

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Abril 2016



En esta edición

Códigos de diagnóstico de ICD-10-CM	3
Requerimientos de inscripción del proveedor.....	4
Reclamaciones del centro de salud rural.....	9
Requisito de facturación del programa	11
Servicios de examen radiológico	18

Actualización de las listas de códigos de comentarios de remesas de pago y de códigos de denegación de ajuste de reclamación

Número de *MLN Matters*®: MM9466
Número de petición de cambio relacionado: 9466
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de abril de 2016
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3489CP
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9466 anuncia las actualizaciones de los códigos de comentarios de remesas de pago, códigos de denegación de ajuste de reclamación, Medicare remit easy print (MREP) y PC Print para reflejar los cambios a las políticas de Medicare.

La CR 9466 solamente lista los cambios que han sido aprobados desde la más reciente actualización del código (CR 9278) emitido el 5 de agosto de 2015 y no proporciona una lista completa de códigos para estos dos grupos de códigos.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9466.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9466, 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/R3489CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3489, CR 9466

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 la ley escrita o regulación. Recomendamos que se evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Cobertura

Cambios de julio de 2016 al software de NCD de laboratorio	3
Códigos de diagnóstico de ICD-10-CM para la medición de la masa ósea.....	3

Facturación

Política de pago para la adquisición y donación de órganos.....	4
---	---

Inscripción de proveedores

Requerimientos de inscripción del proveedor para escribir recetas.....	4
--	---

Remesa de pago

Cantidades de principal e interés reportadas en la remesa de pago.....	5
Las actualizaciones adicionales de manuales corrigen los mensajes	6

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	7
MLN Connects® Provider e-News.....	8

Parte A

Asuntos de procesamiento

Reclamaciones del centro de salud rural procesadas incorrectamente.....	9
Eliminación de la porción de procedimientos asignados a una clasificación.....	9
Nuevos códigos de pruebas de drogas que están editando incorrectamente.....	10

Cobertura

Actualizaciones de facturación requeridas para los centros de salud rurales.....	10
Requisito de facturación del programa de hospitalización parcial	11

Información general

SPOT ofrece una opción más eficiente para la presentación del reporte.....	11
--	----

Sistema de pagos prospectivos

CMS emite las especificaciones de abril de 2016 del editor de códigos	12
---	----

Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....

LCD retiradas

Múltiples determinaciones locales de cobertura (LCD)	14
Intensity modulated radiation therapy (IMRT)	14

Revisiones a las LCD existentes

Bendamustine hydrochloride	14
Etoposide (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16)	15
Hemophilia clotting factors	15
Self-administered drug (SAD) list	15
Viscosupplementation therapy	16

Contactos de Parte A

Parte B

Asuntos de procesamiento

Servicios de examen radiológico de la cadera/fémur facturados	18
Mamografía de detección en relación con el médico referente	18

Laboratorio clínico

CMS publica las más recientes pruebas con dispensa aprobadas por la FDA.....	19
--	----

NCCI

CMS emite la actualización trimestral de las ediciones de la iniciativa.....	19
--	----

Revisión médica

Prepago del código de evaluación y manejo (E/M) 99285.....	20
Revisión de investigación generalizada para daptomycin	21

Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....

LCD retiradas

Múltiples determinaciones locales de cobertura (LCD)	23
Intensity modulated radiation therapy (IMRT)	23

Revisiones a las LCD existentes

Bendamustine hydrochloride	23
Etoposide (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16)	24
Hemophilia clotting factors	24
Self-administered drug (SAD) list	24
Viscosupplementation therapy	25
B-Scan – revisión a la LCD Parte B	25

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....

Contactos de Parte B de Florida.....

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes

de Estados Unidos

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.

Cobertura

Cambios de julio de 2016 al software de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*[®]: MM9584
Número de petición de cambio relacionado: 9584
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de marzo de 2016
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3485CP
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

La petición de cambio 9584 anuncia las modificaciones que serán incluidas en el lanzamiento trimestral de julio de la edición del módulo para los servicios clínicos de diagnóstico de laboratorio. El siguiente cambio de la determinación de cobertura nacional (NCD) está programado para la implementación del 5 de julio:

Estudios de hierro sérico (190.18) NCD – los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a edición, modificación clínica. (ICD-10-CM) E61.1, M79.641, M79.642, M79.644 y M79.645 son agregados a las lista de códigos ICD-10-CM que son cubiertos por



Medicare para la NCD (190.18) de estudios de hierro sérico.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9584.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9584, 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/R3485CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3485, CR 9584

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.

Códigos de diagnóstico de ICD-10-CM para la medición de la masa ósea

Número de *MLN Matters*[®]: SE1525 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: CR9252
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo fue revisado 12 de abril para aclarar la eliminación del código M85.8 de la lista de códigos que los proveedores pueden reportar en la página 2. Este artículo fue revisado el 5 de abril para eliminar el código M85.8 de la lista de códigos que los proveedores pueden reportar en la página 2 del artículo. Cualquier otra información es la misma. Este artículo de edición especial aclara la lista de las condiciones cubiertas y los códigos de diagnóstico correspondientes de ICD-10-CM aprobados para los estudios de medición de la masa ósea.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente aclararon una lista de las condiciones cubiertas y los códigos de diagnóstico correspondientes de ICD-10-CM aprobados para los estudios de medición de la masa ósea.

