM9390
 Número de petición de cambio relacionado: 9390
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2016
 Fecha de efectividad: 4 de marzo de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R636PI
 Fecha de implementación: 4 de marzo de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9390, de la cual se desarrolló este artículo, realiza varias revisiones menores al capítulo 15 del *Medicare Program Integrity Manual*. Estos cambios incluyen, pero no se limitan a:

- Aclarar el proceso para la verificación de los números

Implementación de la verificación de antecedentes con base en huellas dactilares

Número de *MLN Matters*[®]: SE1417 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Este artículo de edición especial, que fue revisado el 27 de enero para incluir a los proveedores y suministradores que han sido elevados a la categoría de alto riesgo, está siendo proporcionado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para anunciar la implementación de la verificación de antecedentes con base en huellas dactilares como parte de las disposiciones de selección mejorada de inscripción que figuran en la sección 6401 del Affordable Care Act.

Resumen

Este artículo de edición especial está siendo proporcionado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para anunciar la implementación de la verificación de antecedentes con base en huellas dactilares como parte de las disposiciones de selección mejorada de inscripción que figuran en la sección 6401 del Affordable Care Act.

de teléfono de correspondencia;

- Aclarar el proceso para validar las credenciales de los técnicos de los centros de independientes de pruebas diagnósticas (IDTF); e
- Identificar el plazo en el cual las cartas de aprobación deben ser enviadas y a quién deben ser enviadas

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9390.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9390, 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/R636PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 636, CR 9390

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.

La verificación de antecedentes con base en huellas dactilares en general, se ha completado en los individuos con un cinco por ciento o mayor interés de propiedad en un proveedor o suplidor que cae bajo la categoría de alto riesgo. La categoría de nivel de alto riesgo se aplica a los proveedores y suministradores que acaban recientemente de inscribirse como proveedores de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) o agencias de salud en el hogar (HHA). **Nota:** Esto también aplica a los proveedores y suplidores que han sido elevados a la categoría de alto riesgo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1417.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1417

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.

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

Número de *MLN Matters*®: SE1425 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Durante la moratoria temporal de seis meses, las solicitudes iniciales de inscripción del proveedor y las solicitudes de cambio de información para añadir localidades de práctica adicional, recibidas de las agencias de salud en el hogar (HHA), las subunidades de las HHA y los suplidores de ambulancia de Parte B en los condados listados serán denegadas. Este artículo fue revisado el 2 de febrero de 2016, para reflejar una extensión de la moratoria por unos seis meses adicionales desde el 29 de enero de 2016.



Pennsylvania y New Jersey para prevenir y combatir el fraude, desperdicio y abuso.

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es [http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1425.pdf)

[Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1425.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1425.pdf).

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1425

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le 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.

Resumen

El 29 de enero, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron que la moratoria temporal de la inscripción de las nuevas agencias de salud en el hogar (HHA), subunidades de HHA y los suplidores de ambulancia terrestre de Parte B, está siendo extendida por unos seis meses adicionales en ciertas localidades geográficas en Florida, Illinois, Michigan, Texas,

Requerimientos de firma de Medicare

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



Tarifas Fijas

Precio promedio de venta de medicamentos de la Parte B de Medicare de abril de 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9536
 Número de petición de cambio relacionado: 9536
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3450CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la información sobre los archivos y revisiones de precios trimestrales del precio promedio de venta de abril de 2016 de los medicamentos de la Parte B de Medicare.

Medicare utilizará el precio promedio de venta trimestral (ASP) de abril del 2016 de los archivos de precio de medicamentos de Medicare de Parte B para determinar el límite de pago de reclamaciones por medicamentos de la Parte B de Medicare pagables por separado, procesadas o reprocesadas en o después del 4 de abril de 2016, con fechas de servicio desde el 1 de abril de 2016, hasta el 30 de junio de 2016. CMS suministra a los contratistas administrativos de Medicare con el ASP y los archivos de

precios de medicamentos no clasificados (NOC) para los medicamentos de la Parte B de Medicare sobre una base trimestral.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9536.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9536, 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/R3450CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3450, CR 9536

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.

Cambios adicionales en la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFSDB) de 2016

Los archivos revisados MPFSDB de 2016 fueron puestos a disposición de los contratistas administrativos de Medicare (MAC) el 6 de enero de 2016. Desde entonces, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han identificado cambios adicionales a los siguientes códigos del *Current Procedural Terminology (CPT)*®:

41530: las RVU (unidades de valor relativo) de PE para instalación no hospitalaria (gasto de práctica) se cambiaron a 24.63

76948 y 76948-26: la RVU de trabajo se cambió a 0.67

Estos cambios resultaron en asignaciones revisadas para estos códigos. Las tarifas revisadas, con efectividad retroactiva al 1 de enero, se pueden encontrar usando



nuestra [herramienta de búsqueda de tarifas fijas](#).

