

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Marzo 2016



En esta edición

Firmas de oficiales autorizados	3
La reducción obligatoria de pago	5
Los LTCH que no presenten sus datos	14
Pago mensual de capitación (MCP)	26
Uso del modificador AT	33

Revalidación de inscripción de proveedores – ciclo 2

Número de *MLN Matters*®: SE1605
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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han completado su ronda inicial de revalidaciones y reanudarán los ciclos regulares de revalidación. En un esfuerzo por simplificar el proceso de revalidación y reducir la carga de proveedor/suplidor, CMS ha implementado varias mejoras del proceso de revalidación que son capturadas en este artículo de edición especial.

Nota especial: El esfuerzo revalidación de inscripción del proveedor de Medicare no cambia otros aspectos del proceso de inscripción. Los proveedores/suplidores deben seguir presentando cambios como siempre lo han hecho. Si usted también recibe una solicitud de revalidación del contratista, debe responder por separado a esa solicitud.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1605.pdf>.



[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1605.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1605.pdf).

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1605

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B	Genetic testing for Lynch syndrome	22
EDI	Major Joint Replacement.....	22
Firmas de oficiales autorizados	Viscosupplementation therapy for knee	23
Actualización de los códigos taxonomía del proveedor del cuidado.....	Información médica adicional	
Facturación	Reclamaciones presentadas nuevamente después de una revisión	23
Actualizaciones del manual para corregir los mensajes de remesa de pago	Marcapasos cardiacos permanentes.....	24
Servicios de telesalud.....	Contactos de Parte A	25
La reducción obligatoria de pago	Parte B	
Información general	ASC	
Nuevo horario de operación del PCC.....	Actualización de abril del sistema de pago de ASC	26
Cómo facturar servicios dentales	ESRD	
Respuesta oportuna a la solicitud	Pago mensual de capitación (MCP)	26
Remesa electrónica	Resultados de la investigación	27
Las actualizaciones adicionales de manuales corrigen los mensajes	Laboratorio clínico	
Sistema de pagos prospectivos	CMS publica las más recientes pruebas	28
Educación del proveedor	Revisión médica	
Tarifas fijas	Prepago del código de evaluación y manejo 99204 y 99205.....	29
Actualización de abril a la tarifa fija	Revisión de prepago para los códigos CPT® 99222 y 99232.....	29
Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas de 2016.....	Revisión prepago para los códigos ÓÚV® JGHCÁ JGHH.....	30
Recursos educativos	Notificación de investigación generalizada para el código ÓÚV® 99214.....	31
Calendario de eventos.....	Prepago del código de E/M Á JG FÍ Á.....	31
MLN Connects® Provider e-News.....	Código de prepago de E/M 99291.....	32
Parte A	Servicios quiropráticos	
Asuntos de procesamiento	Cobertura de Medicare.....	33
Problema con la determinación de cobertura nacional 230.9	Uso del modificador AT.....	33
Reclamaciones de pruebas de farmacogenó mica para la capacidad	Recursos educativos	34
Centros de enfermería especializada	Determinaciones locales de cobertura de Parte B	35
Actualización de julio de los códigos HCPCS para la facturación.....	LCD nuevas	
Facturación	BRCA1 and BRCA2 Genetic Testing.....	36
Actualizaciones de facturación requeridas para los centros.....	Hyperbaric Oxygen (HBO) Therapy	36
Hospital	LCD retiradas	
Los LTCH que no presenten sus datos	Left atrial appendage closure	37
Información general	Revisiones a las LCD existentes	
Pagos a los IRF del FY 2017.....	Screening and diagnostic	37
Sistema de pagos prospectivos	Erythropoiesis Stimulating Agents.....	37
Actualización del sistema de pagos	Vitamin D; 25 Hydroxy, includes Fraction(s), if performed	38
CMS emite las especificaciones	Botulinum toxins (J0585, J0588).....	38
Determinaciones locales de cobertura de Parte A	Botulinum Toxins	39
LCD nuevas	Bisphosphonates (IV) and monoclonal.....	39
BRCA1 and BRCA2 Genetic Testing	G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™).....	39
Hyperbaric Oxygen (HBO) Therapy	Implantable Miniature Telescope	40
LCD retiradas	Genetic testing for Lynch syndrome	40
Left atrial appendage closure	Major joint replacement.....	40
Revisiones a las LCD existentes	Viscosupplementation therapy for knee	41
Screening and diagnostic	Computerized corneal topography	41
Erythropoiesis Stimulating Agents.....	Información médica adicional	
Vitamin D; 25 Hydroxy, includes Fraction(s), if performed	Reclamaciones presentadas nuevamente después de una revisión	41
Botulinum toxins (J0585, J0588)	Marcapasos cardiacos permanentes.....	42
Botulinum toxins	Contactos de Parte B de Puerto Rico	43
Bisphosphonates (IV) and monoclonal.....	Contactos de Parte B de Florida	44
G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™)	Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos	45
Implantable Miniature Telescope		

Medicare A y B Al Día

Publications staff

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.

EDI

Firmas de oficiales autorizados en formularios de solicitud de acceso a DDE y de inscripción a EDI

A First Coast Service Options Inc. (First Coast) le gustaría recordarles a los proveedores que sólo un oficial autorizado o delegado, según listado en CMS 855, puede firmar el formulario de inscripción de intercambio de datos electrónico (EDI), el formulario de solicitud de acceso de acceso al sistema remoto (DDE) y otros formularios de EDI.

CMS define a un oficial autorizado como “*un funcionario designado, tal como un director ejecutivo, director de finanzas, socio general, presidente de la junta o dueño, al cual la organización ha otorgado la autoridad legal para inscribirse en el programa de Medicare, para hacer cambios o actualizaciones al estatus de la organización en el programa de Medicare y compromete a la organización a aplicar en su totalidad los estatutos, regulaciones e instrucciones del programa de Medicare.*”

La declaración de certificación del formulario de EDI declara que “*al firmar el formulario el firmante certifica que él o ella ha sido nombrado como un individuo autorizado al cual el proveedor ha concedido la autoridad legal para inscribirse en el programa de Medicare, para hacer cambios y/o actualizaciones al estatus del proveedor en el programa de Medicare (por ejemplo,*

nuevas localidades de práctica, cambio de dirección, etc.), y para comprometer al proveedor a cumplir con las leyes, regulaciones y las instrucciones del programa de Medicare.”

Los nuevos formularios de EDI están diseñados para ser completados en línea, y pueden ser firmados electrónicamente. Hay tres métodos para presentar sus formularios de EDI:

- Por correo a: First Coast Medicare EDI, P.O. Box 44071, Jacksonville, FL 32231-4071
- Por fax al: (904) 361-0470
- Por correo electrónico al: EDIenrollmentteamfaxes@fcso.com

A partir del 15 de marzo de 2016, cualquier solicitud de DDE para acceder el formulario o cualquier otro formulario de EDI presentado en un formulario obsoleto o no firmado por un oficial autorizado o delegado será devuelta para correcciones. Un nuevo formulario será requerido.

Para preguntas comuníquese con el equipo de asistencia de EDI Medicare de First Coast al (888) 670-0940.

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

Actualización de los códigos taxonomía del proveedor del cuidado de la salud de abril de 2016

Número de *MLN Matters*[®]: MM9461
Número de petición de cambio relacionado: 9461
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de febrero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3467CP
Fecha de implementación: Tan pronto como el 1 de abril de 2016, pero no más tarde del 5 de julio de 2016

Resumen

El comité nacional de reclamaciones uniformes (NUCC) mantiene el conjunto de códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC) para la clasificación estandarizada de los proveedores del cuidado de la salud y lo actualiza dos veces al año con cambios que son efectivos el 1 de abril y el 1 de octubre. Estos cambios incluyen la adición de un nuevo código y la adición de definiciones a los códigos existentes.

La CR 9461 instruye a los contratistas a obtener el conjunto de HPTC más reciente y utilizarlo para actualizar sus tablas internas de HPTC y/o archivos de referencia. El conjunto de HPTC está disponible para ver o descargar de

la Washington Publishing Company (WPC) en <http://www.wpc-edi.com/codes>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9461.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9461, 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/R3467CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3467, CR 9461

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

Actualizaciones del manual para corregir los mensajes de remesa de pago

Número de *MLN Matters*®: MM9424
 Número de petición de cambio relacionado: 9424
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de marzo de 2016
 Fecha de efectividad: 6 de junio de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3475CP
 Fecha de implementación: 6 de junio de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9424 revisa los capítulos 4 y 5 del *Medicare Claims Processing Manual* para asegurar que toda la codificación de remesa de pago sea consistente con las reglas de operación estándar a nivel nacional.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) también hacen ajustes a los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) y el uso de los códigos de comentarios de remesas de pago (RARC) para situaciones específicas.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9424.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9424, 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/R3475CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3475, CR 9424

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 telesalud removido del Medicare Benefit Policy Manual

Número de *MLN Matters*®: MM9428
 Número de petición de cambio relacionado: 9428
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R221BP y R3476CP
 Fecha de implementación: 11 de abril de 2016

Resumen

El propósito de esta petición de cambio es mostrar la lista de los servicios de telesalud que una vez estuvieron disponibles a través de las actualizaciones del manual para ser mostrados a través de un enlace Web de ahora en adelante. Las actualizaciones en esta petición de cambio incluyen:

- La lista de los servicios de telesalud que una vez estuvieron disponibles a través de las actualizaciones del manual para ser mostrados en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/Telehealth/> (en inglés).
- Un(a) enfermero(a) anestesista certificado(a) (CRNA) ha sido añadido a la lista de médicos de Medicare quienes pueden facturar por servicios cubiertos de telesalud

El texto de telesalud ha sido removido del *Medicare Benefit Policy Manual* y se colocó una referencia en el texto para ver el *Medicare Claims Processing Manual* para más información sobre servicio de telesalud.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9428.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9428, 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/R221BP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3476CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 221, CR 9428 y CMS Pub. 100-04, Transmittal 3476, CR 9428

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias que le dirigirán a estatutos y regulaciones sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar 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 reducción obligatoria de pago del 2 por ciento continúa hasta nuevo aviso para el programa Medicare FFS - 'secuestro'

Las reclamaciones del sistema de pago por servicios mediante tarifa fija (FFS), con fechas de servicio o fechas de alta a partir del 1 de abril de 2013, seguirán incurriendo en una reducción del 2 por ciento en el pago de Medicare hasta nuevo aviso.

Las reclamaciones del equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS), incluidas en las reclamaciones bajo el programa de oferta competitiva DMEPOS, continuarán siendo reducidas en un 2 por ciento en base a si la fecha de servicio o la fecha de inicio, para el alquiler de equipo o suministros de varios días, es a partir del 1 de abril de 2013.

El ajuste de pago de reclamaciones seguirá aplicándose a todas las reclamaciones después de determinar el

coaseguro, cualquier deducible aplicable y cualquier ajuste de pago secundario aplicable de Medicare. Aunque los pagos de beneficiarios de los deducibles y coaseguros no están sujetos a la reducción del pago del 2 por ciento, el pago a los beneficiarios de Medicare por las reclamaciones no asignadas está sujeto a la reducción del 2 por ciento.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) animan a los médicos de Medicare, profesionales y proveedores del cuidado de la salud que facturan reclamaciones sobre una base no asignada, a continuar las discusiones con los beneficiarios sobre el impacto del secuestro en el reembolso de Medicare. Las preguntas sobre el reembolso deben dirigirse a su contratista administrativo de Medicare (<http://go.usa.gov/cymuF>).