En este artículo de edición especial de *MLN Matters*[®], CMS identifica una serie de códigos de diagnóstico

relacionados a osteopenia los cuales fueron omitidos inadvertidamente en la publicación original de la petición de cambio (CR) 9252.

Bajo ICD-10-CM, el término “Osteopenia” está indexado para la subcategoría de ICD-10-CM M85.8 (otros trastornos especificados de la densidad y estructura ósea). Los códigos en esta subcategoría fueron omitidos inadvertidamente de la hoja de cálculos de CMS que acompaña la CR 9252 y que contiene la lista de las condiciones cubiertas y los códigos de diagnóstico correspondientes descritos en la determinación de cobertura nacional NCD 150.3.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1525.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1525

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

Política de pago para la adquisición y donación de órganos de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1608
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

En este artículo de edición especial ofrece información y recursos para aclarar la política de pago de adquisición y donación de órganos de Medicare para la obtención de órganos, trasplante y los servicios de laboratorio de histocompatibilidad.

Se proporciona esta aclaración para garantizar un reporte adecuado de los costos de adquisición de órganos, incluidos los que viven con intercambio de riñón compatible de donante vivo ((KPD), para lograr el

reembolso adecuado de Medicare.

Nota: La información no transmite ninguna política nueva o modificada.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1608.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1608

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.

Inscripción de proveedores

Requerimientos de inscripción del proveedor para escribir recetas de Medicare Parte D

Número de *MLN Matters*®: SE1434 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) finalizaron las nuevas reglas las cuales requieren que los médicos y profesionales que escriben recetas para medicamentos de la Parte D estén inscritos en un estatus aprobado o que tengan una declaración jurada válida de exclusión voluntaria para que sus recetas sean cubiertas por Medicare. Este artículo fue revisado el 18 de abril para mostrar los cambios de fecha adicionales relacionadas con la aplicación tardía del requisito de inscripción del prescriptor de la Parte D hasta el 1 de febrero de 2017. El resto de información se mantiene igual.



Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) finalizaron las nuevas reglas las cuales requieren que los médicos y, cuando sea aplicable, otros profesionales elegibles que escriben recetas para medicamentos de la Parte D estén inscritos en un estatus aprobado o que tengan una declaración jurada válida de exclusión voluntaria en los archivos para que sus recetas sean

cubiertas bajo la Parte D de Medicare.

De acuerdo con CMS, los prescriptores de medicamentos de la Parte D deben presentar sus solicitudes de inscripción a Medicare o declaraciones juradas a sus contratistas administrativos de Medicare (MAC) para el 1 de junio de 2016, para asegurar que los MAC tengan suficiente tiempo para procesar las solicitudes o declaraciones juradas.

Las reclamaciones de medicamentos recetados de los pacientes de Medicare serán denegadas por sus planes de la Parte D, a partir del 1 de diciembre de 2015, si el prescriptor no tiene una inscripción válida o un estatus de exclusión voluntaria con Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1434.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1434

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

Remesa de pago

Cantidades de principal e interés reportadas en la remesa de pago

Número de *MLN Matters*®: MM9168 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: CR 9168
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de marzo de 2016
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1639OTN
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

La petición de cambio 9168 explica cómo una decisión de apelaciones favorable puede identificar la reclamación y/o el reembolso del principal e interés pagado por Medicare en la remesa de pago. El 19 de abril el artículo fue revisado para reflejar la CR 9168 emitida el 24 de marzo. En el artículo, la fecha de lanzamiento de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR se revisaron.



reembolso del principal e interés pagado por Medicare. La CR 9168 instruye a los MAC a reportar el principal e interés separadamente y también a proveer información de reclamación individual.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9168.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9168, 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/R1639OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1639, CR 9168

Resumen

Actualmente el reporte de las cantidades del principal e interés reembolsado para todas las reclamaciones relacionadas en la remesa de pago (RA) se muestra como una cantidad global. El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid reconoce que esta práctica le crea dificultades en la contabilidad correcta de los pagos. Los proveedores tienen el dinero pero no pueden identificar la reclamación y/o el

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.

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.



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

Número de *MLN Matters*®: MM9562
 Número de petición de cambio relacionado: CR 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

[gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9562.pdf](http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9562.pdf)

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 <https://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 <https://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 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>

Recursos educativos

Calendario de eventos

Mayo de 2016

First Coast y CGS Administrators LLC ofrecen un webinar colaborativo de PAP

Cuando: 10 de mayo 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/0337285.asp>

Teleconferencia de pregúntele al contratista (ACT): Servicios 'incidente a' (B)

Cuando: 11 de mayo 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/0323317.asp>

Solicitudes de desarrollo adicional (ADR) y su impacto económico

Cuando: 26 de mayo de 2016

Hora: 2:00 -3:30 PM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0336494.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, 31 de marzo 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 7 de abril de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 14 de abril de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 21 de abril de 2016](#)

Medicare Learning Network®

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



Asuntos de procesamiento

Reclamaciones del centro de salud rural procesadas incorrectamente

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están al tanto de un problema con las reclamaciones del centro de salud rural procesadas incorrectamente. Estas reclamaciones están siendo retenidas por su contratista administrativo de Medicare (MAC) hasta que este error se pueda corregir.