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

Marzo de 2016

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A y B

Cuando: 17 de marzo de 2016

Hora: 1:00-2:30 PM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0322890.asp>

Teleconferencia de pregúntele al contratista (ACT): Codificación con el modificador 24 de evaluación y manejo (E/M) (B)

Cuando: 30 de marzo de 2016

Hora: 11:30 AM-12:30 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/0323397.asp>

Abril de 2016

Medicare Te Informa

Cuando: 21-22 de abril de 2016

Hora: 8:00 AM-3:30 PM ET

Tipo: Cara a cara

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

http://medicareespanol.fcso.com/medicare_te_informa/0323307.pdf

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, 28 de enero de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 4 de febrero de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 11 de febrero de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 18 de febrero 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

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 fue implementado el 25 de enero de 2016.

Estatus/fecha de resolución

Cerrado; todas las reclamaciones que estaban siendo

retenidas temporeramente han sido liberadas.

Acción del proveedor

Ninguna.

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.

Facturación

Actualizaciones de facturación requeridas para los centros de salud rurales

Número de *MLN Matters*[®]: MM9269 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 9269
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de enero de 2016

Fecha de efectividad: 4 de abril de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1596OTN
Fecha de implementación: 1 de abril de 2016

La petición de cambio 9269 anuncia que a partir del 1 de abril de 2016 se requiere que los centros de salud rurales reporten el código apropiado de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para cada línea de servicio, junto con un código de ingreso en sus reclamaciones de Medicare. Este artículo fue revisado el 10 de febrero para añadir los ejemplos 5 y 6 en la página 5 y corregir el lenguaje en relación con la cantidad de coaseguro bajo "Coinsurance" en la página 6.



de salud rurales (RHC) reporten el código apropiado HCPCS para cada línea de servicio, junto con un código de ingreso en sus reclamaciones de Medicare. A los RHC les ha sido requerido reportar los códigos HCPCS cuando se suministran ciertos servicios preventivos desde el 1 de enero de 2011.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9269.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9269, 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/R1596OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1596, CR 9269

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

Resumen

A los centros de salud rurales (RHCs) no se les había requerido presentar el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) ya que el proceso de pago no lo requería.

A partir del 1 de abril de 2016, se requiere que los centros

Información general

Actualización del capítulo 13 del 'Medicare Benefit Policy Manual'

Número de *MLN Matters*[®]: MM9442 *Revisado*
 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

Este artículo fue revisado el 18 de enero debido a una petición de cambio (CR) actualizada. La CR eliminó las secciones 180.5 y 210.2.1 del capítulo ya que la información ha sido reorganizada para las secciones 190.5 y 220.3 respectivamente. La fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la transmisión también fueron cambiados.

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

Laboratorio clínico

Edición de revisión para indemnización de viaje para incluir el nuevo código de colección de muestra G0471

Número de *MLN Matters*[®]: MM9471
 Número de petición de cambio relacionado: 9471
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2014
 Número de transmisión de CR relacionado: R1619OTN
 Fecha de implementación: Para reclamaciones procesadas a partir del 5 de julio de 2016

Resumen

Medicare cubre una tarifa de colección de muestra e indemnización de viaje para los laboratorios que recogen muestras de hogares de ancianos o pacientes confinados en casa. El código de denegación 34236 requiere que un código de procedimiento de tarifa de colección sea presentado en todas las reclamaciones de pacientes externos cuando los códigos de procedimiento de indemnización de viaje P9603 o P9604 también están presentes.

La petición de cambio (CR) 9471 actualiza el código de denegación 32436 para incluir el código de procedimiento G0471 en la lista de los códigos de tarifa de colección de

muestra que permitirán que la indemnización de viaje sea pagada en las reclamaciones de pacientes externos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9471.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9471, 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/R1619OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1619, CR 9471

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

Servicios de rehabilitación

Aplicación de límites de terapia a los hospitales de Maryland y requerimiento de facturación para las agencias de rehabilitación y los CORF



- Modifica los requerimientos para asegurar que los límites de terapia son aplicados correctamente a las reclamaciones de ciertos hospitales de Maryland. Esto no constituye un cambio en la política para los hospitales de Maryland
- Añade instrucciones al *Medicare Claims Processing Manual* para clarificar los requerimientos de facturación para las agencias de rehabilitación y los centros de rehabilitación ambulatoria comprensiva (CORF) cuando se opera varios sitios en distintas localidades de pago

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9489.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9489, 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/R3454CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3454, CR 9489

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM9489

Número de petición de cambio relacionado: 9489

Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2016

Fecha de efectividad: Las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016, para los hospitales de Maryland; fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2016, para las agencias de rehabilitación y CORF

Número de transmisión de CR relacionado: R3454CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9489 no contiene una política nueva. Esta corrige la implementación de la política establecida en la CR 9223

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



Sistema de pagos prospectivos

Actualización fuera del ciclo del pricer de LTCH PPS FY 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9527
 Número de petición de cambio relacionado: 9527
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3445CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

para los hospitales de Puerto Rico consistente con el nuevo requerimiento de pago de IPPS

La tarifa de pago actualizada de LTCH PPS y los cambios de factores son aplicables a las altas que ocurren a partir del 1 de enero de 2016. Su MAC volverá a reprocesar todas las reclamaciones de pacientes internos de LTCH con una fecha de alta a partir del 1 de enero de 2016, a través de la implementación del pricer revisado para la CR 9527 antes del 31 de mayo de 2016.