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

Información general

Nuevo horario de operación del centro de contacto del proveedor (PCC) a partir del 14 de marzo

A partir del lunes 14 de marzo de 2016, las horas de disponibilidad del PCC para los proveedores de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos serán como se procesan en este artículo. El horario de llamadas al PCC de First Coast será de 8:00 a.m. - 4:00 p.m. hora estándar del Atlántico (AST). Este cambio coincidirá con el inicio del horario de verano (DST) en el este de los Estados Unidos.



Cómo facturar servicios dentales ambulatorios no cubiertos de hospital

La cobertura del programa de Medicare de los servicios dentales es limitada. Medicare pagará por servicios dentales si son una parte integral de un servicio cubierto o para extracciones hechas en preparación para tratamiento de radiación para enfermedades neoplásicas que involucran la mandíbula. De otra manera, los artículos y servicios relacionados con el cuidado, tratamiento, relleno, remoción o reemplazo de dientes o estructuras de soporte de los dientes no están cubiertos.

First Coast entiende que los proveedores pueden necesitar facturar a Medicare por los servicios dentales no cubiertos para recibir una denegación para entonces poder facturar a un seguro secundario para el paciente. Por favor asegúrese de que está facturando adecuadamente por estos servicios dentales no cubiertos para asegurar que las reclamaciones

sean procesadas correctamente y no se realicen pagos incorrectos.

Facturación de Parte A y B

Cuando facture por servicios que están excluidos por ley o que no cumplen con la definición de cualquier beneficio de Medicare, usted puede utilizar el modificador GY. El modificador GY se adjunta a cada ítem de línea en la reclamación que cumpla con la definición.

Específicamente **sólo para Parte A**, estos servicios deben ser listados en la misma reclamación como no cubiertos. El código de condición 21 también puede ser utilizado en la reclamación para obtener una denegación de Medicare para su presentación al siguiente asegurador. Estas reclamaciones se les conocen como reclamaciones sin pago.

Si usted tiene preguntas adicionales sobre la cobertura o

Ver **CÓMO** en la próxima página

CÓMO

De la página anterior

no cobertura de servicios dentales, por favor revise los recursos listados abajo.

Fuentes: [Página Web de cobertura dental de Medicare](#) de

los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS); manual electrónico de CMS (IOM) Pub. 100-02 [capítulo 1](#), [capítulo 15](#) y [capítulo 16](#); Pub. 100-04, [capítulo 1](#)

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

Respuesta oportuna a la solicitud de desarrollo adicional

First Coast Service Options (First Coast), con frecuencia requiere una revisión clínica de los registros para determinar la necesidad médica de los servicios. Cuando se requiere la documentación de una solicitud de desarrollo adicional (ADR) una carta es enviada por correo. Antes de que se devuelvan los registros, estos deben ser revisados para asegurar la precisión de facturación. Esto incluye la verificación de cualquier información contradictoria del paciente, así como la información de facturación del formulario de reclamación. Su oficina también debe verificar que las firmas apropiadas están incluidas. Al revisar los registros médicos, First Coast debe ser capaz de identificar claramente quién realizó los servicios, especialmente en aquellas situaciones en las que hay dos firmas. Si el registro no es claro una declaración de atestación debe incluirse para identificar quién prestó los servicios.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) permiten 45 días para que un proveedor presente los registros. El tiempo de 45 días comienza en la fecha de la carta de ADR. El sistema de procesamiento de reclamaciones está configurado para denegar automáticamente en el día 46 si los registros no se han recibido y coinciden con la reclamación. Por lo tanto, con el fin de evitar la denegación de reclamaciones, es extremadamente importante permitir que haya tiempo

suficiente para que los registros se reciban y coincidan con la reclamación. First Coast ha visto un enorme aumento en el número de reclamaciones rechazadas por puntualidad. Una seria consideración se debe dar al método de presentación. Al responder después de treinta días, por favor tenga en cuenta otros medios de presentación tales como el SPOT, fax, esMD, etc. Se debe permitir un mínimo de cinco días para el tiempo del correo.

Los proveedores deben mantener sus direcciones y números de teléfono actualizados a través de la notificación de inscripción de proveedores para garantizar que estas cartas se reciben a tiempo. Los retrasos resultantes de tener que entregar cartas a una dirección de reenvío disminuirán significativamente el plazo para la presentación de los registros.

Para las reclamaciones procesadas en donde los registros han sido presentados oportunamente, CMS requiere que el contratista tome una determinación dentro de los 30 días. Las reclamaciones denegadas por puntualidad cuestan recursos adicionales de los contratistas para que sean procesadas y se permiten 60 días para el procesamiento.

El objetivo de First Coast es asegurar que los proveedores sean reembolsados adecuadamente por los servicios médicamente razonables y necesarios.

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.



Remesa electrónica

Las actualizaciones adicionales de manuales corrigen los mensajes de las remesas de pago

Número de *MLN Matters*®: MM9562
Número de petición de cambio relacionado: 9562
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2016
Fecha de efectividad: 20 de junio de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3481CP
Fecha de implementación: 20 de junio de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9562 informa a los contratistas administrativos de Medicare sobre las actualizaciones de los capítulos 3, 6, 7 y 15 del *Medicare Claims Processing Manual* para asegurar que la codificación de las remesas de pago es consistente en todo el manual y cumple con las normas de funcionamiento estándar nacional.

Nota: Estos cambios no reflejan ningún cambio en la política de Medicare.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9562.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9562, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3481CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3481, CR 9562

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

Sistema de pagos prospectivos

Educación del proveedor de la atención médica completa para el modelo de reemplazo de la articulación

Número de *MLN Matters*®: MM9533
Número de petición de cambio relacionado: 9533
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de febrero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R140DEMO
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9533 suministra información a los proveedores sobre la atención médica completa para el modelo de reemplazo de la articulación (CJR), la cual promueve la calidad y responsabilidad financiera para episodios de atención. La CJR probará si los pagos agrupados reducirán los gastos de Medicare mientras que preservan o mejoran la calidad del cuidado de los beneficiarios de Medicare. Los beneficiarios retienen su libertad de elección de elegir servicios y proveedores.

Durante un periodo de mantenimiento de cinco años, los servicios continuarán siendo pagados como de costumbre utilizando los sistemas de pago de tarifa fija de Medicare. Utilizando la información recopilada durante este tiempo, Medicare establecerá un precio objetivo para un episodio de 90 días.

El modelo requiere que todos los hospitales pagados bajo el sistema de pago prospectivo de paciente interno (IPPS) localizado en áreas geográficas seleccionadas

para participar en el modelo de CJR, con excepciones limitadas. Estas áreas son definidas por *áreas estadísticas metropolitanas (MSA)*.

Los médicos y profesionales de la salud que facturan por visitas al hogar después del alta y visitas al hogar de telesalud prestadas a los beneficiarios en los episodios de CJR deben cumplir con las condiciones de pago descritas en *CR 9533*, la cual incluye el uso de los *códigos adjuntos* cuando se presentan las reclamaciones a Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9533.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9533, 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/R140DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 140, CR 9533

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

Tarifas fijas

Actualización de abril a la tarifa fija de DMEPOS



Número de *MLN Matters*[®]: MM9554
 Número de petición de cambio relacionado: 9554
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de febrero de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3472CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9554 proporciona la actualización trimestral de abril para la tarifa fija de Medicare DMEPOS. Las instrucciones incluyen información, cuando es necesario, para implementar las cantidades de tarifa fija para los nuevos códigos y

corregir cualquier cantidad de tarifa fija para los códigos existentes.

Debido a que no hay actualizaciones del trimestre anterior (enero a marzo de 2016), una actualización de abril a los archivos de tarifa fija de 2016 no está programada para ser publicada. Sin embargo, un archivo de código ZIP rural de DMEPOS de abril de 2016 que contiene el trimestre dos, los cambios de código ZIP rural de 2016 están siendo provistos a los contratistas administrativos de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9554.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9554, 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/R3472CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3472, CR 9554

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.



Calcule las posibilidades ...

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

Actualización de abril de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9531

Número de petición de cambio relacionado: 9531

Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de febrero de 2016

Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3469CP

Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

Los siguientes son los cambios clave a la actualización de abril que es efectiva a partir del 1 de enero de 2016:

- A G0464 se le asignó un estatus de procedimiento de I
- A 10030 se le asignó días de periodo global de 000
- A 77014 se le asignó un indicador PC/TC de 1
- A 80055 se le asignó un estatus de procedimiento de X

Otros cambios que son efectivos para los servicios prestados a partir del 1 de abril de 2016, son como sigue:

- A G9678 se le asignó un estatus de procedimiento de X
- G9481 (Remote E/M new pt 10mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = código 99201
- G9482 (Remote E/M new pt 20mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = 99202
- G9483 (Remote E/M new pt 30mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = 99203
- G9484 (Remote E/M new pt 45mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = 99204
- G9485 (Remote E/M new pt 60mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = 99205
- G9486 (Remote E/M est. pt 10mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = 99212

- G9487 (Remote E/M est. pt 15mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = 99213
- G9488 (Remote E/M est. pt 25mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = 99214
- G9489 (Remote E/M est. pt 40mins) tiene un PE RVU = 0, el resto de los indicadores/valores de MPFS = 99215
- G9490 (Joint replac mod home visit) con todos los indicadores de MPFS y las RVU = aquellos de G9187

Los contratistas no buscarán en sus archivos para retraer el pago por reclamaciones que ya han sido pagadas o para pagar reclamaciones de manera retroactiva, sin embargo, ellos ajustarán las reclamaciones que usted traiga a su atención.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (publicación 100-04), capítulo 23, sección 30.1, esto debe ser considerado como el aviso de 30 días de un cambio al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2016 programado para el 4 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/MM9531.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9531, 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/R3469CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3469, CR 9531

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 no de sustituir ninguna ley escrita. Recomendamos que evalúe los estatutos para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Recursos educativos

Calendario de eventos

Abril de 2016

Servicios preventivos: Evaluaciones de facturación para el abuso de alcohol y depresión (B)

Cuando: 20 de abril de 2016

Hora: 11:30 AM-1:00 PM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/^ç^}q •/0332086.asp>

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

Criterio de cobertura de LCD para análisis de droga

Cuando: 28 de abril de 2016

Hora: 11:30 AM-1:00 PM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0331895.asp>

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® Provider e-News de CMS

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

- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 25 de febrero de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 3 de marzo de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 10 de marzo de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 17 de marzo de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 24 de marzo 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

**Problema con la determinación de cobertura nacional
230.9 – criocirugía de la próstata**

Problema

La narrativa del sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) en los códigos de denegación (RC) 34912, 59055, y 59056 incluye incorrectamente dos códigos de procedimiento, 0V507ZZ (destrucción de la próstata, a través de la abertura natural o artificial) y 0V508ZZ (destrucción de la próstata, a través de la apertura endoscópica natural o artificial).

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) han recibido instrucciones para inactivar los RC 34912, 59055 y 59056, para permitir que las reclamaciones pasen la edición hasta que puedan ser corregidas. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) incluirán esta solución en el lanzamiento de octubre de 2016 a través de

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

Problema

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

Resolución

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

Estatus/fecha de resolución

una próxima petición de cambio (CR).