Resolución

Una revisión del sistema está prevista para el 25 de abril para corregir este problema. Una vez implementado, el MAC liberará todas las reclamaciones afectadas para completar el procesamiento. Por favor, póngase en

contacto con su MAC con cualquier pregunta.

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

Problemas actuales de procesamiento

Aquí hay un enlace a la tabla de los [problemas actuales de procesamiento](#) de 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.

Eliminación de la porción de procedimientos asignados a una clasificación de pago ambulatoria de dispositivos intensivos discontinuados antes de la administración de anestesia

Problema

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han identificado un retraso en el ajuste de la asignación de pago en la bandera 14 del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) en las líneas de reclamación del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) presentadas con el modificador 73 del Current Procedural Terminology (CPT®) como lo instruye la petición de cambio (CR) 9486 titulada, "January 2016 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS)." Este retraso hará que se fije el precio de estas reclamaciones de forma incorrecta desde el 1 de enero de 2016, hasta la implementación trimestral de abril de 2016 de I/OCE.

De acuerdo con las regulaciones en 42 CFR 419.44(b) y la sección 20.6.4 del capítulo Chapter 4 of the Medicare Claims Processing Manual, cuando un procedimiento quirúrgico, para la cual está prevista la anestesia, se termina después de que el paciente está preparado y ha sido llevado a la habitación donde el procedimiento se va a realizar, pero antes de la administración de la anestesia, los hospitales están instruidos para agregar el modificador CPT® 73 a línea de ítem de procedimiento en la reclamación.



Medicare procesa estos elementos de línea mediante la eliminación de la mitad de la asignación completa del programa.

Resolución

En la regla final de 2016 de OPPS/ASC (sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios/centro quirúrgico ambulatorio) que fue publicada en el Federal

Register el 13 de noviembre de 2015, CMS revisó su política de pago para procedimientos quirúrgicos, para la cual la anestesia fue programada, pero que se suspende antes de la administración de la anestesia, se adjunta con el modificador 73 del CPT®.

En concreto, a partir del 1 de enero de 2016, para tales procedimientos que se les asigna una clasificación de pago ambulatorio (APC) de dispositivos intensivos (definidos como aquellas APC con un dispositivo cuya compensación es mayor del 40 por ciento), CMS eliminará la porción completa del dispositivo del pago de procedimiento APC de dispositivos intensivos antes de la aplicación de los ajustes de pago adicional que aplican cuando el procedimiento es discontinuado.

Ver **ELIMINACIÓN**, en la próxima página

ELIMINACIÓN

De la página anterior

Estatus/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

Ninguno. Cuando la edición trimestral de abril de 2016 de I/OCE se implemente con éxito, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) deberán ajustar y volver a procesar todas las reclamaciones presentadas de OPSS con el modificador CPT® 73 con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016. Los MAC deberá

Nuevos códigos de pruebas de drogas que están editando incorrectamente

Problema

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

Resolución

Su contratista administrativo de Medicare (MAC) corregirá cualquier reclamación previamente devuelta a usted por error con estos códigos y el código de denegación W7006. Su contratista administrativo de Medicare (MAC) ha

completar estos ajustes dentro de 45 días a partir de la implementación de actualizaciones trimestrales de abril de 2016.

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.

liberado todas las reclamaciones retenidas.

Estatus/fecha de resolución

Cerrado.

Acción del proveedor

No se requiere acción por parte del proveedor.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Cobertura

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: 23 de marzo de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R1637OTN
 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 24 de marzo para reflejar la más reciente revisión, que examina los detalles de la petición de cambio (CR). Este artículo también fue revisado el 10 de febrero y el 29 de febrero para añadir los ejemplos 5 y 6, corregir el lenguaje en relación con el coaseguro y clarificar 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 <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9269.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9269, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1637OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1637, 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 que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información tiene la intención de brindar un resumen general no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Hospital

Requisito de facturación del programa de hospitalización parcial de 20 horas semanales



Número de *MLN Matters*[®]: SE1607
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

Los pacientes admitidos al programa de hospitalización parcial (PHP) deben tener los siguientes criterios documentados en su plan de atención:

- Estar bajo el cuidado de un médico que certifica la necesidad de hospitalización parcial
- Requieren un mínimo de 20 horas por semana de servicios terapéuticos

Para hacer cumplir el mínimo requerido de 20 horas por semana de servicios terapéuticos, tres nuevas ediciones se llevarán a cabo en la publicación de la edición de julio del editor de códigos ambulatorios integrados (IOCE). Estas nuevas ediciones harán cumplir un requisito de facturación semanal.

Nota: Esta notificación previa se está proporcionando a los proveedores de PHP para que puedan prepararse y planificar con tiempo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1607.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1607

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

Información general

SPOT ofrece una opción más eficiente para la presentación del reporte de costo para los proveedores de Parte A

Los proveedores de Medicare de Parte A pueden ahorrar tiempo y dinero al presentar la información de reporte de costo electrónicamente y llevar a cabo otras *transacciones de reembolso y auditoría del proveedor* a través del SPOT (Secure Online Provider Tool).