Resumen

La petición de cambio (CR) 9527:

- Actualiza ciertas tarifas y factores utilizados en el pricer del hospital de cuidado prolongado del año fiscal 2016 (LTCH PPS FY 2016) utilizado en los cálculos de la cantidad comparable de IPPS bajo la sección 412.529(d) (4), la cual es utilizada para determinar las cantidades de pago de tarifa federal estándar ajustada de la estadía corta extraordinaria (short-stay outlier, SSO) y las cantidades de tarifa de pago neutral del sitio;
- Actualiza la cantidad de pérdida fija extraordinaria de alto costo de LTCH PPS FY 2016 para la tarifa neutral del sitio de altas médicas a \$22,538, la cual es la misma que el costo límite de pérdida fija extraordinaria actualizado de IPPS para el FY 2016; y
- Modifica el cálculo de la cantidad comparable de IPPS



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MLN9527.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9527, 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/R3445CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3445, CR 9527

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 tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna 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.

Publicación fuera del ciclo del pricer del sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados de 2016



Número de *MLN Matters*®: MM9523
 Número de petición de cambio relacionado: 9523
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de febrero de 2016

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3449CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementan cambios en el pricer del sistema de pagos prospectivos para pacientes hospitalizados (IPPS) en el año fiscal (FY) 2016 para cumplir con Consolidated Appropriations Act de 2016, que fue firmada como ley el 18 de diciembre del 2015.

Como parte de dicha Acta, Sección 601 (modificación de la tarifa de pago de hospital de pacientes hospitalizados de los hospitales de Puerto Rico) modifica el cálculo de pago con respecto a los costos de operación de los servicios de hospital para pacientes hospitalizados de la subsección (d) altas de hospital de Puerto Rico a partir del

Ver **PUBLICACIÓN**, en la próxima página

PUBLICACIÓN

De la página anterior

1 de enero de 2016. Nota: Los MAC volverán a procesar todas las reclamaciones de IPPS con una fecha de alta a partir del 1 de enero de 2016, hasta la implementación del pricer revisado el 31 de mayo 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/MM9523.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9523, 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/R3449CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3449, CR 9523

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

Suscripción a Medicare Parte A

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

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, 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

Flow Cytometry – revisión a la LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L33661 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para citometría de flujo fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

El código de ICD-10-CM C20 fue añadido para el código de procedimiento 88182 y los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM A18.01, C78.2, D46.4, D46.9 y M08.1 y los rangos de diagnósticos de ICD-10-CM C56.1-C56.9, K51.00-K51.019, T86.00-T86.819, T86.830-T86.839 y T86.850-T86.99 fueron añadidos para los códigos de procedimiento 88184, 88185, 88187, 88188 y 88189.

Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33270 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para biofosfanatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM M80.00XA – M80.88XS a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) en o después del 11 de febrero de 2016.

Fecha de vigencia

Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33275 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para carboplatin (paraplatin, paraplatin-AQ) fue revisada para añadir el código de diagnóstico de ICD-10-CM C45 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) en o después del 11 de febrero de 2016.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir el 4 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](#).

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas en o después del 8 de febrero de 2016, para los servicios prestados en o después del 1 de octubre de 2015. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

procesadas en o después del 8 de febrero de 2016, para los servicios prestados en o después del 1 de octubre de 2015. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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 diagnóstico y evaluación fue revisada para añadir los siguientes códigos de diagnóstico nacional de ICD-10-CM adicionales a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para el código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0279:

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

Esta revisión de 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](#).

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 angiografía por tomografía computarizada del tórax, corazón y arterias coronarias fue revisada para incluir R07.9 en la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT®)* 75571, 75572, 75573 y 75574.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 8 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](#).

Diagnostic and Therapeutic Esophagogastroduodenoscopy – revisión a la LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L33583 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para esofagogastroduodenoscopia diagnóstica y terapéutica fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM F45.8, F98.21, K44.9 y Z87.11 y los rangos de diagnóstico de ICD-10-CM T56.4X1A-T56.4X1S y T65.5X1A-T65.5X1S a la sección de la LCD "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity".