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

Su MAC deberá identificar y reprocesar cualquier denegación incorrecta relacionada con la NCD 230.9 y los códigos de procedimiento 0V507ZZ y 0V508ZZ que fueron traídos a nuestra atención.

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.

Cerrado; First Coast no tiene reclamaciones afectadas.

Acción del proveedor

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

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Centro de enfermería especializada

Actualización de julio de los códigos HCPCS para la facturación consolidada del centro de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*®: MM9561
 Número de petición de cambio relacionado: 9561
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de marzo de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3473CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualiza periódicamente los listados de los códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que son excluidos de la disposición de facturación

consolidada del sistema de pago prospectivo del centro de enfermería especializada (SNF PPS).

La petición de cambio (CR) 9561 añade los códigos HCPCS 93600, 93602, 93603, 93609, 93610, 93612, 93613, 93615, 93616, 93618-93624, 93631, 93640-93642, 93644, 93650, 93653, 93654, 93655, 93656, 93657, 93660 y 93662 al listado de codificación de categoría mayor 1.B para SNF CB, efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016.

Nota: Las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016, que son impactadas por estos

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la próxima página

ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

cambios y que fueron denegadas/rechazadas antes de la implementación de la CR 9561, su MAC volverá a abrir y procesar aquellas reclamaciones que usted traiga a la atención de su MAC.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9561.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9561, 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/R3473CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3473, CR 9561

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

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: 1 de abril de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1596OTN
Fecha de implementación: 4 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 y corregir el lenguaje en relación con el coaseguro bajo. Este artículo fue revisado el 29 de febrero de aclarar las instrucciones de facturación, especialmente en los ejemplos proporcionados en el artículo.

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

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://](https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1596OTN.pdf)

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.

Hospital

Los LTCH que no presenten sus datos de calidad requeridos – reemplaza la CR 9105



Número de *MLN Matters*®: MM9544
 Número de petición de cambio relacionado: 9544
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de marzo de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R55QRI
 Fecha de implementación: 1 de abril de 2016

Resumen

La sección 1886(m)(5)(A)(i) del Acta requiere la aplicación de una reducción de 2 por ciento del factor de aumento de la bolsa del mercado para los LTCH que no cumplan con los requerimientos de presentación de datos de calidad. El proceso de notificación que permite a los LTCH presentar la reconsideración como sigue:

- Una lista de los LTCH que no cumplen con los requerimientos de reportes de datos de calidad son provistos a los contratistas administrativos de Medicare (MAC)
- El MAC notificará a los LTCH que ellos están sujetos a

la reducción

- Los LTCH tienen un periodo de 30 días desde la fecha de la carta de notificación para presentar una carta solicitando reconsideración con documentación de respaldo
- CMS revisará todas las solicitudes de reconsideración recibidas y proveerá una determinación
- Antes del 1 de octubre de cada año fiscal, CMS proveerá a los MAC una lista final de los LTCH que no cumplieron los requerimientos
- Los MAC notificarán a los LTCH (que presentaron una reconsideración) que no cumplieron y recibirán la reducción

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9544.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9544, 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/R55QRI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 55, CR 9544

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.

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



Información general

Pagos a los IRF del FY 2017 y posterior que no presenten los datos de la calidad requeridos – rescinde y sustituye en su totalidad la CR 9106

Número de *MLN Matters*®: MM9543
Número de petición de cambio relacionado: 9543
Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de febrero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R54QRI
Fecha de implementación: 1 de abril de 2016

Resumen

A partir del año fiscal (FY) 2014 y cada año siguiente, si una agencia del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) no presenta los datos requeridos sobre calidad, sus tarifas de pago para el año son reducidas en 2 puntos porcentuales para ese año fiscal.

Los centros potencialmente sometidos a la reducción recibirán una carta de su contratista administrativo de Medicare para informarles sobre la reducción potencial. Usted tendrá la oportunidad de solicitar la reconsideración de su reducción a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Una vez CMS toma una decisión sobre su solicitud de reconsideración, su contratista administrativo de Medicare le notificará de dicha decisión.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9543.pdf>.



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9543, 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/R54QRI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-22, Transmittal 54, CR 9543

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.

Sistema de pagos prospectivos

Actualización del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital de abril de 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9549
Número de petición de cambio relacionado: 9549
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de febrero de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3471CP
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

La petición de cambio 9549 describe los siguientes cambios clave para ser implementados en la actualización de abril de 2016 del sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS):

- Códigos de neuroestimulador C1822 y C1820
- Instrucciones de facturación para la planificación de la radioterapia de intensidad modulada (IMRT)
- Códigos para pruebas de medicamento de laboratorio G0477-G0483, efectivos el 1 de enero de 2016
- Medicamentos, productos biológicos y radiofarmacéuticos

- Cambios a la lógica del pricer de OPPS
- Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9549.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9549, 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/R3471CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3471, CR 9549

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 sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar un resumen, no de sustituir ninguna ley. Recomendamos que evalúe los estatutos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

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

Número de *MLN Matters*®: MM9553 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9553
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de marzo de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3483CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las especificaciones de la versión 17.1 del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE), que incluye el diagnóstico, la clasificación de pago ambulatorio (APC) y los cambios en el código de procedimiento.



Las modificaciones de I/OCE para el lanzamiento de abril de 2016 (versión 17.1) se resumen en el artículo, que incluye el diagnóstico, la clasificación de pago ambulatorio (APC) y los cambios en el código de procedimiento. Modificaciones retroactivas se indican en la columna “Effective Date/fecha efectiva”. Un listado completo de los cambios de datos se adjunta en la [petición de cambio](#).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9553.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9553, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en

<http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3483CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3483, CR 9553

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

El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) se utiliza para procesar reclamaciones bajo el sistema de pagos prospectivos para pacientes ambulatorios (OPPS) y no OPPS para los departamentos de paciente ambulatorio de hospital, centros de salud mental comunitaria, todos los proveedores no OPPS y para servicios limitados cuando se proporcionan en una agencia de salud en el hogar que no está bajo el sistema de pago prospectivo salud en el hogar (PPS) o para un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no terminal.

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 2015 hasta la fecha.

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**.

LCD nuevas

BRCA1 and BRCA2 Genetic Testing – nueva LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L36499 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura (LCD), de las pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2, ha sido adoptada por el MAC JN. La evidencia en la literatura científica publicada, revisada por expertos indica que las pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 son apropiadas para un subconjunto específico de individuos adultos que han sido identificados en riesgo de cáncer hereditario del seno y de los ovarios. Las pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 es un servicio cubierto para una mutación conocida en una familia para individuos con indicios y/o síntomas de cáncer del seno, un historial personal de cáncer de ovario epitelial, trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario, historial personal de cáncer pancreático o cáncer de la próstata que cumple con ciertos criterios. Medicare es un programa de beneficio definido y requiere que la prueba sea solamente realizada en pacientes con indicios y síntomas de enfermedad. Por lo tanto, las pruebas de los

individuos no afectados o miembros familiares no es un servicio cubierto de Medicare.

Las LCD abordan una visión general de las pruebas BRCA1 y BRCA2, criterios para las indicaciones de cobertura, limitaciones de cobertura, pruebas de panel multigenético y resultados de pruebas y manejo.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 11 de abril 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](#).

Hyperbaric Oxygen (HBO) Therapy – nueva LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L36504 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El centro de innovación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ha asumido la responsabilidad de implementar una cantidad de proyectos de demostración específicos autorizados y financiados por ley. Los hallazgos de estas demostraciones informan los posibles cambios en el pago del cuidado de salud y política, tanto como el desarrollo y pruebas de los nuevos modelos, si es apropiado.

La terapia con oxígeno hiperbárico que no sea de emergencia era uno de los enfoques debido a las altas incidencias de los pagos inadecuados para estos servicios según lo reportado por la oficina del departamento de salud y servicios humanos del inspector general, así como las preocupaciones sobre los beneficiarios que reciben servicios que no son médicamente necesarios. El modelo de autorización previa para la terapia con oxígeno hiperbárico que no sea de emergencia fue implementado en Illinois, Michigan y New Jersey [J6, J8 y JL-Novitas (compañía hermana de First Coast)]. First Coast (MAC JN) no participó en el modelo de autorización previa.

Sin embargo, el análisis de datos de First Coast identificó un aumento en la utilización de la terapia de oxígeno hiperbárico. Los datos médicos estadísticos del sistema de resumen de extracción de Medicare Parte B (BESS) obtenidos para las fechas de servicio del 1 de julio de 2014, hasta el 31 de diciembre de 2014 indicaron una relación de portadora a la nación para Florida al *1.92 (entre 50-100 por ciento sobre el promedio nacional) y para Puerto Rico *3.50 (entre 200-250 por ciento sobre el promedio nacional) para el código de procedimiento 99183. Debido al riesgo de error de pago de reclamación

de cantidades altas, First Coast tomó esta oportunidad para adoptar la determinación de cobertura local (LCD) de Novitas dado a que es consistente con los estándares de cuidado según lo identificado durante el proyecto de demostración.

La LCD de terapia con oxígeno hiperbárico (HBO) aborda las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, limitaciones, códigos *Current Procedural Terminology*® (CPT®), pautas de documentación y pautas de utilización. Cabe señalar: Los códigos de ICD-10 no están incluidos en esta LCD. Es responsabilidad del proveedor seleccionar los códigos llevados a cabo al más alto nivel de especificidad y seleccionados del libro de código de ICD-10-CM adecuado para el año en el cual el servicio es prestado para la reclamación(es) presentada. Para la lista de los códigos de diagnóstico no modificables de CMS, por favor refiérase a la determinación de cobertura nacional (NCD) 20.29 de terapia con oxígeno hiperbárico para los diagnósticos cubiertos y haga referencia a TN 1580 (CR 9252).

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 11 de abril 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](#).

LCD retiradas

Left atrial appendage closure or occlusion – borrador de LCD de Parte A y Parte B retirado J9213

Identificador de LCD: DL36620 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El borrador de la determinación de cobertura local (LCD) para el cierre u oclusión del apéndice ventricular izquierdo está siendo retirado. El borrador de la LCD fue publicado para el periodo de comentario de 45 días la semana del 1 de febrero de 2016, que fue visible al público el 11 de febrero de 2016.

El contratista se dio cuenta de que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron un memorando de la decisión final para la terapia de cierre del apéndice ventricular izquierdo (LAA) por vía percutánea (CAG-00445N) el 8 de febrero de 2016,

abordando el cierre de LAA para la fibrilación auricular no valvular (NVAF) a través de la cobertura con desarrollo de evidencia (CED) bajo 1862(a)(1)(E) del Social Security Act bajo ciertas condiciones. Debido al memorando de la decisión final de CMS abordando la cobertura del cierre de LAA bajo CED, el contratista ha retirado el borrador actual de la LCD.

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

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

Revisiones a las LCD existentes

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 la mamografía de evaluación y diagnóstico fue revisada en base al análisis de datos por el Program Safeguards Communication Group (PSCG) en First Coast Service Options relacionado a la utilización excesiva de la ecografía del seno facturada el mismo día como mamografía en Puerto Rico y en Florida. Esta política no describe las indicaciones y limitaciones completas de la ecografía del seno pero aborda las limitaciones de la evaluación de mamografía con ecografía del seno. El beneficio de Medicare para la evaluación de mamografía no incluye la ecografía del seno. Y es así, como la evaluación rutinaria de cáncer del seno con ecografía (incluyendo pacientes con denso tejido mamario) no es un servicio cubierto de Medicare.