Al utilizar el *SPOT para presentar reportes de costo y documentación de respaldo*, los proveedores de Parte A ya no necesitarán enviar por correo paquetes grandes de documentos y archivos multimedia digitales a First Coast Service Options (First Coast). El SPOT es libre de costo para los proveedores que sirven a las necesidades médicas de los beneficiarios cubiertos por la tarifa fija tradicional de Medicare.

Los proveedores de Parte A podrán presentar los siguientes documentos del reporte de costos a través del canal de mensajería segura del SPOT:

- Reporte de costos
- Reaperturas

- Apelaciones
- Solicitud de realineación SSI (DSH)
- Determinación basada en el proveedor
- Presentaciones de índice salarial/combinación ocupacional
- Revisión administrativa/auditoría de documentación adicional
- Presentación de la solicitud FOIA
- Presentación de solicitud PS&R
- Correspondencia general

Para acceder al SPOT, los proveedores con una cuenta de EIDM (enterprise identity management system) existente tendrán que solicitar acceso al SPOT. La mayoría de los hospitales, hogares de ancianos, centros de enfermería especializada, proveedores del tratamiento para enfermedad renal en estado terminal, centros de salud

Ver **SPOT**, en la próxima página

SPOT

De la página anterior

federalmente calificados y centros de salud rurales que ya tienen una cuenta de EIDM a través de su uso del sistema de reembolso estadístico y del proveedor (PS&R). Para los proveedores con cuentas de EIDM establecidas que buscan acceso al SPOT, First Coast provee una [guía paso a paso](#).

Usted debe tener una cuenta de EIDM antes de que pueda acceder al SPOT. First Coast provee [un tutorial para ayudarle a establecer su EIDM y cuentas de SPOT](#). First Coast aprueba la mayoría de las solicitudes para acceder al SPOT dentro de 48 horas.

Además de la presentación del reporte de costo agilizado, el SPOT también proporciona a los proveedores la

habilidad de ver el estatus de reclamaciones y la información de elegibilidad del paciente en línea. Los proveedores pueden usar el SPOT para llevar a cabo un análisis de datos detallado a los niveles de reclamación y del proveedor y reabrir reclamaciones para hacer correcciones clericales en múltiples líneas y presentar redeterminaciones y solicitudes de desarrollo adicional (ADR).

La [guía del usuario del SPOT](#) (en inglés) incluye una descripción completa de la presentación del formulario del reporte de costos a través de la herramienta de mensajería segura.

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

Sistema de pagos prospectivos

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 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. Este artículo fue revisado el 23 de marzo para agregar una línea a la tabla en la parte superior de la página 6, que muestra la edición agregada para G0475. El resto de información permanece igual. Los detalles de la petición de cambio (CR) también fueron revisados para reflejar la revisión de la CR.

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.

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 <https://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 <https://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 que le dirigirán a estatutos y regulaciones de Medicare. La información tiene la intención de brindar un resumen general, no de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones así como cualquier otro material para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Suscripción a Medicare Parte A

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

Múltiples determinaciones locales de cobertura (LCD) de Parte A y Parte B siendo retiradas

Identificador de LCD: L33971, L33992, L33993, L33995, L34044 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en el análisis de datos y una revisión de las determinaciones locales de cobertura (LCD), se determinó que las siguientes LCD ya no son necesarias y, por lo tanto, se retiró.

levocarnitine (Carnitor[®], L-carnitine[®]) – Parte A
epirubicin hydrochloride - Parte A y B
floxuridine (FUDR) – Parte A y B
fludarabine (Fludara[®]) - Parte A y B
mitoxantrone hydrochloride - Parte A y B

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 14 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 <https://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](#).

Intensity modulated radiation therapy (IMRT) – LCD retirada de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33378 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para intensity modulated radiation therapy (IMRT) se retiró debido a la codificación de la información de LCD, que es secundaria a la National Correct Coding Initiative (NCCI), y está en necesidad de renovación. La información de codificación futura va a ser revisada y actualizada en el ciclo de LCD de junio de 2016.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD es efectivo para los servicios

prestados **a partir del 7 de abril de 2016**. Las LCD están disponibles en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://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](#).

Revisones a las LCD existentes

Bendamustine hydrochloride (Treanda[®]) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33268 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Bendamustine hydrochloride (Treanda[®]) fue revisada con base en la solicitud de reconsideración de LCD para incluir Bendeka[™] que fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 7 de diciembre de 2015. El título de la LCD y la sección de la LCD “Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity” fueron revisados para agregar Bendeka[™]. También, los códigos C9399 y J9999 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) fueron agregados en la sección de la LCD “CPT[®]/HCPCS Codes”. Además, la sección de la LCD “Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 14 de abril de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 7 de diciembre de 2015**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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](#).

Etoposide (Etopophos[®], Toposar[®], Vepesid[®], VP-16) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33723 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Etoposide (Etopophos[®], Toposar[®], Vepesid[®], VP-16) fue revisada con base en la solicitud de reconsideración para incluir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C7A.1 y C80.1 bajo la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para el código de procedimiento J9181.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones

procesadas **en o a partir del 6 de abril de 2016**, para los servicios prestados **o en o a partir del 1 de octubre de 2015**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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](#).