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 3 de febrero de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) de Parte A/B son revisadas

Identificador de LCD: L33693, L33695, L33696, L33667 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) están siendo revisadas. La revisión de las LCD identificó un código *Current Procedural Terminology*® (CPT®) inválido (93381) en el cuerpo de las LCD. Por lo tanto, las LCD están siendo revisadas para reemplazar el código CPT® 93381 con 93382 en las secciones "Limitations" y "Documentation Requirements" de las LCD.

- Evaluación no evasiva de las venas de las extremidades
- Estudios arteriales extracraneales no invasivos
- Estudios psicológicos no evasivos de las arterias de las extremidades superiores o inferiores

- Digitalización dúplex de las arterias de extremidades inferiores

Fecha de vigencia

Las revisiones de estas LCD son efectivas para las reclamaciones procesadas **a partir del 12 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](#).

Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33751 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el escaneo de imágenes de diagnóstico oftálmico computarizado (SCODI) fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H40.032 y H40.033 a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para el código *Current Procedural Terminology* (CPT®) 92132. En adición, la LCD fue revisada para añadir texto a la sección "Indications of Coverage for Posterior Segment SCODI" de la LCD para clarificar la cobertura de enfermedad de la retina.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada a la adición de los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H40.032 y H40.033

es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 18 de febrero de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. La revisión de la LCD relacionada a la adición del texto para clarificar la cobertura de la enfermedad de la retina es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 18 de febrero 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](#).

Transthoracic echocardiography (TTE) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33768 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ecocardiografía transtorácica (TTE) fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM Z08 a la sección de la LCD "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity".

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **en o a partir del 11 de febrero de 2016**.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 27 de enero de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Psychiatric partial hospitalization program – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33972 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el programa de hospitalización psiquiátrica parcial fue revisada para añadir los siguientes códigos de diagnóstico de ICD-10-CM a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD:

F01.50, F03.90, F03.91, F06.2, F10.230-F10.99, F11.121, F11.122, F11.150-F11.19, F11.920-F11.99, F12.120-F12.19, F12.920-F12.99, F13.121-F13.19, F13.920-F13.99, F14.121-F14.19, F14.920-F14.99, F15.121-F15.19, F15.920-F15.99, F16.121-F16.19, F16.920-F16.99, F17.203-F17.209, F17.213-F17.219, F17.223-F17.229, F17.293-F17.299, F18.121-F18.19, F18.920-F18.99, F19.121-F19.19, F19.920-F19.99, F20.0-F20.9, F22-F32.8, F33.0-F33.9, F34.8-F39, F53, F84.0, F84.3-F84.9, G44.209, H93.25, R37, R45.1, R45.2, R45.5 – R45.82, R48.0 y Z87.890.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **a partir del 18 de febrero de 2016**.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 4 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](#).

Información médica adicional

Modificado el borrador de la lista de notificación de la reunión abierta al público – eliminado un borrador

El borrador de la determinación de cobertura local (LCD), NSCLC, Comprehensive Genomic Profile Testing, no será publicado para comentarios en este momento. El borrador puede ser presentado en un ciclo posterior de política. Los borradores de LCD que estarán disponibles por un periodo de comentario de 45 días, a partir del 12 de febrero de 2016, se listan a continuación.

1. Chiropractic services (nueva LCD)
2. Left atrial appendage closure or occlusion (nueva LCD)
3. Noncovered services (revisada LCD)

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

Computed tomography – múltiples pautas de codificación (nueva y existente)

Identificador de LCD: L33284, L33285, L33721, L33282, L33283 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 9250, tres pautas de codificación fueron desarrolladas en relación a los servicios que no cumplen con el estándar de National Electrical Manufacturers Association (NEMA). En adición, dos pautas de codificación fueron revisadas para añadir lenguaje relacionado a servicios que no cumplen con el estándar de NEMA. Las nuevas pautas de codificación fueron desarrolladas para las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD): tomografía computarizada del abdomen y pelvis (L33284), tomografía computarizada del tórax (L33285) y tomografía computarizada de la cabeza o cerebro (L33721). Dos pautas de codificación existentes fueron revisadas para las siguientes LCD: angiografía

por tomografía computarizada del pecho, corazón y arterias coronarias (L33282) y colonografía por tomografía computarizada (L33283).

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 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](#).

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

FCSOSPOTHelp@fcso.com
855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

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

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

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

Auditorías de hospital

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

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

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

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

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

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

Centros de 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)

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.

Información general

Cuando no presentar cantidades pagadas del paciente en reclamaciones

First Coast Service Options fue contactado recientemente por nuestra oficina de campo regional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) con respecto a las quejas del beneficiario sobre ser cobrado por adelantado en la oficina por los servicios prestados y el dinero fue colectado antes de que una reclamación fuera presentada a Medicare.