Si la ecografía del seno es médicamente razonable y necesaria y es realizada con una mamografía de evaluación, la mamografía es considerada una prueba diagnóstica. La solicitud (orden) para el examen de ecografía debe ser originada por el médico que trata/

NPP. (Este requerimiento no es aplicable a los radiólogos basados en hospital para ecografía del seno ambulatoria o de paciente externo.) Si el centro de pruebas no ordena la ecografía del seno y no puede alcanzar al médico/profesional de la salud para obtener una nueva orden para la adición de la ecografía del seno, cuando sea necesario, y documenta esto en el registro médico, entonces el centro de pruebas puede suministrar la prueba de diagnóstico adicional bajo ciertos criterios, los cuales están listados en la LCD finalizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del **11 de abril 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](#).

Erythropoiesis Stimulating Agents – revisión a la LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L36276 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los agentes estimulantes de la eritropoyesis se revisó para eliminar el código de diagnóstico de ICD-10-CM D47.0 de "J0881 List 1" en la sección de la LCD "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" y reemplazarlo con el

código de diagnóstico de ICD-10-CM D47.1. El código de diagnóstico de ICD-10-CM D47.0 fue añadido por error a "J0881 List 1" cuando los códigos de diagnóstico de ICD-9-CM fueron transferidos a ICD-10-CM.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 1 de marzo de 2016**,

Ver **ERYTHROPOIESIS**, en la próxima página

ERYTRHOPOIESIS

De la página anterior

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](#).

Vitamin D; 25 Hydroxy, includes Fraction(s), if performed – LCD revisada de Parte AB

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

La determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; Hidroxi, incluye fracción(es), si es realizada, fue revisada en base al análisis de datos por el Program Safeguards Communication Group (PSCG) en First Coast Service Options, así como, los asuntos de las pruebas integrales de tasas de error (CERT) relacionados a la ausencia de la necesidad médica documentada para las pruebas de vitamina D. Según lo declarado en la sección “Limitations” de la LCD, las pruebas de ensayo de vitamina D no está cubierta para la evaluación rutinaria; por lo tanto, el cuidado preventivo no se reconoce como una indicación cubierta para las pruebas de vitamina D sérica. Las pruebas que son realizadas en la ausencia de indicios, síntomas, quejas, historial personal de enfermedad o lesión no están cubiertas por Medicare excepto cuando hay una disposición legal que cubre

explícitamente las pruebas para la detección, según lo descrito en el manual de Medicare. Las siguientes secciones de la LCD fueron revisadas: “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity,” “Documentation Requirements” y “Utilization Guidelines.”

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del **11 de abril 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](#).

Botulinum toxins – revisión a la LCD de Parte A y Parte B (J0585, J0588)

Identificador de LCD: L33274 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para toxinas botulínicas fue revisada en base a las solicitudes de reconsideración para incluir la indicación, espasticidad de las extremidades superiores en pacientes adultos para Xeomin, la cual fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 22 de diciembre de 2015 y la indicación, espasticidad de las extremidades inferiores en pacientes adultos para Botox, la cual fue aprobada por FDA el 21 de enero de 2016. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir estas indicaciones.

También, “spastic hemiplegia” y “spasticity related to stroke” fueron removidos de la sección “Off Label Indications for Botox” de la LCD y añadidos a la sección “FDA Indications for Botox” de la LCD. En adición, los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM G80.1, I69.061-I69.065, I69.161- I69.165, I69.261-I69.265 y I69.361-I69.365 fueron añadidos bajo la sección “ICD-10

Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para el código de procedimiento J0585.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para Xeomin es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del **29 de marzo de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 22 de diciembre de 2015**. La revisión de la LCD para Botox es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 29 de marzo de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 21 de enero de 2016**. Las LCD 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](#).

Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33274 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para las toxinas de Botulinum fue revisada en base a una solicitud de reconsideración para incluir la indicación de la espasticidad de las extremidades superiores en pacientes adultos para Dysport, que fue aprobado por la FDA el 15 de julio de 2015. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para agregar esta indicación.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 24 de febrero de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 15 de julio 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](#).

Bisphosphonates (IV) and monoclonal antibodies (HCPCS code J3489 [Reclast®]) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para biofosfanatos (intravenosos [IV]) y los anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada para cambiar el rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM M88.1-M88.9 al rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM M88.0-M88.9 para el código HCPCS J3489 (Reclast®) en la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 10 de marzo de 2016**, por 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](#).

G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) – aclaración relacionada con el código HCPCS Q5101

Identificador de LCD: L34002 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La petición de cambio (CR) 9205 (actualización de julio de 2015 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios [OPPS] de hospital) y la CR 9152 (actualización trimestral de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud [MPFSDB] – actualización de julio CY 2015) incluyeron la fecha efectiva para el código HCPCS Q5101 como el 6 de marzo de 2015. En ese momento, la determinación de cobertura local (LCD) para G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) fue actualizada para incluir código HCPCS Q5101 con una fecha efectiva del 6 de marzo de 2015.

Desde ese momento, con base en la dirección de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS),

los MAC A/B utilizan el 1 de julio de 2015 como la fecha efectiva del código HCPCS Q5101. Por lo tanto, este artículo sirve para aclarar que la fecha efectiva de la adición del código HCPCS Q5101 a la LCD G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) es el 1 de julio de 2015.

Fecha de vigencia

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Implantable Miniature Telescope – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33377 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para telescopio miniatura implantable se revisó para eliminar el lenguaje relacionado con los centros de cirugía ambulatoria (ASC) y el código HCPCS C1840 de la sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes” debido a que el lenguaje ya no es aplicable pues la LCD es ahora una LCD A/B combinada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 1 de marzo 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](#).

Genetic testing for Lynch syndrome and special histochemical stains and immunohistochemical stains – revisión a las LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L34912, L36234 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para las pruebas genéticas para el síndrome de Lynch fue revisada en la sección de la LCD “Indications of Coverage” para actualizar la narrativa de la detección de tumores del síndrome de Lynch para alinearla con la narrativa en la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de manchas histoquímicas y manchas de inmunohistoquímica especiales. El lenguaje actualizado en ambas LCD dice lo siguiente:

La LCD de manchas histoquímicas y manchas de inmunohistoquímica especiales se revisó para cambiar la edad para la prueba del síndrome de Lynch de ≤ 50 a \leq

70, bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Template template template template template template template template template template template template. 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](#).

Major Joint Replacement (Hip and Knee) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33618 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Después de la fecha de implementación del 1 de octubre de 2015, de los conjuntos de código de diagnóstico de ICD-10-CM, First Coast Service Options, Inc., (First Coast) tuvo conocimiento de las reclamaciones denegadas de manera inapropiada relacionadas con los requisitos del código de procedimiento dual de ICD-10-CM. Desde ese momento, la edición del sistema ha sido corregida y la sección CPT®/HCPCS de la determinación de cobertura local (LCD) ha sido revisada para eliminar el requisito de código dual del procedimiento.

Además, el requisito de diagnóstico dual se ha eliminado y los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM Z89.621 - Z89.622 (ausencia adquirida de la articulación de la cadera derecha/izquierda) se añadieron para apoyar la necesidad médica para los códigos de *Current Procedural Terminology* (CPT®) 27130, 27132, 27134, 27137 y 27138. Además, el rango de códigos Z89.521-Z89.522 (ausencia adquirida de la rodilla derecha/izquierda) se añadió para

apoyar la necesidad médica de los códigos CPT® 27445, 27447, 27486 y 27487.

No se requiere ninguna acción por parte de los proveedores; un ajuste masivo se realizará para corregir cualquier reclamación denegada indebidamente.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 2 de marzo de 2016**, para las fechas de servicio **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](#).

Viscosupplementation therapy for knee – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación para la rodilla fue revisada en base a una petición de reconsideración para remover el siguiente texto, “Per the Food and Drug Administration (FDA) package insert, the effectiveness of Monovisc™ has not been established for more than one course of treatment” (“Según las indicaciones de la Food and Drug Administration (FDA) en el empaque, la efectividad de Monovisc™ no ha sido establecida para más de un curso de tratamiento”) de la sección “Limitations” de la LCD.

También, el texto, “(la efectividad de Monovisc™ no ha sido establecida para más de un curso de tratamiento)” fue removido de la sección “Utilization Guidelines” de la LCD. En adición, “Monovisc™” fue añadido indicando

que es administrado como una sola inyección por sesión de tratamiento en la sección “Utilization Guidelines” de la LCD..

Fecha de vigencia

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

Información médica adicional

Reclamaciones presentadas nuevamente después de una revisión clínica de registros

Como parte del proceso de análisis de datos rutinario de First Coast Service Options (First Coast) hemos identificado y estamos monitoreando un aumento en la cantidad de proveedores que están cancelando y/o volviendo a enviar reclamaciones que deben ser presentadas a través del proceso de apelaciones. First Coast ve esto como un abuso del proceso y está considerando acciones adicionales para abordar el problema.

El sistema de procesamiento de la **Parte A** (sistema compartido del intermediario fiscal o FISS) está diseñado para permitir a los proveedores cancelar y volver a enviar una reclamación cuando es apropiado. Los casos apropiados incluyen aquellas situaciones donde una reclamación ha sido rechazada debido a envíos incompletos, información ausente y envíos inválidos.

El sistema de procesamiento de reclamaciones de la **Parte B** (Multi-carrier system o MCS) no está diseñado para permitir que un proveedor cancele una reclamación, pero si permite que una reclamación sea vuelta a enviar si es adecuado.

Una reclamación que ha sido revisada clínicamente y/o denegada nunca debe ser vuelta a enviar como una reclamación, sino como una redeterminación

Cuando se envía una carta (solicitud de desarrollo

adicional) a su oficina preguntando por registros del paciente, una reclamación ha fallado una de las ediciones programadas previamente en nuestros sistemas de procesamiento. Esta edición puede incluir códigos de procedimiento, combinaciones de código, modificadores, determinación de cobertura local o nacional, patrones de facturación, parámetros de utilización, etc. Aunque existe la auditoría específica del proveedor, la mayoría de las solicitudes son específicas al servicio y creadas para buscar ver a cualquiera que esté facturando uno de los subconjuntos mencionados arriba.

Las revisiones de registros son completadas inicialmente por el personal médico de la compañía o MD en el departamento de integridad del programa. Una vez una decisión de reclamación es denegación en base a que un servicio “no es médicamente razonable y necesario,” el proceso correcto o el próximo paso es seguir el proceso de apelación. Al seguir el proceso de apelación se le brinda la oportunidad de incluir certificados, registros de firmas, registros ausentes u omitidos, añadir adiciones, etc. Adicionalmente, permite que un conjunto diferente de revisores clínicos miren sus registros. Volver a enviar la reclamación en lugar de solicitar una apelación (redeterminación) es considerado un abuso del programa y añade un escrutinio adicional a la revisión médica para su práctica por nuestro departamento de análisis de datos.

Marcapasos cardiacos permanentes de una cámara y de cámara dual – facturación y codificación de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: [A54926](#) (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura nacional (NCD) 20.8.3 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), marcapasos cardiacos permanentes de una cámara y de cámara dual, fue efectiva el 13 de agosto de 2013.

Los contratistas administrativos de Medicare de CMS (MAC) A/B tienen la instrucción de implementar la NCD a nivel local hasta que CMS pueda revisar las instrucciones formales de procesamiento de reclamaciones. Todos los aspectos de la política de NCD en la publicación 100-03, *NCD Manual*, sección 20.8.3, permanecen en efecto. Este artículo sirve como un aviso de 45 días para las instrucciones de codificación

y facturación para la implementación de NCD 20.8.3.



Fecha de vigencia

Este artículo de codificación y facturación es efectivo para los servicios prestados **a partir del 1 de mayo de 2016**. Los artículos 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.



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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

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

ASC

Actualización de abril del sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*®: MM9557
 Número de petición de cambio relacionado: 9557
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de marzo de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3478CP
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

Resumen

Este artículo es como resultado de la petición de cambio 9484, la cual detalla cambios a las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago del centro quirúrgico ambulatorio (ASC) de abril de 2016.

Muchas tarifas de pago de ASC bajo el sistema de pago de ASC son establecidas utilizando la información de tarifa de pago del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS). Los archivos de pago asociados con esta transmisión reflejan los cambios más recientes al pago de MPFS de 2016, efectivo el 1 de abril de 2016. Los cambios programados con esta actualización incluyen:

- Nueve códigos nuevos para reportar medicamentos y productos biológicos en ambiente de ASC; un código existente (J7503) serán pagables por separado
- El indicador de pago (PI) para J0130 cambiará de “K2” (Drugs and biologicals paid separately when provided



integral to a surgical procedure on ASC list; payment based on OPPS rate [medicamentos y productos biológicos pagados por separado cuando son prestados integral a un procedimiento quirúrgico en el listado de ASC; pago basado en la tarifa de OPPS]) a “N1” (Packaged service/item; no separate payment made [servicio/artículo en conjunto; ningún pago hecho por separado])

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9557.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9557, 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/R3478CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3478, CR 9557

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

ESRD

Pago mensual de capitación (MCP) para los servicios médicos proporcionados a los beneficiarios con enfermedad renal en estado terminal (ESRD)

First Coast Service Options Inc. (First Coast) identificó recientemente la facturación tanto del pago de capitación mensual como los viáticos diarios de pago del servicio médico. Se recuerda a los proveedores que las directrices indicadas a continuación se han de aplicar cuando se facturan los servicios médicos mensuales y diarios.

Los médicos y profesionales de la salud que manejan el centro basado en pacientes en diálisis son pagados sobre una tarifa mensual para la mayoría de los servicios médicos proporcionados relacionados con la diálisis pacientes ambulatorios a un beneficiario de Medicare de ESRD (enfermedad renal en estado terminal). La cantidad del pago varía en función del número de visitas

proporcionadas dentro de cada mes y la edad del beneficiario de ESRD. Bajo esta metodología, los códigos se facturan por separado para proporcionar una visita al mes, dos a tres visitas al mes y cuatro o más visitas al mes. La menor cantidad de pago se aplica cuando un médico proporciona una visita al mes; un pago más alto es proporcionado por dos o tres visitas al mes. Para recibir la suma más alta de pago, un médico o profesional de la salud tendría que proporcionar por lo menos cuatro visitas relacionadas con ESRD al mes. El MCP es reportado una vez al mes por los servicios realizados en un ambiente ambulatorio que esté relacionado con los pacientes de ESRD.

Ver **PAGO** en la próxima página

PAGO

De la página anterior

El médico o profesional de la salud que proporciona la evaluación completa, establece el plan de cuidado del paciente y proporciona la gestión en curso, es el médico o profesional que presenta la factura por el servicio mensual. Las visitas deben ser suministradas cara a cara por un médico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante o asistente médico.

El médico o profesional de la salud MCP puede utilizar otros médicos o profesionales de la salud cualificados para proporcionar algunas de las visitas durante el mes. El médico o profesional de la salud MCP no tiene que estar presente cuando estos otros médicos o profesionales de la salud ofrecen visitas. En este caso, las reglas son consistentes con los requisitos de hospital para las visitas de evaluación y manejo divididas/compartidas. El médico no MCP o profesional de la salud debe ser un socio, un empleado de la misma práctica de grupo o un empleado del médico o profesional de la salud de MCP. Por ejemplo, el médico o profesional de la salud que proporciona visitas bajo el MCP puede ser un empleado W-2 o contratista independiente 1099. Cuando se utiliza otro médico para proporcionar algunas de las visitas durante el mes, el médico que proporciona la evaluación completa, establece el plan de cuidado del paciente y proporciona el manejo continuo que se debe facturar por el servicio MCP. Si el profesional de la salud es el profesional que realiza la evaluación completa y establece el plan de atención, entonces el servicio MCP debe ser facturado bajo el PIN del especialista en enfermería clínica, enfermera practicante o asistente médico.

Los médicos y los profesionales de la salud pueden recibir

el pago por el manejo de pacientes en diálisis por menos de un mes completo de la atención en circunstancias específicas. Los viáticos de servicios de ESRD deben ser codificados utilizando los servicios relacionados con ESRD (menos que el mes completo), por día con los códigos del 'health care procedure system' (HCPCS) correspondientes a los servicios relacionados con ESRD en las situaciones descritas a continuación:

- Pacientes con diálisis en el hogar (menos que el mes completo);
- Pacientes transitorios - pacientes que viajan fuera de casa (menos que el mes completo);
- Mes parcial donde había una o más visitas cara a cara sin una evaluación completa del paciente y el paciente fue hospitalizado, ya sea antes de que se proporcionó una evaluación completa, la diálisis se detuvo debido a la muerte o el paciente fue sometido a un trasplante
- Pacientes que tienen un cambio permanente en su médico de MCP durante el mes

Los servicios relacionados con ESRD (menos que el mes completo), por los códigos HCPCS diarios sólo deben utilizarse para las circunstancias descritas anteriormente. Los códigos de viáticos no pueden ser utilizados por un mes completo cuando una evaluación mensual completa no está proporcionada.

Las pautas completas para la facturación del servicio médico de ESRD se pueden encontrar en [las pautas del manual electrónico \(IOM\) 100-04 capítulo 8](#).

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

Resultados de la investigación generalizada de los servicios de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD)

First Coast Service Options Inc. (First Coast) completó una investigación generalizada compleja de servicios específicos (WSP) en relación con el uso de los servicios mensuales facturados de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) para los proveedores de Puerto Rico. La investigación generalizada se llevó a cabo para evaluar la respuesta del proveedor a los esfuerzos educativos y para determinar algún riesgo de error que fuera evidente de pagos adicionales correspondientes a los servicios mensuales de ESRD.

Los códigos del Current Procedural Terminology (CPT®) incluidos en la investigación:

- 90960 - servicios mensuales relacionados con la

enfermedad renal en estado terminal (ESRD), para los pacientes de 20 años de edad y mayores; con 4 o más visitas cara a cara por un médico u otro profesional de cuidado de la salud por mes



- 90961- servicios mensuales relacionados con la enfermedad renal en estado terminal (ESRD), para los pacientes de 20 años de edad y mayores; con 2 o 3 visitas cara a cara por un médico u otro profesional de cuidado de la salud por mes

La tasa de error de WSP para CPT® 90960 es 6.0% con base en los servicios que fueron revisados. A continuación se muestra un

desglose de los hallazgos de la revisión médica.

Ver **RESULTADOS** en la próxima página

RESULTADOS

De la página anterior

- 35 de 51 reclamaciones revisadas fueron autorizadas;
- 7 de cada 51 reclamaciones fueron recodificadas con el código CPT 90962 ;
- 9 de cada 51 reclamaciones fueron recodificadas con el código CPT 90961

La tasa de error de WSP para CPT® 90961 es 7.57% con base en los servicios que fueron revisados. A continuación se muestra un desglose de los hallazgos de la revisión médica:

- 33 de 50 reclamaciones revisadas fueron autorizadas;
- 12 de 50 reclamaciones fueron denegadas;

- 4 de 50 reclamaciones fueron recodificadas con el código CPT 90962;
- 1 de 50 reclamaciones fueron recodificadas con el código CPT 90960

Las reclamaciones fueron recodificadas porque el expediente médico no apoyó el número de visitas cara a cara requeridas. Ninguna otra acción será tomada por First Coast. Las pautas completas para la facturación del servicio médico de ESRD se pueden encontrar en las [pautas del manual electrónico \(IOM\) 100-04 capítulo 8](#).

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

Laboratorio clínico

CMS publica las más recientes pruebas con dispensa aprobadas por la FDA

Número de *MLN Matters*®: MM9563
 Número de petición de cambio relacionado: 9563
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3479CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9563 informa a los contratistas sobre las nuevas pruebas con dispensa de Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA).

Las pruebas aprobadas más recientes se enumeran en el artículo proporcionado en el enlace a continuación. Los códigos del The Current Procedural Terminology (CPT®) para estas nuevas pruebas deben presentarse junto con el modificador 'QW' para ser reconocidas como una prueba con dispensa.

Nota: El código G6040QW se suspendió el 31 de diciembre de 2015. Todas las pruebas que anteriormente

tenían el código G6040QW ahora se les asigna G0477QW.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9563.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9563, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3479CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3479, CR 9563

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.

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Revisión médica

Prepago del código de evaluación y manejo 99204 y 99205

Un análisis de datos fue llevado a cabo recientemente debido a la alta tasa de error del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) para los servicios de evaluación y manejo pertenecientes a los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 99204 (nueva visita de oficina/paciente externo) y 99205 (nueva visita de oficina/paciente externo). Las revisiones de CERT indicaron que los errores se basaron en documentación insuficiente y servicios codificados incorrectamente.

Requerimientos de documentación

El manual de la American Medical Association (AMA) CPT® define el código 99204 como sigue:

Visita de oficina u otra visita ambulatoria para la evaluación y manejo (E/M) de un paciente nuevo, el cual requiere estos tres componentes clave:

- Un historial completo
- Un examen completo
- Toma de decisión médica de moderada complejidad

Usualmente el problema(s) que se presenta es de severidad moderada a alta. Típicamente, se pasan 45 minutos cara a cara con el paciente y/o familia

El manual de CPT® de la American Medical Association (AMA) define el código 99205 como sigue:

Visita de oficina u otra visita de paciente externo para la evaluación y manejo (E/M) de un paciente nuevo, lo cual requiere tres componentes clave:

- Un historial completo
- Un examen completo
- Toma de decisión médica de alta complejidad

Revisión de prepago para los código CPT® 99222 y 99223

Los servicios principales de First Coast Service Options Inc. (First Coast) con errores de pago identificados por la Parte B del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) continúan siendo servicios de evaluación y manejo. First Coast llevó a cabo un análisis de datos de los códigos 99222 y 99223 (atención hospitalaria inicial) del Current Procedural Terminology® (CPT®). Los datos indican que las especialidades de medicina interna y cardiología son los principales contribuyentes a la tasa de error CERT para los servicios de atención hospitalaria posteriores.

Requisitos de documentación

El manual CPT® de la American Medical Association (AMA) define el código 99222 como sigue:

Atención hospitalaria inicial, por día, para la evaluación y manejo de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave:

- Una historia detallada;

Usualmente el problema(s) que se presenta es de severidad moderada a alta. Típicamente, se pasan 60 minutos cara a cara con el paciente y/o familia.

Además, las reclamaciones presentadas con el código de E/M 99204 y 99205 deben ser respaldadas por documentación que indica la necesidad médica para este nivel de servicio.

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

- La [página de servicios de evaluación y manejo \(E/M\)](#) de First Coast, que ofrece enlaces a herramientas, preguntas frecuentes (FAQ), aprendizaje en línea y recursos adicionales

El archivo de las [pautas del manual electrónico de CMS \(IOM\)](#) (en inglés) de CMS que aborda múltiples tipos y escenarios pertenecientes a los servicios de E/M.

En adición, en los últimos años First Coast ha ofrecido múltiples webcasts que abordan asuntos de E/M, los cuales han sido grabados y pueden ser accedidos en [First Coast University](#). E/M continuará siendo un punto de enfoque en los próximos meses – por favor verifique su calendario de eventos para que esté consciente de la educación de E/M que está siendo ofrecida.

First Coast implementará un límite de prepago para la revisión de prepago del código CPT® 99204 y 99205, el cual aplica a las reclamaciones procesadas a partir del 7 de abril de 2016.

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

- Un examen detallado;
- Toma de decisiones médicas de complejidad moderada

El asesoramiento y/o coordinación de atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias, se proporcionan de forma consistente con la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente y/o familiares.

Por lo general, el problema(s) que requiere admisión es de severidad moderada. Típicamente, se pasan 50 minutos junto a la cama y en el piso o unidad de hospitalización del paciente.

El manual CPT® de AMA define el código 99223 como sigue:

Atención hospitalaria inicial, por día, para la evaluación y manejo de un paciente, que requiere estos 3 componentes clave:

Ver **REVISIÓN**, en la próxima página

REVISIÓN

De la página anterior

- Una historia detallada de intervalo;
- Un examen detallado;
- Toma de decisiones médicas de alta complejidad

El asesoramiento y/o coordinación de atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias, se proporcionan de forma consistente con la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente y/o familiares.

Por lo general, el problema(s) que requiere admisión es de suma gravedad. Típicamente, se pasan 70 minutos junto a la cama y en el piso o unidad de hospitalización del paciente.

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

- La [página de servicios de evaluación y manejo E/M](#) de First Coast ofrece enlaces a herramientas,

preguntas frecuentes, aprendizaje en línea y recursos adicionales

- Las [pautas del manual electrónico \(IOM\)](#) de CMS aborda múltiples tipos y escenarios relativos a los servicios de E/M

Acciones de First Coast

En respuesta al alto porcentaje de las tasas de error y los riesgos continuos de pagos indebidos asociados con la atención hospitalaria inicial facturada, First Coast estará implementando una auditoría de prepago para revisión médica de los códigos CPT® 99222 por todas las especialidades y el código CPT® 99223 facturado por la especialidad de cardiología. La nueva auditoría se basará en un límite de reclamaciones presentadas para pago por las especialidades en un esfuerzo por reducir las tasas de error para estos servicios hospitalarios. La auditoría se llevará a cabo para las reclamaciones procesadas a partir del 7 de abril de 2016.

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

Revisión prepago para los código CPT® 99232 y 99233

Los servicios principales de First Coast Service Options Inc. (First Coast) con errores de pago identificados por la Parte B del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) continúan siendo servicios de evaluación y manejo. First Coast llevó a cabo un análisis de datos de los códigos 99232 y 99233 (atención hospitalaria posterior) del Current Procedural Terminology® (CPT®). Los datos que indican especialidades de medicina interna y cardiología son los principales contribuyentes a la tasa de error CERT para los servicios de atención hospitalaria posteriores.

Requisitos de documentación

El manual CPT® de la American Medical Association (AMA) define el código 99232 como sigue:

Atención hospitalaria posterior, por día, para la evaluación y manejo de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave:

- Un problema expandido enfocado en la historia de intervalo;
- Un problema expandido enfocado en el examen;
- Toma de decisiones médicas de complejidad moderada

El asesoramiento y/o coordinación de atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias, se proporcionan de forma consistente con la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente y/o familiares.

Por lo general, el paciente está respondiendo inadecuadamente a la terapia o ha desarrollado una complicación menor. Por lo general, se pasan 25 minutos junto a la cama y en el piso o en la unidad de

hospitalización del paciente.

El manual CPT® de AMA define el código 99233 como sigue:

Atención hospitalaria posterior, por día, para la evaluación y manejo de un paciente, que requiere al menos 2 de estos 3 componentes clave:

- Una historia detallada de intervalo;
- Un examen detallado;
- Toma de decisiones médicas de alta complejidad

El asesoramiento y/o coordinación de atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias, se proporcionan de forma consistente con la naturaleza del problema(s) y las necesidades del paciente y/o familiares.

Por lo general, el paciente es inestable o ha desarrollado un nuevo problema significativo. Por lo general, se pasan 35 minutos junto a la cama y en el piso o en la unidad de hospitalización del paciente.

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

- La [página de servicios de evaluación y manejo E/M](#) de First Coast ofrece enlaces a herramientas, preguntas frecuentes, aprendizaje en línea y recursos adicionales
- Las [pautas del manual electrónico \(IOM\)](#) de CMS aborda múltiples tipos y escenarios relativos a los servicios de E/M

Ver **REVISIÓN**, en la próxima página

REVISIÓN

De la página anterior

Acciones de First Coast

En respuesta al alto porcentaje de las tasas de error y los riesgos continuos de pagos indebidos asociados con la atención hospitalaria posterior facturada por los especialistas de medicina interna y cardiología, First Coast estará implementando una auditoría de prepago para revisión médica de los códigos CPT® 99232 y 99233 facturados por cardiología; y el código CPT® 99232

Notificación de investigación generalizada para el código CPT® 99214

First Coast Service Options Inc. (First Coast) llevará a cabo una investigación generalizada (WSP) en respuesta a un patrón de facturación anormal identificado para el código Current Procedural Terminology (CPT®) 99214 (visita establecida de oficina/ambulatoria).

Los tipos de proveedores afectados incluyen medicina interna, práctica de familia y cardiología. Las revisiones del programa de pruebas integrales de tasas de error

Prepago del código de evaluación y manejo 99215



First Coast Service Options Inc. (First Coast) recientemente llevó a cabo un análisis de datos debido a la tasa de error del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) para el servicio de evaluación y manejo referente al código de Current Procedural Terminology (CPT®) 99215 (oficina/visita ambulatoria establecida). Las revisiones de CERT indicaron que los errores fueron en base a la documentación insuficiente, servicios médicamente innecesarios y los servicios incorrectamente codificados.

Requerimientos de documentación

El manual de CPT® de la American Medical Association (AMA) define el código 99215 como sigue:

Oficina u otra visita ambulatoria para evaluación y manejo (E/M) de un paciente establecido, lo cual requiere al menos dos de estos tres componentes clave:

- Un historial completo
- Un examen completo

facturado por la especialidad de medicina interna. La nueva auditoría se basará en reclamaciones presentadas por las especialidades de cardiología y medicina interna en un esfuerzo por reducir las tasas de error para estos servicios hospitalarios. La auditoría se llevará a cabo para las reclamaciones procesadas a partir del 15 de marzo de 2016.

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

(CERT) indicaron que los errores fueron basados en documentación insuficiente, servicios médicamente innecesarios y servicios codificados incorrectamente.

First Coast completará una WSP para las fechas de servicio del 1 de agosto de 2015, al 31 de enero de 2016, para validar que la documentación respalda la necesidad médica y el nivel de cuidado facturado.

- *Toma de decisión médica de alta complejidad*

Usualmente el problema(s) que se presenta es de severidad moderada a alta. Típicamente, 40 minutos se pasan cara a cara con el paciente y/o familia.

Además, las reclamaciones presentadas con el código E/M 99215 deben ser respaldadas por documentación que indica la necesidad médica para este nivel de servicio.

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

- La [página de servicio de evaluación y manejo \(E/M\)](#) de First Coast, ofreciendo enlaces a herramientas, preguntas frecuentes (FAQ), aprendizaje en línea y recursos adicionales
- El archivo de las [pautas del manual electrónico de CMS \(IOM\)](#) (en inglés) que abarcan múltiples tipos y escenarios pertenecientes a los servicios de E/M

Además, en los años recientes First Coast ha ofrecido múltiples webcasts que abarcan asuntos de E/M, los cuales han sido grabados y pueden ser accedidos en [First Coast University](#). La E/M continuará siendo un punto de enfoque en los próximos meses – por favor verifique nuestro calendario de eventos para estar al tanto de la educación de E/M que está siendo ofrecida.

First Coast implementará el límite de prepago adicional para la revisión de prepago del código de CPT® 99215 que será aplicado a las reclamaciones procesadas a partir del 15 de marzo de 2016.

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

Código de prepago de evaluación y manejo (E/M) 99291

Un análisis de datos reciente relacionado a los servicios de cuidado crítico ha identificado que First Coast Service Options (First Coast) está en alto riesgo de error de pago de reclamación. First Coast continua teniendo una alta tasa de error del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) relacionadas a la utilización del código CPT® 99291. Los errores incluyen la codificación incorrecta y/o documentación insuficiente para respaldar el código 99291, el cual es definido en el manual del código Current Procedural Terminology (CPT®) 99291 de la siguiente manera:

- Cuidado crítico, evaluación y manejo del paciente críticamente enfermo o críticamente herido; primeros 30-74 minutos

Según lo descrito en el Medicare Claims Processing Manual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), publicación 100-04, capítulo 12 y sección 30.6.12:

- El cuidado crítico envuelve una toma de decisión de alta complejidad para evaluar, manipular y apoyar la función(es) del sistema vital para tratar la falla de uno o múltiples sistemas de órganos vitales y/o para prevenir un mayor deterioro amenazante a la vida de la condición del paciente
- Ejemplos del fallo del sistema de órganos vitales incluyen, pero no están limitados a: fallo del sistema nervioso central, fallo circulatorio, shock, fallo renal, hepático, metabólico y/o respiratorio. Aunque el cuidado crítico típicamente requiere la interpretación de múltiples parámetros fisiológicos y/o la aplicación de tecnología avanzada, el cuidado crítico puede ser provisto en situaciones amenazantes a la vida cuando estos elementos no están presentes



La provisión del cuidado médico a un paciente críticamente enfermo, herido o postoperatorio califica como un servicio de cuidado crítico sólo si la enfermedad o accidente y el tratamiento que está siendo provisto cumplen con los requerimientos de arriba.

Los servicios de cuidado crítico deben ser médicamente necesarios y razonables. Los servicios provistos que no cumplen con los requerimientos para los servicios de cuidado crítico o servicios provistos para un paciente que no está críticamente enfermo o herido de acuerdo con las

definiciones y criterios de arriba pero que resulta estar en cuidado crítico, cuidado intensivo u otra unidad de cuidado especializado deben ser reportados utilizando otro código de E/M apropiado (por ejemplo, atención hospitalaria posterior, códigos CPT® 99231 - 99233).