Hemophilia clotting factors – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los factores de coagulación de hemofilia se revisaron con base en la petición de cambio (CR) 9549 (actualización de abril de 2016 del sistema de pago prospectivo de hospital (OPPS) y la CR 9557 (actualización de abril del sistema de pago prospectivo del centro de cirugía ambulatoria (ASC). Los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) C9137 (Injection, Factor VIII [antihemophilic factor, recombinant] [Adynovate], PEGylated, 1 I.U.) y C9138 (Injection, Factor VIII [antihemophilic factor, recombinant] [Nuwiq], 1 I.U.) fueron agregados a las secciones de la LCD “CPT[®]/HCPCS Codes” and “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Además, el código HCPCS 7199, para Adynovate y

Nuwiq, fue agregado a la sección de la LCD “CPT[®]/HCPCS Codes” and “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o a partir del 1 de abril de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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](#).

Self-administered drug (SAD) list – revisión al artículo de la LCD de Parte A y Parte B: asfotase alfa (Strensiq[™]) J3490/J3590/C9399

Identificador del artículo: A52571 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

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

Efectivo para los servicios prestados **en o a partir del 23 de mayo de 2016**, asfotase alfa (Strensiq[™]) (los códigos HCPCS J3490/J3590/C9399) han sido agregados a la jurisdicción N (JN) de las lista SAD del MAC.

La evaluación de los medicamentos para la adición a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso en curso. Los proveedores son responsables de supervisar la lista SAD para la adición o supresión de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) SAD están disponibles en: http://medicareespanol.fcso.com/medicamentos_autoadministrados/.

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/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación de la rodilla se revisó con base en la petición de cambio (CR) 9549 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualización de abril de 2016 del sistema de pago prospectivo de hospital [OPPS]) y la CR 9557 (actualización de abril del sistema de pago prospectivo del centro de cirugía ambulatoria (ASC). La LCD fue revisada para incluir el código C9471 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) en las secciones de la LCD “CPT®/HCPCS Codes”, “ICD-10 Codes that support Medical Necessity” y “Utilization Guidelines”. Además, la sección de la LCD

“Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o a partir del 1 de abril de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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)

Asuntos de procesamiento

Servicios de examen radiológico de la cadera/fémur facturados por los proveedores de rayos X portátiles – reclamaciones que pueden haber sido negadas por error

Problema

Las reclamaciones presentadas para examen radiológico de la cadera (códigos de procedimiento CPT® 73501, 73502, 73503, 73521, 73522 y 73523) o examen radiológico de fémur (códigos de procedimiento 73551 y 73552) entre el 1 de enero y el 11 de febrero de 2016 pueden haber sido denegadas por error cuando fueron facturadas por los proveedores de rayos X portátiles.

Resolución

Este error fue corregido el **11 de febrero de 2016**.

Estatus/fecha de resolución

Mamografía de detección en relación con el médico referente – reclamaciones que pueden haber sido denegadas por error

Problema

Las reclamaciones presentadas para mamografía de detección (código CPT® 77063) entre el 1 de enero de 2015 y el 24 de febrero de 2016, pueden haber sido denegadas por error por requerimiento del médico referente.

Resolución

Este error fue corregido el **24 de febrero de 2016**.

Estatus/fecha de resolución

Las reclamaciones procesadas **en o a partir del 25 de febrero de 2016** fueron adjudicadas correctamente.

Las reclamaciones procesadas **en o a partir del 12 de febrero de 2016** se adjudicaron de forma correcta.

Acción del proveedor

Ninguna. First Coast Service Options Inc. realizará ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas.

Problemas actuales de procesamiento

Aquí hay un enlace a la tabla de los [problemas actuales de procesamiento](#) de 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.

Acción del proveedor

Ninguna. Los proveedores cuyas reclamaciones se les negó incorrectamente debido a este error no necesitan tomar ninguna acción. First Coast Service Options Inc. llevará a cabo ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas.

Problemas actuales de procesamiento

Aquí hay un enlace a la tabla de los [problemas actuales de procesamiento](#) de 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.

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*.

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: CR 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 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 <https://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 <https://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 que le dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que tiene la intención de brindar un resumen general no de sustituir ninguna regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos así como cualquier otro material para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

NCCI

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM9516
Número de petición de cambio relacionado: CR 9516
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: R3482CP
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anuncian el próximo lanzamiento de la actualización trimestral de las ediciones de la iniciativa de codificación correcta (CCI), que entrarán en vigencia el 1 de julio.

La iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) fue desarrollada para promover las metodologías nacionales de codificación correcta para controlar la codificación inadecuada que conduce al pago inapropiado en reclamaciones de la Parte B. Las políticas de codificación desarrolladas se basan en convenciones definidas en el manual de Current Procedural Terminology[®] de la American Medical Association, las políticas y las ediciones nacionales y locales, las directrices elaboradas por las

sociedades nacionales, análisis de la práctica médica y quirúrgica estándar y la revisión de las prácticas de codificación actuales.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/mm9516.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9516, 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/R9516.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3482, CR 9516

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

Revisión médica

Prepago del código de evaluación y manejo (E/M) 99285



Recientes análisis de los datos relativos a las visitas al departamento de emergencias para los servicios de evaluación y manejo indican una alta tasa de error de pago de la reclamación. El código CPT® 99285 de alto nivel ha sido sobreutilizado en comparación con otros códigos de servicio de emergencia de E/M. Además, el personal de First Coast ha observado una alta tasa de error del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) en relación con la utilización del código CPT® 99285. Los errores identificados incluyen el uso inadecuado de los códigos CPT de E/M de alto nivel de las salas de emergencia que fueron subcodificados por un menor nivel de atención, y la documentación es insuficiente para admitir el código 99285, que se define en el Manual de Current Procedural Terminology (CPT®) de la siguiente manera:

- Visitas al departamento de emergencia para la evaluación y manejo de un paciente, que requiere de estos tres componentes clave dentro de las limitaciones impuestas por la urgencia de la situación clínica del paciente y/o el estado mental:
- Una historia completa;
- Una evaluación completa y
- Toma de decisión médica de alta complejidad

Asesoramiento y/o coordinación de atención con otros médicos, otros profesionales de la salud calificados o agencias se proporcionan en concordancia con la naturaleza del problema(s) del paciente y/o de las necesidades de la familia. Por lo general, el problema(s) presentado es de alta gravedad y representa una amenaza significativa inmediata para la vida o la función fisiológica.

Como se indica en el manual de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) Medicare Claims Processing Manual, Capítulo - Physicians/Nonphysician Practitioners, sección 30.6.11 - Emergency Department Visits (Codes 99281 - 99288)

1. El uso de los códigos de departamento de emergencia por médicos sin asignar al servicio de emergencias.

Cualquier médico que ve a un paciente registrado en el servicio de urgencias puede utilizar códigos de visitas a la sala de emergencia (para los servicios que concuerden con la descripción del código). No es necesario que el médico esté asignado al servicio de urgencias.

2. Uso de códigos del departamento de emergencias en el consultorio.

La codificación del servicio de urgencias no es apropiada si el sitio de servicio es un consultorio médico o ambulatorio o cualquier proporción del servicio que no se da en un servicio de urgencias. Los códigos del departamento de emergencias sólo deben utilizarse si el paciente es atendido en un departamento de urgencias y se proporcionan los servicios descritos por la definición del código HCPCS. El servicio de urgencias se define como una instalación de base hospitalaria organizada para la prestación de los servicios no programados o episódicos a los pacientes que se presentan para la atención médica inmediata.

3. Uso de los códigos del departamento de emergencias para facturar servicios que no son de emergencia.

Los servicios en el departamento de emergencias puede que no sean situaciones de emergencia. Sin embargo, los códigos (99281 - 99288) se pagan si se proporcionan los servicios descritos. Sin embargo, si el médico le pide al paciente a reunirse con él o ella en el servicio de urgencias como alternativa a la consulta del médico, y el paciente no se ha registrado como un paciente en el servicio de urgencias, el médico debe facturar los códigos de visita al consultorio/pacientes ambulatorios apropiados. Normalmente, un código de menor nivel de servicio del departamento de emergencias se informa para una condición que no es de emergencia.

4. Visitas al departamento de emergencias o consultorio/paciente ambulatorio el mismo día que la admisión al centro de enfermería.

La visita al departamento de emergencias proporcionada el mismo día como una evaluación exhaustiva del centro de enfermería no se paga. Los pagos de los servicios de evaluación y manejo

Ver **PREPAGO**, en la próxima página

PREPAGO

De la página anterior

en la misma fecha, proporcionados en lugares distintos del centro de enfermería, están incluidos en el pago de la atención inicial de un centro de enfermería cuando se realizan en la misma fecha que la admisión del centro de enfermería.

La facturación de servicios médicos del departamento de emergencias proporcionados al paciente por el personal médico del paciente y el médico de urgencias.

Si un médico aconseja a su propio paciente para que vaya a un departamento de emergencias (ED) de un hospital para recibir atención y posteriormente el médico de ED le pide al médico que vaya al hospital para evaluar al paciente y para asesorar al médico de urgencias sobre si el paciente debe ser admitido en el hospital o ser enviado a casa, los médicos deben facturar como sigue:

- Si el paciente es admitido en el hospital por el médico personal del paciente, entonces el médico de cabecera del paciente debe facturar sólo el nivel adecuado de la atención hospitalaria inicial (códigos 99221 - 99223), ya que todos los servicios de evaluación y manejo proporcionados por ese médico, en combinación con aquella admisión, se consideran parte de la atención hospitalaria inicial cuando se realiza en la misma fecha que la admisión. El médico de urgencias que vio al paciente en el servicio de urgencias debe facturar al nivel apropiado de los códigos de ED.
- Si el médico de urgencias, se basa en el asesoramiento del médico personal del paciente que acudió al servicio de urgencias para ver al paciente, envía al paciente a casa, entonces el médico de urgencias debe facturar el nivel adecuado del departamento de servicio de emergencias. El médico personal del paciente también debe facturar el

nivel de código de servicio de urgencias que describe el servicio que él o ella proporciona en el servicio de urgencias. Si el médico personal del paciente no viene al hospital a ver al paciente, pero sólo asesora al médico de urgencias por teléfono, entonces el médico personal del paciente no puede facturar.

5. Los médicos del departamento de emergencias solicitan que otro médico vea al paciente en un ambiente de departamento de emergencias o consultorio/paciente ambulatorio.