A pesar de que no es una violación para los proveedores participantes aceptar el pago antes de prestar los servicios, hay unas pautas específicas a seguir, especialmente cuando estos pagos son reportados. Además, algunos proveedores que aceptan asignaciones tienen la preocupación sobre los cheques parciales emitidos por Medicare a los beneficiarios. Dichos cheques son generalmente emitidos debido a la cantidad pagada del paciente en el ítem 29 del formulario de reclamación CMS-1500 (02/12).

Aquí hay algunas notas concernientes a esta situación:

- Cuando la asignación es aceptada, Medicare Parte B recomienda:
 - Ya que es difícil predecir cuándo las cantidades de deducible/coaseguro serán aplicables (y el cobro en exceso es considerado abuso del programa), se recomienda que los proveedores **no cobren estas cantidades** hasta que el pago de Medicare Parte B sea recibido

- Si usted cree que puede predecir con precisión la cantidad de coaseguro y desea cobrarla antes de que el pago de Medicare Parte B sea recibida, apunte la cantidad cobrada para el coaseguro en su formulario de reclamación. Se recomienda que los proveedores no cobren el deducible antes de recibir el pago de Medicare Parte B porque, según se menciona arriba, el cobro en exceso es considerado abuso del programa. Además, esta práctica puede causar que una porción del cheque del proveedor sea emitido a los beneficiarios en las reclamaciones asignadas
- No muestre ninguna de las cantidades cobradas de los pacientes si el servicio nunca está cubierto por Medicare Parte B o si usted cree, en un caso particular, que el servicio será un pago denegado. Donde se muestra las cantidades cobradas del paciente para los servicios que son pagos denegados, una porción del cheque del proveedor puede ser enviada beneficiario
- No hay necesidad de mostrar la cantidad de pago del paciente en el ítem 29 del formulario CMS-1500 (o el equivalente electrónico) cuando la asignación *no* es aceptada

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

Médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos y especialistas en enfermería clínica – ¿está usted ordenando los dispositivos PAP para su paciente?

Medicare puede hacer el pago para los equipos de presión positiva de la vía aérea (PAP) y suministros cuando el registro médico del paciente muestra que el paciente tiene apnea del sueño obstructiva (OSA) y cumple con la documentación médica, resultados de las pruebas y condiciones de salud, según lo especificado en el [manual electrónico de CMS \(IOM\) publicación 100-03, sección 240.4](#) (en inglés).

La documentación de registros médicos determina si su paciente puede recibir el equipo de PAP y los suministros que usted ha prescrito y la cantidad de desembolso del paciente.

La documentación de registros médicos debe mostrar una interacción en persona o cara a cara con su paciente dentro de los seis meses anteriores a recetar el artículo, especialmente para documentar que el paciente fue evaluado y/o tratado para una condición que apoya la necesidad para el artículo(s) de equipo médico duradero (DME) ordenado. Para la evaluación inicial, el reporte comúnmente documentaría información pertinente tal como – señales y síntomas de trastorno de respiración durante el sueño que incluye ronquidos, somnolencia diurna, apnea observada, asfixia o jadeo durante el sueño, dolores de cabeza matutinos; la duración de tales síntomas y un inventario validado de higiene del sueño, pero puede incluir otros detalles también. También un examen físico pertinente que evalúe – por ejemplo, el índice de masa corporal, circunferencia del cuello, examen de las vías respiratorias superiores y un examen cardiopulmonar. No es necesario que todos los anteriores estén presentes; sin embargo, es importante que haya información detallada que identifique los síntomas comúnmente asociados con OSA. Múltiples tratamientos de profesionales de la salud pueden estar envueltos en el cuidado del paciente. El profesional de la salud que lleva a cabo la visita cara a cara puede ser diferente al profesional de la salud que ordena; sin embargo, el profesional de la salud puede tener acceso a evaluar el registro médico.

Su paciente debe tener una polisomnografía en el centro o un estudio del sueño en el hogar tipo II, III o IV luego de su evaluación en persona, que demuestre un índice de apnea e hipopnea (AHI) o índice de trastorno respiratorio

(RDI) mayor o igual a 15 eventos por hora con un mínimo de 30 eventos por hora o un AHI o RDI mayor que o igual a cinco y menor o igual a 14 eventos por hora con un mínimo de 10 eventos y documentación de somnolencia diurna excesiva, deterioro cognitivo, trastornos del estado de ánimo, insomnio o hipertensión, enfermedad isquémica del corazón o antecedentes de accidente cerebrovascular. Este estudio del sueño debe tomar lugar el mismo día o después de la interacción cara a cara o en persona que documente las señales o síntomas de OSA.