El cuidado crítico es usualmente, pero no siempre, provisto en un área de cuidado crítico tal como una unidad de cuidados coronarios, unidad de cuidado intensivo, unidad de cuidado respiratorio o el departamento de emergencia. Sin embargo, se puede efectuar el pago por los servicios de cuidado crítico provistos en cualquier localidad, siempre y cuando el cuidado provisto cumpla con la definición de cuidado crítico.

El cuidado crítico es un servicio basado en tiempo y para cada fecha y entrada de encuentro, la nota(s) de progreso del médico deben documentar el tiempo total que los servicios de cuidado crítico fueron provistos. La duración de los servicios de cuidado crítico a ser reportados es el tiempo que el médico pasó evaluando, proporcionando cuidado y administrando el cuidado del paciente críticamente enfermo o herido. Ese tiempo debe ser dedicado junto a la cama o en otro lugar en el piso o unidad mientras el médico está disponible inmediatamente para el paciente. Para cualquier periodo de tiempo dado dedicado a proporcionar servicios de cuidado crítico, el médico debe dedicar su completa atención al paciente y por lo tanto, no puede proveer servicios a cualquier otro paciente durante el mismo periodo de tiempo.

Los códigos de cuidado crítico CPT® 99291 y 99292 son utilizados para reportar la duración total del tiempo dedicado por un médico proveyendo los servicios de cuidado crítico a un paciente críticamente enfermo o críticamente herido, aun cuando el tiempo dedicado del médico en esa fecha no es continuo. El tiempo no continuo para los servicios de cuidado crítico médicamente necesarios pueden ser agregados. El reportar el código CPT® 99291 es un prerrequisito para reportar el código CPT 99292. Los médicos de la misma especialidad dentro de la misma práctica de grupo facturan y son pagados como si fueran un médico sólo.

Respuesta de First Coast

En respuesta a los continuos errores CERT y el riesgo de pagos inadecuados First Coast implementará una edición de límite de prepago para las reclamaciones del código CPT® 99291 presentadas a partir del 15 de marzo de 2016, que aplicará a todos los proveedores dentro de la jurisdicción de Florida de First Coast.

Servicios quiroprácticos

Cobertura de Medicare para los servicios quiroprácticos – requerimientos de documentación para las visitas



Número de *MLN Matters*®: SE1601
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

El programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) anteriormente ha informado una tasa de error

Uso del modificador AT para la facturación de quiropráctica

Número de *MLN Matters*®: SE1602
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

El programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) anteriormente ha informado una tasa de error tan alta como de un 54 por ciento para los servicios quiroprácticos. La mayoría de tales errores fueron debido a documentación insuficiente u otros errores de documentación.

Este artículo fue desarrollado para proporcionar una explicación del modificador AT para asistir a los proveedores con la documentación correcta de las reclamaciones para los servicios quiroprácticos prestados

tan alta como un 54 por ciento para los servicios quiroprácticos. La mayoría de tales errores fueron debido a documentación insuficiente u otros errores de documentación.

Este artículo ayudará a clarificar la política de Medicare sobre la cobertura de Medicare de los servicios quiroprácticos para los beneficiarios de Medicare y los requerimientos de documentación para la visita inicial y las visitas subsiguientes al quiropráctico.

Recordatorio: First Coast Service Options proporciona una *lista de verificación* para ayudar a responder a las solicitudes de documentación de registro médico.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1601.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1601

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.

a los beneficiarios de Medicare.

Recordatorio: First Coast Service Options provee una *lista de verificación* para ayudar a la hora de responder a las solicitudes de documentación de registros médicos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1602.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1602

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

Recursos educativos para asistir a los quiroprácticos con la facturación de Medicare

Número de *MLN Matters*[®]: SE1603
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

El programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) ha informado anteriormente una tasa de error tan alta como 54 por ciento para los servicios quiroprácticos. La mayoría de tales errores fueron debido a documentación insuficiente u otros errores de documentación.

Este artículo proporciona una lista detallada de los recursos educativos/informativos relacionados a lo siguiente que puede ayudar a los quiroprácticos a evitar estos errores:

- Información de inscripción
- Cobertura, documentación y facturación

- Información de notificación anticipada al beneficiario (ABN)



Recordatorio: First Coast Service Options provee una *lista de verificación* para asistir a la hora de responder a las solicitudes de documentación de registro médico.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1603.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1603

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

No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Suscripción a Medicare Parte B

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

Esta suscripción incluye todos las ediciones publicadas desde octubre 2015 hasta la fecha.

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

BRCA1 and BRCA2 Genetic Testing – nueva LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L36499 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura (LCD), de las pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2, ha sido adoptada por el MAC JN. La evidencia en la literatura científica publicada, revisada por expertos indica que las pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 son apropiadas para un subconjunto específico de individuos adultos que han sido identificados en riesgo de cáncer hereditario del seno y de los ovarios. Las pruebas genéticas BRCA1 y BRCA2 es un servicio cubierto para una mutación conocida en una familia para individuos con indicios y/o síntomas de cáncer del seno, un historial personal de cáncer de ovario epitelial, trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario, historial personal de cáncer pancreático o cáncer de la próstata que cumple con ciertos criterios. Medicare es un programa de beneficio definido y requiere que la prueba sea solamente realizada en pacientes con indicios y síntomas de enfermedad. Por lo tanto, las pruebas de los

individuos no afectados o miembros familiares no es un servicio cubierto de Medicare.

Las LCD abordan una visión general de las pruebas BRCA1 y BRCA2, criterios para las indicaciones de cobertura, limitaciones de cobertura, pruebas de panel multigenético y resultados de pruebas y manejo.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 11 de abril 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](#).

Hyperbaric Oxygen (HBO) Therapy – nueva LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L36504 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El centro de innovación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ha asumido la responsabilidad de implementar una cantidad de proyectos de demostración específicos autorizados y financiados por ley. Los hallazgos de estas demostraciones informan los posibles cambios en el pago del cuidado de salud y política, tanto como el desarrollo y pruebas de los nuevos modelos, si es apropiado.

La terapia con oxígeno hiperbárico que no sea de emergencia era uno de los enfoques debido a las altas incidencias de los pagos inadecuados para estos servicios según lo reportado por la oficina del departamento de salud y servicios humanos del inspector general, así como las preocupaciones sobre los beneficiarios que reciben servicios que no son médicamente necesarios. El modelo de autorización previa para la terapia con oxígeno hiperbárico que no sea de emergencia fue implementado en Illinois, Michigan y New Jersey [J6, J8 y JL-Novitas (compañía hermana de First Coast)]. First Coast (MAC JN) no participó en el modelo de autorización previa.

Sin embargo, el análisis de datos de First Coast identificó un aumento en la utilización de la terapia de oxígeno hiperbárico. Los datos médicos estadísticos del sistema de resumen de extracción de Medicare Parte B (BESS) obtenidos para las fechas de servicio del 1 de julio de 2014, hasta el 31 de diciembre de 2014 indicaron una relación de portadora a la nación para Florida al *1.92 (entre 50-100 por ciento sobre el promedio nacional) y para Puerto Rico *3.50 (entre 200-250 por ciento sobre el promedio nacional) para el código de procedimiento 99183. Debido al riesgo de error de pago de reclamación

de cantidades altas, First Coast tomó esta oportunidad para adoptar la determinación de cobertura local (LCD) de Novitas dado a que es consistente con los estándares de cuidado según lo identificado durante el proyecto de demostración.

La LCD de terapia con oxígeno hiperbárico (HBO) aborda las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, limitaciones, códigos *Current Procedural Terminology*® (CPT®), pautas de documentación y pautas de utilización. Cabe señalar: Los códigos de ICD-10 no están incluidos en esta LCD. Es responsabilidad del proveedor seleccionar los códigos llevados a cabo al más alto nivel de especificidad y seleccionados del libro de código de ICD-10-CM adecuado para el año en el cual el servicio es prestado para la reclamación(es) presentada. Para la lista de los códigos de diagnóstico no modificables de CMS, por favor refiérase a la determinación de cobertura nacional (NCD) 20.29 de terapia con oxígeno hiperbárico para los diagnósticos cubiertos y haga referencia a TN 1580 (CR 9252).

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para los servicios prestados a **partir del 11 de abril 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](#).

LCD retiradas

Left atrial appendage closure or occlusion – borrador de LCD de Parte A y Parte B retirado J9213

Identificador de LCD: DL36620 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El borrador de la determinación de cobertura local (LCD) para el cierre u oclusión del apéndice ventricular izquierdo está siendo retirado. El borrador de la LCD fue publicado para el periodo de comentario de 45 días la semana del 1 de febrero de 2016, que fue visible al público el 11 de febrero de 2016.

El contratista se dio cuenta de que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron un memorando de la decisión final para la terapia de cierre del apéndice ventricular izquierdo (LAA) por vía percutánea (CAG-00445N) el 8 de febrero de 2016,

abordando el cierre de LAA para la fibrilación auricular no valvular (NVAf) a través de la cobertura con desarrollo de evidencia (CED) bajo 1862(a)(1)(E) del Social Security Act bajo ciertas condiciones. Debido al memorando de la decisión final de CMS abordando la cobertura del cierre de LAA bajo CED, el contratista ha retirado el borrador actual de la LCD.

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

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

Revisiones a las LCD existentes

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 la mamografía de evaluación y diagnóstico fue revisada en base al análisis de datos por el Program Safeguards Communication Group (PSCG) en First Coast Service Options relacionado a la utilización excesiva de la ecografía del seno facturada el mismo día como mamografía en Puerto Rico y en Florida. Esta política no describe las indicaciones y limitaciones completas de la ecografía del seno pero aborda las limitaciones de la evaluación de mamografía con ecografía del seno. El beneficio de Medicare para la evaluación de mamografía no incluye la ecografía del seno. Y es así, como la evaluación rutinaria de cáncer del seno con ecografía (incluyendo pacientes con denso tejido mamario) no es un servicio cubierto de Medicare.

Si la ecografía del seno es médicamente razonable y necesaria y es realizada con una mamografía de evaluación, la mamografía es considerada una prueba diagnóstica. La solicitud (orden) para el examen de ecografía debe ser originada por el médico que trata/

NPP. (Este requerimiento no es aplicable a los radiólogos basados en hospital para ecografía del seno ambulatoria o de paciente externo.) Si el centro de pruebas no ordena la ecografía del seno y no puede alcanzar al médico/profesional de la salud para obtener una nueva orden para la adición de la ecografía del seno, cuando sea necesario, y documenta esto en el registro médico, entonces el centro de pruebas puede suministrar la prueba de diagnóstico adicional bajo ciertos criterios, los cuales están listados en la LCD finalizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del **11 de abril 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](#).

Erythropoiesis Stimulating Agents – revisión a la LCD de Parte AB

Identificador de LCD: L36276 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los agentes estimulantes de la eritropoyesis se revisó para eliminar el código de diagnóstico de ICD-10-CM D47.0 de "J0881 List 1" en la sección de la LCD "ICD-10 Codes that Support Medical Necessity" y reemplazarlo con el

código de diagnóstico de ICD-10-CM D47.1. El código de diagnóstico de ICD-10-CM D47.0 fue añadido por error a "J0881 List 1" cuando los códigos de diagnóstico de ICD-9-CM fueron transferidos a ICD-10-CM.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 1 de marzo de 2016**,

Ver **ERYTHROPOIESIS**, en la próxima página

ERYTRHOPOIESIS

De la página anterior

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](#).

Vitamin D; 25 Hydroxy, includes Fraction(s), if performed – LCD revisada de Parte AB

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

La determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; Hidroxi, incluye fracción(es), si es realizada, fue revisada en base al análisis de datos por el Program Safeguards Communication Group (PSCG) en First Coast Service Options, así como, los asuntos de las pruebas integrales de tasas de error (CERT) relacionados a la ausencia de la necesidad médica documentada para las pruebas de vitamina D. Según lo declarado en la sección “Limitations” de la LCD, las pruebas de ensayo de vitamina D no está cubierta para la evaluación rutinaria; por lo tanto, el cuidado preventivo no se reconoce como una indicación cubierta para las pruebas de vitamina D sérica. Las pruebas que son realizadas en la ausencia de indicios, síntomas, quejas, historial personal de enfermedad o lesión no están cubiertas por Medicare excepto cuando hay una disposición legal que cubre

explícitamente las pruebas para la detección, según lo descrito en el manual de Medicare. Las siguientes secciones de la LCD fueron revisadas: “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity,” “Documentation Requirements” y “Utilization Guidelines.”

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del **11 de abril 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](#).

Botulinum toxins – revisión a la LCD de Parte A y Parte B (J0585, J0588)

Identificador de LCD: L33274 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para toxinas botulínicas fue revisada en base a las solicitudes de reconsideración para incluir la indicación, espasticidad de las extremidades superiores en pacientes adultos para Xeomin, la cual fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 22 de diciembre de 2015 y la indicación, espasticidad de las extremidades inferiores en pacientes adultos para Botox, la cual fue aprobada por FDA el 21 de enero de 2016. La sección “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de la LCD fue revisada para añadir estas indicaciones.

También, “spastic hemiplegia” y “spasticity related to stroke” fueron removidos de la sección “Off Label Indications for Botox” de la LCD y añadidos a la sección “FDA Indications for Botox” de la LCD. En adición, los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM G80.1, I69.061-I69.065, I69.161- I69.165, I69.261-I69.265 y I69.361-I69.365 fueron añadidos bajo la sección “ICD-10

Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para el código de procedimiento J0585.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para Xeomin es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del **29 de marzo de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 22 de diciembre de 2015**. La revisión de la LCD para Botox es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 29 de marzo de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 21 de enero de 2016**. Las LCD 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](#).

Botulinum toxins – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33274 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para las toxinas de Botulinum fue revisada en base a una solicitud de reconsideración para incluir la indicación de la espasticidad de las extremidades superiores en pacientes adultos para Dysport, que fue aprobado por la FDA el 15 de julio de 2015. La sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fue revisada para agregar esta indicación.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas en o después del 24 de febrero de 2016, para los servicios prestados en o después del 15 de julio 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](#).

Bisphosphonates (IV) and monoclonal antibodies (HCPCS code J3489 [Reclast®]) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para biofosfanatos (intravenosos [IV]) y los anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada para cambiar el rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM M88.1-M88.9 al rango de código de diagnóstico de ICD-10-CM M88.0-M88.9 para el código HCPCS J3489 (Reclast®) en la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas en o después del 10 de marzo de 2016, por 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](#).

G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) – aclaración relacionada con el código HCPCS Q5101

Identificador de LCD: L34002 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La petición de cambio (CR) 9205 (actualización de julio de 2015 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios [OPPS] de hospital) y la CR 9152 (actualización trimestral de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud [MPFSDB] – actualización de julio CY 2015) incluyeron la fecha efectiva para el código HCPCS Q5101 como el 6 de marzo de 2015. En ese momento, la determinación de cobertura local (LCD) para G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) fue actualizada para incluir código HCPCS Q5101 con una fecha efectiva del 6 de marzo de 2015.

Desde ese momento, con base en la dirección de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS),

los MAC A/B utilizan el 1 de julio de 2015 como la fecha efectiva del código HCPCS Q5101. Por lo tanto, este artículo sirve para aclarar que la fecha efectiva de la adición del código HCPCS Q5101 a la LCD G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) es el 1 de julio de 2015.

Fecha de vigencia

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <http://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Implantable Miniature Telescope – revisión a la LCD

Identificador de LCD: L33377 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para telescopio miniatura implantable se revisó para eliminar el lenguaje relacionado con los centros de cirugía ambulatoria (ASC) y el código HCPCS C1840 de la sección de la LCD “CPT®/HCPCS Codes” debido a que el lenguaje ya no es aplicable pues la LCD es ahora una LCD A/B combinada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 1 de marzo 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](#).

Genetic testing for Lynch syndrome and special histochemical stains and immunohistochemical stains – revisión a las LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L34912, L36234 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para las pruebas genéticas para el síndrome de Lynch fue revisada en la sección de la LCD “Indications of Coverage” para actualizar la narrativa de la detección de tumores del síndrome de Lynch para alinearla con la narrativa en la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” de manchas histoquímicas y manchas de inmunohistoquímica especiales. El lenguaje actualizado en ambas LCD dice lo siguiente:

La LCD de manchas histoquímicas y manchas de inmunohistoquímica especiales se revisó para cambiar la edad para la prueba del síndrome de Lynch de ≤ 50 a \leq

70, bajo la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Template template template template template template template template template template template template template. 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](#).

Major joint replacement (hip and knee) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33618 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Después de la fecha de implementación del 1 de octubre de 2015, de los conjuntos de código de diagnóstico de ICD-10-CM, First Coast Service Options, Inc., (First Coast) tuvo conocimiento de las reclamaciones denegadas de manera inapropiada relacionadas con los requisitos del código de procedimiento dual de ICD-10-CM. Desde ese momento, la edición del sistema ha sido corregida y la sección CPT®/HCPCS de la determinación de cobertura local (LCD) ha sido revisada para eliminar el requisito de código dual del procedimiento.

Además, el requisito de diagnóstico dual se ha eliminado y los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM Z89.621 - Z89.622 (ausencia adquirida de la articulación de la cadera derecha/izquierda) se añadieron para apoyar la necesidad médica para los códigos de *Current Procedural Terminology (CPT®)* 27130, 27132, 27134, 27137 y 27138. Además, el rango de códigos Z89.521-Z89.522 (ausencia adquirida de la rodilla derecha/izquierda) se añadió para

apoyar la necesidad médica de los códigos CPT® 27445, 27447, 27486 y 27487.

No se requiere ninguna acción por parte de los proveedores; un ajuste masivo se realizará para corregir cualquier reclamación denegada indebidamente.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 2 de marzo de 2016**, para las fechas de servicio **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](#).

Viscosupplementation therapy for knee – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación para la rodilla fue revisada en base a una petición de reconsideración para remover el siguiente texto, “Per the Food and Drug Administration (FDA) package insert, the effectiveness of Monovisc™ has not been established for more than one course of treatment” (“Según las indicaciones de la Food and Drug Administration (FDA) en el empaque, la efectividad de Monovisc™ no ha sido establecida para más de un curso de tratamiento”) de la sección “Limitations” de la LCD.

También, el texto, “(la efectividad de Monovisc™ no ha sido establecida para más de un curso de tratamiento)” fue removido de la sección “Utilization Guidelines” de la LCD. En adición, “Monovisc™” fue añadido indicando

que es administrado como una sola inyección por sesión de tratamiento en la sección “Utilization Guidelines” de la LCD..

Fecha de vigencia

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

Computerized corneal topography – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L33810 (Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la topografía corneal computarizada fue revisada para añadir el código de diagnóstico de ICD-10-CM T86.848 (otras complicaciones de trasplante de córnea) 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 24 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](#).

Información médica adicional

Reclamaciones presentadas nuevamente después de una revisión clínica de registros

Como parte del proceso de análisis de datos rutinario de First Coast Service Options (First Coast) hemos identificado y estamos monitoreando un aumento en la cantidad de proveedores que están cancelando y/o volviendo a enviar reclamaciones que deben ser presentadas a través del proceso de apelaciones. First Coast ve esto como un abuso del proceso y está considerando acciones adicionales para abordar el problema.

El sistema de procesamiento de la **Parte A** (sistema compartido del intermediario fiscal o FISS) está diseñado para permitir a los proveedores cancelar y volver a enviar una reclamación cuando es apropiado. Los casos apropiados incluyen aquellas situaciones donde una reclamación ha sido rechazada debido a envíos incompletos, información ausente y envíos inválidos.

El sistema de procesamiento de reclamaciones de la

Parte B (Multi-carrier system o MCS) no está diseñado para permitir que un proveedor cancele una reclamación, pero si permite que una reclamación sea vuelta a enviar si es adecuado.

Una reclamación que ha sido revisada clínicamente y/o denegada nunca debe ser vuelta a enviar como una reclamación, sino como una redeterminación

Cuando se envía una carta (solicitud de desarrollo adicional) a su oficina preguntando por registros del paciente, una reclamación ha fallado una de las ediciones programadas previamente en nuestros sistemas de procesamiento. Esta edición puede incluir códigos de procedimiento, combinaciones de código, modificadores, determinación de cobertura local o nacional, patrones de facturación, parámetros de utilización, etc. Aunque existe

Ver **RECLAMACIONES**, en la próxima página

RECLAMACIONES

De la página anterior

la auditoría específica del proveedor, la mayoría de las solicitudes son específicas al servicio y creadas para buscar ver a cualquiera que esté facturando uno de los subconjuntos mencionados arriba.

Las revisiones de registros son completadas inicialmente por el personal médico de la compañía o MD en el departamento de integridad del programa. Una vez una decisión de reclamación es denegación en base a que un servicio “no es médicamente razonable y necesario,” el

proceso correcto o el próximo paso es seguir el proceso de apelación. Al seguir el proceso de apelación se le brinda la oportunidad de incluir certificados, registros de firmas, registros ausentes u omitidos, añadir adiciones, etc. Adicionalmente, permite que un conjunto diferente de revisores clínicos miren sus registros. Volver a enviar la reclamación en lugar de solicitar una apelación (redeterminación) es considerado un abuso del programa y añade un escrutinio adicional a la revisión médica para su práctica por nuestro departamento de análisis de datos.

Marcapasos cardiacos permanentes de una cámara y de cámara dual – facturación y codificación de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: [A54926](#) (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura nacional (NCD) 20.8.3 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), marcapasos cardiacos permanentes de una cámara y de cámara dual, fue efectiva el 13 de agosto de 2013.

Los contratistas administrativos de Medicare de CMS (MAC) A/B tienen la instrucción de implementar la NCD a nivel local hasta que CMS pueda revisar las instrucciones formales de procesamiento de reclamaciones. Todos los aspectos de la política de NCD en la publicación 100-03, *NCD Manual*, sección 20.8.3, permanecen en efecto. Este artículo sirve como un aviso de 45 días para las instrucciones de codificación y facturación para la

implementación de NCD 20.8.3.

Fecha de vigencia

Este artículo de codificación y facturación es efectivo para los servicios prestados **a partir del 1 de mayo de 2016**.

Los artículos 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](#).

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.

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

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

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

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

Asistencia técnica del SPOT

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

Direcciones

Reclamaciones

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

Redeterminaciones

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

Redeterminación de sobrepagos

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

Reconsideraciones

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

Preguntas generales

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

Inscripción del proveedor

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

Política médica

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

MSP

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

Sobrepagos

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

Educación y alcance de Medicare

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes Freedom of Information Act

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

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

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

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@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