Si el médico del departamento de emergencias solicita que otro médico evalúe a un determinado paciente, el otro médico debe facturar un código de visita al servicio de urgencias. Si el paciente es admitido en el hospital por el segundo médico que realiza la evaluación, él o ella deben facturar un código de atención hospitalaria inicial y no un código de visita al departamento de emergencias.

First Coast y 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 \(E/M\)](#), que ofrece enlaces a las herramientas, acceso a la hoja de trabajo interactiva de E/M, las FAQ, aprendizaje en línea y recursos adicionales.
- Las [pautas del manual electrónico \(IOM\)](#) de CMS [external_pdf.gif](#) (en inglés) que aborda varios tipos y ambientes relacionados con los servicios de E/M.

Respuesta de First Coast

En respuesta a los errores continuos de CERT, y el riesgo de pagos indebidos, First Coast pondrá en marcha una auditoría del límite de prepago del código CPT® 99285 para las reclamaciones presentadas a partir del **13 de junio de 2016**; que aplicará a todos los proveedores dentro de la jurisdicción de First Coast de la Florida.

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

Revisión de investigación generalizada para daptomycin

First Coast Service Options Inc. (First Coast) completó una revisión compleja de la investigación específica generalizada (WSP) relacionada con el uso de J0878 (Inyección, daptomycin, 1 mg) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS®). La tasa de error general de la investigación generalizada fue 6.03 por ciento. Los servicios fueron denegados porque la

documentación no indicó la hora exacta, fecha y cantidad de la droga desperdiciada.

Se anima a los proveedores a que revisen las pautas para el deshecho de medicamentos y productos biológicos que se encuentran en [las pautas del manual electrónico \(IOM\) 100-04 capítulo 17](#).

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

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 retiradas

Múltiples determinaciones locales de cobertura (LCD) de Parte A y Parte B siendo retiradas

Identificador de LCD: L33971, L33992, L33993, L33995, L34044 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en el análisis de datos y una revisión de las determinaciones locales de cobertura (LCD), se determinó que las siguientes LCD ya no son necesarias y, por lo tanto, se retiró.

- levocarnitine (Carnitor[®], L-carnitine[®]) – Parte A
- epirubicin hydrochloride - Parte A y B
- floxuridine (FUDR) – Parte A y B
- fludarabine (Fludara[®]) - Parte A y B
- mitoxantrone hydrochloride - Parte A y B

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCD es efectivo para los servicios prestados **a partir del 14 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 <https://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](#).

Intensity modulated radiation therapy (IMRT) – LCD retirada de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33378 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para intensity modulated radiation therapy (IMRT) se retiró debido a la codificación de la información de LCD, que es secundaria a la National Correct Coding Initiative (NCCI), y está en necesidad de renovación. La información de codificación futura va a ser revisada y actualizada en el ciclo de LCD de junio de 2016.

Fecha de vigencia

Este retiro de LCD es efectivo para los servicios

prestados **a partir del 7 de abril de 2016**. Las LCD están disponibles en la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://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](#).

Revisones a las LCD existentes

Bendamustine hydrochloride (Treanda[®]) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33268 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Bendamustine hydrochloride (Treanda[®]) fue revisada con base en la solicitud de reconsideración de LCD para incluir Bendeka[™] que fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 7 de diciembre de 2015. El título de la LCD y la sección de la LCD "Indications and Limitations of Coverage and/or Medical Necessity" fueron revisados para agregar Bendeka[™]. También, los códigos C9399 y J9999 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) fueron agregados en la sección de la LCD "CPT[®]/HCPCS Codes". Además, la sección de la LCD "Sources of Information and Basis for Decision" fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 14 de abril de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 7 de diciembre de 2015**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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](#).

Etoposide (Etopophos[®], Toposar[®], Vepesid[®], VP-16) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33723 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Etoposide (Etopophos[®], Toposar[®], Vepesid[®], VP-16) fue revisada con base en la solicitud de reconsideración para incluir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM C7A.1 y C80.1 bajo la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” para el código de procedimiento J9181.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones

procesadas en o a partir del 6 de abril de 2016, para los servicios prestados o en o a partir del 1 de octubre de 2015. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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](#).

Hemophilia clotting factors – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los factores de coagulación de hemofilia se revisaron con base en la petición de cambio (CR) 9549 (actualización de abril de 2016 del sistema de pago prospectivo de hospital (OPPS) y la CR 9557 (actualización de abril del sistema de pago prospectivo del centro de cirugía ambulatoria (ASC). Los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) C9137 (Injection, Factor VIII [antihemophilic factor, recombinant] [Adynovate], PEGylated, 1 I.U.) y C9138 (Injection, Factor VIII [antihemophilic factor, recombinant] [Nuwiq], 1 I.U.) fueron agregados a las secciones de la LCD “CPT[®]/HCPCS Codes” and “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Además, el código HCPCS 7199, para Adynovate y

Nuwiq, fue agregado a la sección de la LCD “CPT[®]/HCPCS Codes” and “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas en o a partir del 1 de abril de 2016. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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](#).

Self-administered drug (SAD) list – revisión al artículo de la LCD de Parte A y Parte B: asfotase alfa (Strensiq[™]) J3490/J3590/C9399

Identificador del artículo: A52571 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

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

Efectivo para los servicios prestados en o a partir del 23 de mayo de 2016, asfotase alfa (Strensiq[™]) (los códigos HCPCS J3490/J3590/C9399) han sido agregados a la jurisdicción N (JN) de las lista SAD del MAC.

La evaluación de los medicamentos para la adición a la lista de medicamentos autoadministrados (SAD) es un proceso en curso. Los proveedores son responsables de supervisar la lista SAD para la adición o supresión de medicamentos.

Las listas SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) SAD están disponibles en: http://medicareespanol.fcso.com/medicamentos_autoadministrados/.

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 de la rodilla se revisó con base en la petición de cambio (CR) 9549 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (actualización de abril de 2016 del sistema de pago prospectivo de hospital [OPPS]) y la CR 9557 (actualización de abril del sistema de pago prospectivo del centro de cirugía ambulatoria (ASC). La LCD fue revisada para incluir el código C9471 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) en las secciones de la LCD “CPT®/HCPCS Codes”, “ICD-10 Codes that support Medical Necessity” y “Utilization Guidelines”. Además, la sección de la LCD

“Sources of Information and Basis for Decision” fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o a partir del 1 de abril de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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](#).

B-Scan – revisión a la LCD Parte B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para b-scan fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM de H25.89 (otra catarata relacionada con la edad) a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o a partir del 21 de marzo de 2016**, para

los servicios prestados **en o a partir del 10/01/2015**.

Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://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](#).

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com



Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://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

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

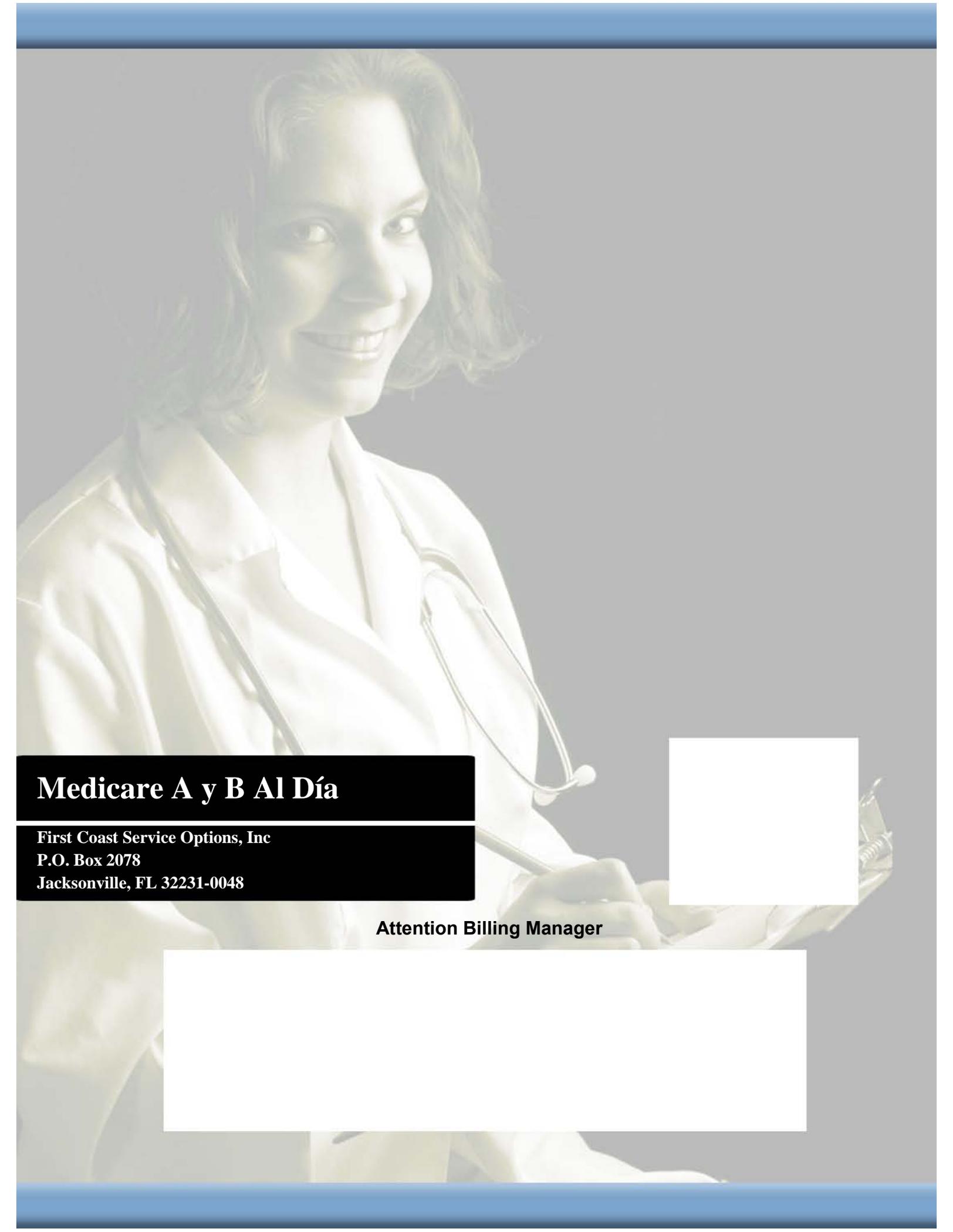
First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://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