La receta debe incluir una descripción detallada del artículo(s) que está siendo ordenado. La orden también debe incluir la fecha de la orden, el nombre del paciente, su nombre, el identificador nacional del proveedor (NPI), firma y fecha de la firma. Usted debe suministrar esta orden firmada y la documentación del registro médico de su evaluación cara a cara al suplidor antes de que puedan entregarle un dispositivo de PAP a su paciente. Por favor tenga en cuenta que mientras los accesorios de PAP pueden ser provistos de una orden de distribución, esto debe ser seguido por una orden que contenga una descripción detallada para cada ítem provisto a su paciente.

Su documentación de registro médico también debe mostrar una reevaluación cara a cara con su paciente entre el día 31 y 91 después de iniciar terapia con una nota de que los síntomas de OSA del paciente

están mejorando. Su documentación de registro médico debe también demostrar la adherencia del paciente a la terapia y que usted ha revisado esta adhesión. La adhesión a la terapia se define como la utilización del PAP por un tiempo mayor que o igual a cuatro horas por noche en el 70 por ciento de las noches durante un periodo consecutivo de 30 días durante los primeros tres meses del uso inicial.

El seguir estas directrices ayudará a sus pacientes y al programa de Medicare al verificar que hay documentación médica para respaldar el suministro de un dispositivo de PAP y permitir que su paciente reciba la terapia necesaria para tratar su condición. Su asistencia permitirá que Medicare pague las reclamaciones apropiadamente y asegure que su paciente reciba el dispositivo y los accesorios que usted ha recetado.

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



Inscripción del proveedor

Nuevo código de especialidad del profesional de la salud para el dentista



Número de *MLN Matters*®: MM9355
 Número de petición de cambio relacionado: 9355
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de enero de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3447CP y R262FM
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

Los médicos autodesignan su especialidad médica de Medicare en la solicitud de inscripción de Medicare cuando se inscriben en el programa de Medicare. A los profesionales de la salud se les asigna un código especial de Medicare cuando se inscriben.

El código de la especialidad se asocia con las reclamaciones presentadas por el médico o profesional

de la salud y describe los tipos específicos/únicos de medicina que ellos (y algunos otros proveedores) practican. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) utilizan códigos de especialidad para fines de procesamiento de reclamación y programáticos.

La petición de cambio 9355 anuncia que CMS ha creado un nuevo código de especialidad del profesional de la salud (C5) para el dentista.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9355.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9355, 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/R3447CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R262FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3447, CR 9355 y CMS Pub. 100-06, Transmittal 262, CR 9355

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

Laboratorio clínico

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA

Número de *MLN Matters*®: MM9502
 Número de petición de cambio relacionado: 9502
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de enero de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3439CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

Las regulaciones de Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) requieren que un centro esté apropiadamente certificado para cada prueba realizada. Para asegurar que Medicare sólo paga por las pruebas de laboratorio realizadas en centros certificados, las reclamaciones que son consideradas una prueba de laboratorio de CLIA están actualmente siendo editadas a nivel de certificado de CLIA.

Los códigos HCPCS que son considerados una prueba



de laboratorio bajo el CLIA cambian cada año. Los contratistas necesitan estar informados sobre los nuevos códigos HCPCS que están sujetos a las ediciones de CLIA y excluidos de las ediciones de CLIA.

Información adicional

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

Ver **CÓDIGOS** en la próxima página

CÓDIGOS

De la página anterior

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9502.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9502.pdf).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9502, 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/R3439CP.pdf>.

CMS publica las pruebas aprobadas por la FDA recientemente

Número de *MLN Matters*®: MM9515
Número de petición de cambio relacionado: 9515
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de enero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3440CP
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9515 informa a los contratistas sobre nuevas pruebas con dispensa de Clinical Laboratory Improvement Amendments de 1988 (CLIA) aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA).

Las pruebas aprobadas recientemente están listadas en el artículo proporcionado en el enlace de abajo. Los códigos *Current Procedural Terminology (CPT)*® para estas nuevas pruebas deben ser presentados con el modificador 'QW' para ser reconocidos como una prueba con dispensa.

Nota: El código G0477QW describe el código G0434QW

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3439, CR 9502

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.

previamente asignado a las pruebas con dispensa.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9515.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9515, 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/R3440CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3440, CR 9515

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

Suscripción a Medicare Parte B

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

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp, 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

Flow Cytometry – revisión a la LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L33661 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para citometría de flujo fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

El código de ICD-10-CM C20 fue añadido para el código de procedimiento 88182 y los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM A18.01, C78.2, D46.4, D46.9 y M08.1 y los rangos de diagnósticos de ICD-10-CM C56.1-C56.9, K51.00-K51.019, T86.00-T86.819, T86.830-T86.839 y T86.850-T86.99 fueron añadidos para los códigos de procedimiento 88184, 88185, 88187, 88188 y 88189.

Bisphosphonates (intravenous [IV]) and monoclonal antibodies in the treatment of osteoporosis and their other indications – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33270 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para biofosfanatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales para el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM M80.00XA – M80.88XS a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **en o después del 11 de febrero de 2016**.

Fecha de vigencia

Carboplatin (Paraplatin[®], Paraplatin-AQ[®]) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33275 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para carboplatin (paraplatin, paraplatin-AQ) fue revisada para añadir el código de diagnóstico de ICD-10-CM C45 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **en o después del 11 de febrero de 2016**.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir el 4 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](#).

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 8 de febrero de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

procesadas **en o después del 8 de febrero de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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 diagnóstico y evaluación fue revisada para añadir los siguientes códigos de diagnóstico nacional de ICD-10-CM adicionales a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para el código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0279:

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

Esta revisión de 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](#).

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 angiografía por tomografía computarizada del tórax, corazón y arterias coronarias fue revisada para incluir R07.9 en la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para los códigos *Current Procedural Terminology (CPT®)* 75571, 75572, 75573 y 75574.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 8 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](#).

Diagnostic and Therapeutic Esophagogastroduodenoscopy – revisión a la LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L33583 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para esofagogastroduodenoscopia diagnóstica y terapéutica fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM F45.8, F98.21, K44.9 y Z87.11 y los rangos de diagnóstico de ICD-10-CM T56.4X1A-T56.4X1S y T65.5X1A-T65.5X1S a la sección de la LCD "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity".

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 3 de febrero de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) de Parte A/B son revisadas

Identificador de LCD: L33693, L33695, L33696, L33667 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) están siendo revisadas. La revisión de las LCD identificó un código *Current Procedural Terminology*® (CPT®) inválido (93381) en el cuerpo de las LCD. Por lo tanto, las LCD están siendo revisadas para reemplazar el código CPT® 93881 con 93882 en las secciones "Limitations" y "Documentation Requirements" de las LCD.

- Evaluación no evasiva de las venas de las extremidades
- Estudios arteriales extracraneales no invasivos
- Estudios psicológicos no evasivos de las arterias de las extremidades superiores o inferiores

- Digitalización dúplex de las arterias de extremidades inferiores

Fecha de vigencia

Las revisiones de estas LCD son efectivas para las reclamaciones procesadas **a partir del 12 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](#).

Scanning computerized ophthalmic diagnostic imaging (SCODI) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33751 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el escaneo de imágenes de diagnóstico oftálmico computarizado (SCODI) fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H40.032 y H40.033 a la sección "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" de la LCD para el código *Current Procedural Terminology* (CPT®) 92132. En adición, la LCD fue revisada para añadir texto a la sección "Indications of Coverage for Posterior Segment SCODI" de la LCD para clarificar la cobertura de enfermedad de la retina.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada a la adición de los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H40.032 y H40.033

es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 18 de febrero de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. La revisión de la LCD relacionada a la adición del texto para clarificar la cobertura de la enfermedad de la retina es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 18 de febrero 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](#).

Transthoracic echocardiography (TTE) – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33768 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para ecocardiografía transtorácica (TTE) fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM Z08 a la sección de la LCD "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity".

La LCD actualizada estará disponible en la base de datos de cobertura de Medicare (MCD) **en o a partir del 11 de febrero de 2016**.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 27 de enero de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Destruction of Malignant Skin Lesions – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29203 (Florida)
Identificador de LCD: L29355 (Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la destrucción de las lesiones de piel malignas fue revisada para añadir los rangos de códigos de diagnóstico ICD-10-CM del rango de códigos C4A.0-C4A.9 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 12 de febrero de 2016**,

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

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

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

Excision of Malignant Skin Lesions – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L33818 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la escisión de lesiones malignas de piel fue revisada para añadir el rango de códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C4A.52-C4A.72 para los códigos de procedimiento 11600-11606, códigos de diagnóstico de ICD-10 -CM C4A.4 y C4A.51 y el rango de diagnóstico C4A.60-C4A.72 para códigos de procedimiento 11620-11626 y rangos de diagnóstico de ICD-10-CM C4A.0-C4A.39 y para códigos de procedimiento C4A.8-C4A.9 11640-11646 en la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 8 de febrero de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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.



Información médica adicional

Modificado el borrador de la lista de notificación de la reunión abierta al público – eliminado un borrador

El borrador de la determinación de cobertura local (LCD), NSCLC, Comprehensive Genomic Profile Testing, no será publicado para comentarios en este momento. El borrador puede ser presentado en un ciclo posterior de política. Los borradores de LCD que estarán disponibles por un periodo de comentario de 45 días, a partir del 12 de febrero de 2016, se listan a continuación.

1. Chiropractic services (nueva LCD)
2. Left atrial appendage closure or occlusion (nueva LCD)
3. Noncovered services (revisada LCD)

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

Computed tomography – múltiples pautas de codificación (nueva y existente)

Identificador de LCD: L33284, L33285, L33721, L33282, L33283 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 9250, tres pautas de codificación fueron desarrolladas en relación a los servicios que no cumplen con el estándar de National Electrical Manufacturers Association (NEMA). En adición, dos pautas de codificación fueron revisadas para añadir lenguaje relacionado a servicios que no cumplen con el estándar de NEMA. Las nuevas pautas de codificación fueron desarrolladas para las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD): tomografía computarizada del abdomen y pelvis (L33284), tomografía computarizada del tórax (L33285) y tomografía computarizada de la cabeza o cerebro (L33721). Dos pautas de codificación existentes fueron revisadas para las siguientes LCD: angiografía

por tomografía computarizada del pecho, corazón y arterias coronarias (L33282) y colonografía por tomografía computarizada (L33283).

Fecha de vigencia

La revisión a esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 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](#).

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@fcsoc.com

Formulario: <http://medicareespanol.fcsoc.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@fcsoc.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.fcsoc.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@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

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>

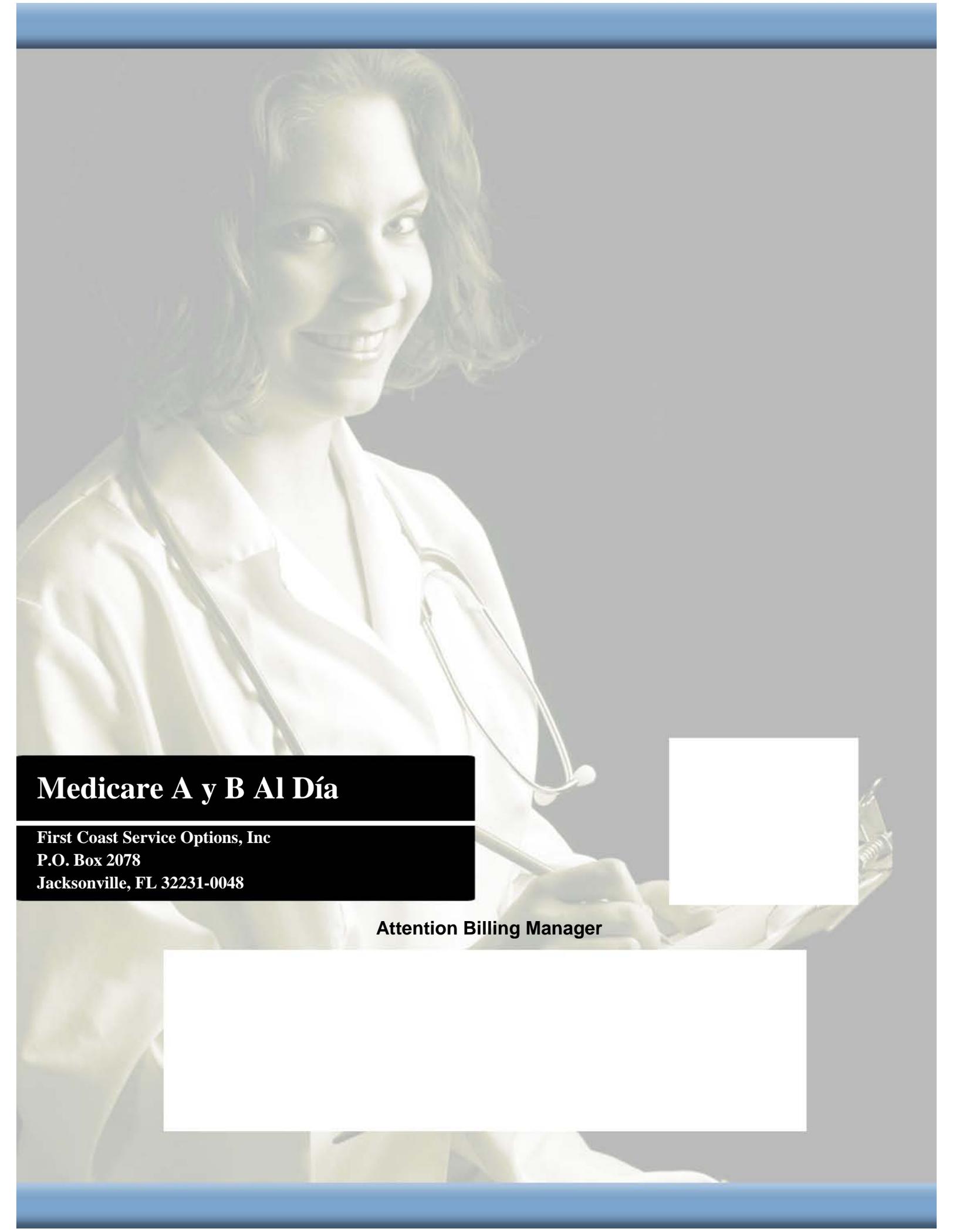
First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager