

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Mayo 2016



## En esta edición

Facturación y cobertura de medicamentos.....	3
Revisiones de codificación a las NCD .....	4
Actualización de julio de 2016 MPFS .....	9
Mejoras al sistema de exámenes de archivo.....	11
Reprocesamiento de reclamaciones .....	18

## Usando el modificador JW para medicamentos que son descartados o no administrados

Número de *MLN Matters*®: MM9603  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9603  
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3508CP  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

### Resumen

La petición de cambio (CR) 9603 anuncia el cambio de política con respecto al uso del modificador JW para los medicamentos y productos biológicos descartados de la Parte B. Efectivo el 1 de julio de 2016, se requiere que el proveedor:

- Utilizar el modificador JW para reclamaciones con medicamentos no utilizados o productos biológicos de los viales de un solo uso o envases de un solo uso que se desechan adecuadamente (con excepción de los previstos en el programa de adquisición competitiva (CAP) para los medicamentos de la Parte B y productos biológicos); y
- Documente el medicamento descartado

o producto biológico en la historia clínica del paciente al presentar reclamaciones con medicamentos o productos biológicos de la Parte B no utilizadas de los viales de un solo uso o envases de un solo uso que se desechan adecuadamente

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9603.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9603, 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/R3508CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3508, CR 9603

*Nota aclaratoria: Este artículo es un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. La información que se ofrece brinda solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos que evalúe los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

### Cobertura

Usando el modificador JW para medicamentos que son descartados.....	1
Facturación y cobertura para el desperdicio de medicamentos.....	3
Revisiones de codificación a las determinaciones nacionales de cobertura.....	4
Más revisiones de codificación a las determinaciones nacionales de cobertura.....	4
Cierre de la orejuela auricular izquierda percutánea.....	5
Medicamentos prolongados e infusiones biológicas usando una bomba externa.....	5
Medicamentos e infusiones biológicas prolongadas.....	6

### Apelaciones

CMS aclara alcance de revisión.....	7
-------------------------------------	---

### CMS eNews

MLN Connects® Provider eNews for April 28, 2016.....	7
MLN Connects® Provider eNews for May 5, 2016.....	8
MLN Connects® eNews del proveedor para el 12 de mayo de 2016.....	8
MLN Connects® eNews del proveedor para el 19 de mayo de 2016.....	9

### Tarifas Fijas

Actualización de julio 2016 MPFS.....	9
Actualización de julio de 2016 de cambios en el código de medicamentos.....	10

### Recursos Preventivos

Mejoras al sistema de exámenes de archivo auxiliar.....	11
Cobertura de Medicare para prueba de detección del cáncer cervical y HPV.....	11
Corrección de diagnóstico en el 'Medicare Claims Processing Manual'.....	12
Reporte de códigos (POS).....	12

### Información General

Actualización de categoría de estatus de reclamación y códigos de estatus de reclamación.....	13
Actualizaciones manuales para corregir los mensajes de remesa de pago.....	14
Cobertura de trasplante de células madre hematopoyéticas alogénicas.....	14
Cobertura de Medicare de servicios de abuso de sustancias.....	15
Actualizaciones al software IRIS.....	15

### Recursos Educativos

Calendario de eventos.....	16
MLN Connects® Provider e-News.....	17

## Parte A

### Asuntos de Procesamiento

Corrección a ciertas reclamaciones de enfermedad renal del PPS.....	18
---	----

Corrección de coaseguro para ciertas reclamaciones clínicas rurales.....	18
Reprocesamiento de reclamaciones de diálisis seleccionadas.....	18

### Pagos Prospectivos

Implementación de excepción LTCHs.....	19
Pago para medicamentos y servicios biológicos para proveedores OPSS.....	19
Actualización de julio de 2016 OPSS.....	20
Especificaciones de julio de 2016 I/OCE.....	20

### Información General

Editos de estancia que califica.....	21
Clarificación de requisitos de IPF para certificación y recertificación.....	21
Requisitos de reporte y actualizaciones de facturación para las clínicas de salud rural.....	22
Requisitos de facturación para las clínicas de salud rurales.....	22
Editos de estancia que califica de organizaciones de la atención responsables.....	22

### Determinaciones Locales de Cobertura de Parte A.....

Revisión a la LCD.....	23
------------------------	----

### Revisión a la LCD

Amniotic membrane -- sutureless placement on the ocular surface -- revisión a la LCD de Parte A y Parte B.....	24
--	----

### Contactos de Parte A.....

## Parte B

### Asuntos de Procesamiento

Angiografía por tomografía computarizada, el pecho -- reclamaciones que pueden haber sido negados por error (Parte B).....	26
Reprocesando reclamaciones de servicios de audiología.....	26

### Información General

2016 DMEPOS HCPCS lista de jurisdicción de códigos.....	27
Revisiones manuales a las directrices de optar por no participar en el 'Medicare Benefit Policy Manual'.....	27

### Determinaciones Locales de Cobertura de Parte B.....

Revisión a la LCD.....	28
------------------------	----

### Revisión a la LCD

B-Scan -- revisión a la Parte B de LCD.....	29
Amniotic membrane -- sutureless placement on the ocular surface -- revisión a la LCD de Parte A y Parte B.....	29

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

Contactos de Parte B de Florida.....	31
--------------------------------------	----

### Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos.....

.....	32
-------	----

## 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

# Facturación y cobertura para el desperdicio de medicamentos

First Coast Service Options Inc. (First Coast) considerará el pago para la porción no utilizada y descartada de un producto biológico/medicamento de un sólo uso luego de la administración de la dosis adecuada (razonable y necesaria) para la condición del paciente. Esto aplica a medicamentos con precios a través del programa biológico/medicamento de Average Sales Price (ASP). Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recomiendan a los médicos, hospitales y otros proveedores, proveer la terapia de medicamento inyectable incidente a los servicios de un médico de una manera que maximice la eficiencia de la terapia de manera clínicamente adecuada. Si un médico, hospital u otro proveedor tiene que descartar la porción no utilizada de un frasco de un sólo uso u otro empaque de un sólo uso, luego de administrar una dosis/cantidad adecuada en el contexto clínico a un beneficiario de Medicare, el programa proveerá pago por la porción entera de un medicamento o producto biológico indicado en el frasco o etiqueta de empaque.

Si menos de un frasco completo es administrado en el momento del servicio, y la porción no utilizada es descartada, se debe documentar el desperdicio de medicamento en el registro médico del paciente con la fecha, hora y cantidad de desperdicio. Después de la revisión, cualquier discrepancia entre la cantidad administrada al paciente y la cantidad facturada será denegada, a menos de que el desperdicio sea claramente documentado. La cantidad facturada como “desperdicio” no debe ser administrada a otro paciente o facturada otra vez a Medicare. *Todos los procedimientos para el almacenamiento de medicamentos, reconstitución y administración, deben ajustarse a las pautas aplicables del Federal Drug Administration (FDA) y el ámbito de práctica del proveedor.*

**Nota:** Para propósitos de facturación, First Coast no requiere el uso del modificador JW. El desperdicio de medicamentos es facturado mediante la combinación del desperdicio y la cantidad de dosis administrada en una sola línea.

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

## Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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

## Revisiones de codificación a las determinaciones nacionales de cobertura

Número de *MLN Matters*®: MM9540  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9540  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1658OTN  
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

### Resumen

La petición de cambio (CR) 9540 es una actualización de mantenimiento de conversiones de ICD-10 y otras actualizaciones de codificación específicos para las determinaciones de cobertura nacional (NCD). La mayor parte de las NCD incluidas son el resultado de la información recibida de los anteriores NCD de ICD-10.

CR 9540 actualiza las siguientes 14 NCD: 20.29, 90.1, 110.18, 150.3, 160.18, 160.24, 210.3, 210.14, 230.18, 260.1, 110.4, 20.33, 220.13, and 220.4

## Más revisiones de codificación a las determinaciones nacionales de cobertura

Número de *MLN Matters*®: MM9631  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9631  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1665OTN  
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

La mayoría de las determinaciones de cobertura nacional (NCD) incluido en esta actualización es el resultado de la información recibida de los anteriores ICD-10 NCD CR; otros son el resultado de las revisiones requeridas para otros CR relacionados con las NCD publicados por separado.

No se incluyen cambios relacionados con las políticas con estas actualizaciones. Todos los cambios relacionados con las políticas a

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9540.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9540, 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/R1658OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1658, CR 9540

*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.*

las enfermedades no transmisibles continúan siendo implementados a través del proceso actual de NCD.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9631.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9631, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de CMS en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1665OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1665, CR 9631

*Nota aclaratoria: Este artículo es un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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.*



### Su opinión cuenta

Su opinión es importante para nosotros. Si usted todavía no ha completado la encuesta del indicador de satisfacción (MSI) por favor tome un momento para completarla ahora. Comparta su experiencia con los servicios que ofrecemos. Le tomará cerca de 10 minutos. Usted puede acceder a la encuesta [haciendo clic aquí](#).

## Cierre de la orejuela auricular izquierda percutánea

Número de *MLN Matters*®: MM9638  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9638  
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de mayo de 2016  
Fecha de efectividad: 8 de febrero de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R192NCD y R3515CP  
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

El cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda (LAAC) es una estrategia para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular en el cierre de la orejuela auricular izquierda en pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) emitieron una determinación de cobertura nacional que cubre LAAC a través de la cobertura con el desarrollo de evidencia.

## Medicamentos prolongados e infusiones biológicas usando una bomba externa

Número de *MLN Matters*®: SE1609  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Medicare paga por los medicamentos y productos biológicos no usualmente auto-administrados por el paciente que están provistos y prestados subordinados a los servicios de un médico mientras que el paciente está en el consultorio del médico o el departamento ambulatorio de un hospital. En algunas situaciones, un departamento ambulatorio de un hospital o consultorio médico puede:

- Comprar un medicamento para una infusión de medicamento prolongada razonable y médicamente necesaria,
- Comenzar la infusión de drogas en el ámbito de la atención mediante una

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9638.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9638, 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/R192NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 192, CR 9638

*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.*

- bomba externa,
- Enviar al paciente a casa para una parte de la infusión, y
- Hacer que el paciente regrese al final del periodo de infusión.

En este caso, facture su MAC A/B para el medicamento o producto biológico, la administración, y la bomba de infusión externa. Información adicional está disponible en *MLN Matters*® artículo de edición especial 1609, en la sección "Downloads" en la página Web de Medicare Part B Drug Average Sales Price (<http://go.usa.gov/csvBQ>).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se1609.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1609

*Nota aclaratoria: Este artículo es un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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 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.



## Medicamentos e infusiones biológicas prolongadas comenzaron subordinado a los servicios de un médico usando una bomba externa

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) proporcionaron recientemente una aclaración adicional a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y los proveedores sobre reembolso de infusiones de medicamentos y productos biológicos prolongados que se inician en la oficina u hospital ambulatorio y están asociados con el cuidado que se cobra incidente a un servicio médico usando una bomba externa. La información completa se puede encontrar en [MLN Matters® SE1609 external\\_pdf.gif](#). Para su comodidad se proporciona un enlace de abajo.

Para que Medicare pague por un medicamento o producto biológico bajo la Sección 1861(s)(2)(A) o (B) del Acta, el médico o el hospital (respectivamente) deben incurrir en un costo por el medicamento o biológico. En general, la administración de fármacos o productos biológicos cubierto por Medicare bajo el beneficio “incident to” (1861(s)(2)(A) y (B)) se iniciará y terminará mientras el paciente está en el consultorio del médico o con el departamento de atención ambulatoria del hospital bajo la supervisión de un médico. Sin embargo, en algunas situaciones un hospital o consultorio pueden comprar un medicamento para una infusión prolongada del medicamento médicamente razonable y necesario, luego comenzar la infusión del fármaco en el ámbito de atención mediante una bomba externa, enviar al paciente a casa para una parte de la duración de la infusión, y que el paciente regrese al final del periodo de infusión. En este caso, el medicamento o biológico continúa siendo cubierto bajo la Sección 1861(s)(2)(A) y (B) del Acta y es facturable al MAC A/B a pesar de que toda la administración del fármaco o producto biológico no se produjo en el consultorio del médico o en el departamento ambulatorio del hospital.

A fin de que los médicos y los departamentos de hospitales ambulatorios reciban el reembolso de los gastos incurridos por dichos servicios, First

Coast pide que las instrucciones que se presentan a continuación deben seguirse.

### Servicios del médico de Parte B

- Por favor, continúe facturando a cualquier código Current Procedural Terminology (CPT®) o HCPCS por el medicamento o biológico, y su administración.
- Para un facturar por el uso de la bomba externa, por favor, envíe utilizando el código CPT® 96379 no listado para un reembolso diario del servicio.
- El código CPT® 96379 debe ser facturado en una sola línea con una fecha desde ‘FROM’ y para ‘TO’ y el número correspondiente de unidades (días) indicados en el campo apropiado.
- La palabra “bomba” debe ser anotada en el bloque 19 en el formulario de reclamación CMS-1500 o el segmento equivalente para la presentación de reclamaciones electrónicas.
- Si ha facturado previamente el medicamento y administración y ahora necesita facturar la bomba, factura solamente la bomba como una nueva reclamación. No es necesario facturar nuevamente los códigos de administración y medicamentos

### Departamento ambulatorio de hospital de Parte A

- Por favor, continúe facturando cualquier código CPT® o HCPCS para el medicamento o producto biológico, y su administración.
- Para un cobro por el uso de la bomba externa, por favor, envíe utilizando el código CPT® 96379 no listado para un reembolso diaria del servicio.
- Código CPT® 96379 se le deben cobrar de acuerdo a la fecha de recepción de la bomba con el correspondiente número de días indicados en el campo “Units”.
- La palabra “bomba” debe ser anotada en la página 07 y página 33, como la observación.
- Si ajusta una reclamación procesada dentro del periodo de presentación oportuna sigue el proceso normal de ajuste.

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

### 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](http://www.fcsouniversity.com)



## Apelaciones

# CMS aclara alcance de revisión de las redeterminaciones de reclamación y revisión post-pago

Número de *MLN Matters*®: SE1521 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

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) recientemente actualizaron su instrucción a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y contratistas independientes calificados (QIC) sobre cómo realizar apelaciones y revisar aspectos de cobertura y los pagos por una reclamación denegada previamente.

Para la redefinición y reconsideraciones de las reclamaciones denegadas tras un examen post-pago o de auditoría, CMS ha dado instrucciones a los MAC y QIC para limitar su opinión sobre el motivo (s) de la reclamación o elemento de línea en cuestión que fue inicialmente denegada.

Esta instrucción actualizada se aplica a las solicitudes de redeterminación recibidas por un MAC o QIC a partir del 18 de abril de 2016, y no se aplicará con carácter retroactivo.

**Nota:** Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) actualizaron el ámbito del examen de nuevas determinaciones del 1 de agosto de 2015, al 18 de abril de 2016.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1521.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1521

*Nota aclaratoria: Este artículo es 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.*

## CMS eNews

# MLN Connects® Provider eNews for April 28, 2016

### In this edition:

#### MLN Connects® Events

- How to Register for the 2016 PQRS Group Practice Reporting Option Call — Last Chance to Register
- 2015 Mid-Year QRURs Webcast — Register Now
- New Audio Recordings and Transcripts Available

#### Other CMS Events

- Comparative Billing Report on Subsequent Nursing Facility E/M Services Webinar
- Comparative Billing Report on Modifiers 24 and 25: General Surgeons Webinar
- Medicare Learning Network® Publications and Multimedia
- Acute Care Hospital Inpatient Prospective Payment System Booklet — Revised
- New Educational Web Guides Fast Fact

#### Announcements

- IRFs: Proposed FY 2017 Payment and Policy Changes
- SNFs: Proposed FY 2017 Payment and

#### Policy Changes

- Hospice Benefit: Proposed FY 2017 Updates to the Wage Index and Payment Rates
- Open Payments: Physician and Teaching Hospital Review and Dispute Period Began April 1
- Nursing Homes, IRFs, and LTCHs: Comment on New Quality Measures by May 6
- Hospitals: Submit Comments on New EHR Measure by May 15
- Next Generation ACO Model Letter of Intent Deadline Extended to May 20
- 2016 PQRS GPRO Registration Open through June 30
- Home Health Quality Reporting Program: Quarterly QAO Interim Reports Available
- 2015 Mid-Year QRURs Available
- Track and Improve Your ICD-10 Progress
- Hand Hygiene Day is May 5

#### Claims, Pricers, and Codes

- Reprocessing Claims for Audiology Services
- Prolonged Drug and Biological Infusions Using an External Pump

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

## MLN Connects® Provider eNews for May 5, 2016

**In this edition:**

**MLN Connects® Events**

- MACRA Listening Session: Quality Payment Program Proposed Rule — Register Now
- 2015 Mid-Year QRURs Webcast — Register Now
- New Audio Recordings and Transcripts Available

**Medicare Learning Network® Publications and Multimedia**

- Medicare Coverage of Substance Abuse Services MLN Matters® Article — New
- Medicare Policy Clarified for Prolonged Drug and Biological Infusions Started Incident to a Physician's Service Using an External Pump MLN Matters Article — New

**Announcements**

- CMS Releases NPRM on the Medicare

- Access and CHIP Reauthorization Act of 2015
- DMEPOS Competitive Bidding: Round 2 Recompete/ National Mail-Order Recompete Contract Suppliers Announced
- CMS Adds New Quality Measures to Nursing Home Compare
- CMS Publishes Final Rule on Fire Safety Requirements for Certain Health Care Facilities
- CMS Finalizes its Quality Measure Development Plan
- 2017 Medicare Shared Savings Program: Notice of Intent to Apply Period Closes May 31
- New PEPPERS Available for Hospices, SNFs, IRFs, IPFs, CAHs, LTCHs
- CMS to Release a CBR on Podiatry: Nail Debridement and E/M Services in May
- Focusing on Women's Health

**Claims, Pricers, and Codes**

- Reprocessing of Selected Dialysis Claims

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

## MLN Connects® eNews del proveedor para el 12 de mayo de 2016

**En esta edición:**

**MLN Connects® Eventos**

- 2015 Mid-Year QRURs Webcast — La última oportunidad para registrarse

**Medicare Learning Network® Publicaciones y Multimedia**

- Limiting the Scope of Review on Redeterminations and Reconsiderations of Certain Claims MLN Matters® Article — Revisado
- Transitional Care Management Services Fact Sheet — Revised
- Section 1011: Federal Reimbursement of Emergency Health Services Furnished to Undocumented Aliens Fact Sheet — Revisado
- DMEPOS Competitive Bidding Program Fact Sheets — Revisado

**Anuncios**

- Las actualizaciones de iniciativas de datos para aumentar la transparencia del programa de Medicare
- HHS confiere sobre \$260 millones a los centros de salud a nivel nacional para construir y renovar las instalaciones para atender a más pacientes
- Pagos abiertos: período de revisión y disputa del médico y hospital de enseñanza termina el 15 de mayo de
- 2016 medidas electrónicas de calidad clínica: archivos actualizados disponibles
- Hospitales de enseñanza: La presentación de los Acuerdos de Afiliación de Medicare GME
- Mayo es el mes nacional de la osteoporosis

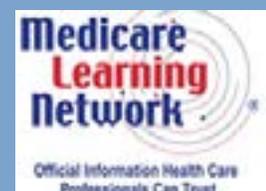
**Reclamaciones, Pricers, y Códigos**

- Corrección de coaseguro para ciertas reclamaciones RHC
- Requisitos de facturación para las RHC

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

### 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>.



## MLN Connects® eNews del proveedor para el 19 de mayo de 2016

### En esta edición:

#### MLN Connects® Eventos

- Nuevas grabaciones de audio y transcripciones disponibles

#### Otros eventos de CMS

- Comparative Billing Report on Psychotherapy and E/M Services Webinar
- Medicare Learning Network® Publications and Multimedia
- Part C Appeals: Organization Determinations, Appeals, and Grievances WBT — Revisado
- Part D Coverage Determinations, Appeals, and Grievances WBT — Revisado
- Resources for Medicare Beneficiaries

Booklet — Revisado

- How to Use the Searchable Medicare Physician Fee Schedule Booklet — Revisado
- Actualizado el MLN Matters® Search Indices

#### Anuncios

- 2017 Medicare Shared Savings Program: Aviso de intención de periodo para aplicar cierra el 31 de mayo
- SNF Value-Based Purchasing Program: Especificaciones para nueva medida
- Disponible el 2014 PQRS Experience Report
- Cómo utilizar el ICD-10 y mantener su progreso
- Hable con sus pacientes sobre salud mental

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

## Tarifas Fijas

### Actualización de julio a la base de datos del 2016 Medicare physician fee

Número de *MLN Matters*®: MM9633

Número de petición de cambio relacionado: CR 9633

Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2016

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016

Número de transmisión de CR relacionado: R3528CP

Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 9633 implementa los siguientes cambios en la actualización de julio de que a menos que se indique lo contrario son efectivos para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016:

#### Cambios de indicador

G0296 Multiple surgery = 0; diagnostic imaging family indicator = 99

G9678 Procedure status = C (efectivo para los servicios a partir del 1 de julio de 2016)

10036 Multiple surgery indicator = 0

37188 Multiple surgery indicator = 0

45346 Endo base code = 45330

61651 Multiple surgery indicator = 0

65855 Bilateral indicator = 1

69209 PC/TC indicator = 3

#### Nuevos códigos de procedimiento (estatus de procedimiento=E, no unidades de valor relativo [relative value units, RVUs])

Q5102 (efectivo el 5 de abril de 2016)

Q9981-Q9983 (efectivo el 1 de julio de 2016)

#### Otros nuevos códigos (estatus de procedimiento=C, no RVUs)

0437T, 0438T, 0440T, 0441T, 0442T, 0439T, 0443T, 0444T, 0445T

Los contratistas no buscar sus archivos a cualquiera de retraer el pago de las reclamaciones ya pagados o por pagar retroactivamente afirmaciones, sin embargo, se ajustarán las reclamaciones que le traen a su atención.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (Publication 100-04), Chapter 23, Section 30.1, esto debe ser considerado el aviso de 30 días de un cambio en el 2016 Medicare physician fee schedule programado para el 5 de julio de 2016.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9633.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9633, 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/R3528CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 143, CR 9633

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

## Actualización de julio de 2016 de cambios en el código de medicamentos y biológicos

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9636  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9636  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de mayo de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3518CP  
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

### Resumen

La petición de cambio (CR) 9636 informa a los proveedores de Medicare y suplidores que comenzando el 5 de julio de 2016, se añadirán los siguientes códigos para los cambios en el código de medicamentos de julio de 2016: Q9981, Q9982, Q9983, Q5102. El modificador ZB también se está creando con fecha efectiva del 5 de abril del año 2016.

**Nota:** Para fechas de servicio a partir del 5 de

abril de 2016, Q5102 debe incluir ZB modificador.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9636.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9636, 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/R3518CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3518, CR 9636

*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/233400.asp>

## Recursos Preventivos

### Mejoras al sistema de exámenes de archivo auxiliar

Número de *MLN Matters*®: MM9188  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9188  
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de noviembre de 2015  
Fecha de efectividad: 4 de abril de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R1551OTN  
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 9188 anuncia la revisión de los sistemas de Medicare con respecto a la colocación de los datos de la prueba de Papanicolaou en los archivos internos de Medicare, que se muestra en los siguientes exámenes: HIQA, HIQH, ELGA, ELGH, HUQA

**Nota:** La consulta del proveedor sin formato, HUQA, información de Papanicolaou ahora será llevada en lugar de datos de detección 4053-4612, en lugar de 780-784.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9188.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9188, 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/R1551OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1551, CR 9188

*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.

### Cobertura de Medicare para prueba de detección del cáncer cervical con prueba para HPV

Número de *MLN Matters*®: MM9434  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9434  
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de febrero de 2016  
Fecha de efectividad: 9 de julio de 2015  
Número de transmisión de CR relacionado: R189NCD y R3460CP  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

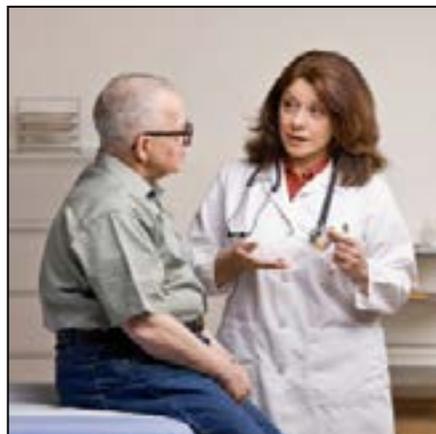
#### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) ha determinado que existe evidencia suficiente para agregar la prueba del VPH, una vez cada cinco años como un beneficio servicio preventivo adicional bajo el programa de Medicare, los beneficiarios asintomáticos de 30 a 65 años en relación con la prueba de Papanicolaou.

CMS cubrirá las pruebas de detección para el cáncer cervical con las pruebas de laboratorio aprobadas/validadas por U.S. Food and Drug Administration (FDA), utilizada en consonancia con el etiquetado aprobado por la FDA, y en cumplimiento de las regulaciones de Clinical Laboratory Improvement Act (CLIA).

#### Información adicional

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



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9434, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R189NCD.pdf>.

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

*Nota aclaratoria:* Este artículo es un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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.

## Corrección de diagnóstico en el 'Medicare Claims Processing Manual'

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9606  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9606  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2016  
 Fecha de efectividad: 14 de junio de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3522CP  
 Fecha de implementación: 14 de junio de 2016

### Resumen

La petición de cambio 9606 actualiza Publicación 100-04, Capítulo 18, Sección 30.6, la cual lista incorrectamente los códigos diagnósticos ICD-10 Z12.92 como un código de diagnóstico válido para la prueba de Papanicolaou. El código diagnóstico correcto es Z12.72. Este CR actualiza el manual al reemplazar el código diagnóstico Z12.92 con el código diagnóstico Z12.72. No hay cambio en la política.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9606.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9606, 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/R3522CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3522, CR 9606

*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

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

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

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

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

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

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

- El código de POS es un campo mandatorio, ingresado en el loop del código de lugar de servicio 2400 (segmento SV105) de la reclamación electrónica 837P o Ítem 24B en el formulario impreso de reclamación CMS-1500
- El nombre, dirección y código postal de dónde el servicio(s) fue realmente prestado son requeridos para todos los códigos de POS y se ingresa en el Ítem 32 en el formulario de reclamación CMS 1500 o en el loop correspondiente en su equivalente electrónico
  - Debe especificar la localidad correcta donde el servicio(s) es prestado y facturado en la reclamación, ya que el POS y la dirección de localidad son componentes del MPFS
- Si el POS está ausente, es inválido o es un código de procedimiento inconsistente en el formulario de reclamación será devuelto como no procesable (RUC)
  - Por ejemplo, POS 21 (paciente hospitalizado) no es compatible con el código de procedimiento 99211 (visita de paciente establecido a la oficina u otra visita ambulatoria)

Ver **REPORTE**, en la próxima página

## REPORTE

De la página anterior

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

- Implemente sistemas de control para prevenir la facturación incorrecta de los códigos de POS
- Manténgase informado sobre la cobertura de Medicare y los requerimientos de facturación
  - Por ejemplo, facturar la oficina del médico (POS 11) por un procedimiento quirúrgico menor que en realidad fue realizado en el departamento ambulatorio del hospital (POS 22) y cobrar un pago mayor es facturación inapropiada y puede ser

- vista como abuso del programa
- Verifique estos enlaces frecuentemente para revisiones al listado y para validar que usted está codificando de acuerdo a la versión más reciente
- Un conjunto completo del conjunto de códigos nacional de POS e instrucciones es provisto en el manual electrónico de CMS (IOM), publicación 100-04, capítulo 26, sección 10.5 en: <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c26.pdf> (en inglés)
- Información adicional disponible en: <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/place-of-service-codes/index.html> (en inglés)

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

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

Número de *MLN Matters*®: MM9550  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9550  
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de mayo de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3527CP  
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

Tras la reunión de enero del National Code Maintenance Committee, los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) actualizarán categoría de estatus de reclamación y códigos de estatus de reclamación de Medicare.

Los conjuntos de códigos están disponibles en:

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

Los cambios en el código aprobados en la reunión de junio de 2016 se van a utilizar en la edición de todas las transacciones electrónicas de reclamaciones procesadas en o alrededor del 1 de julio de 2016.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9550.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9550, 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/R3527CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3527, CR 9550

*Nota aclaratoria: Este artículo es un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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.*

## Actualizaciones manuales para corregir los mensajes de remesa de pago

Número de *MLN Matters*®: MM9578  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9578  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3510CP  
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

Medicare debe cumplir con las combinaciones de códigos desarrollados por el Council for Affordable Quality Healthcare Committee on Operating Rules for Information Exchange.

La petición de cambio 9578 publica actualizaciones al Capítulo 1 y Capítulo 16 del *Medicare Claims Processing Manual* para reflejar el formato estándar y para corregir cualquier combinación no conformes del código de remesa de pago.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9578.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9578, 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/R3510CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3510, CR 9578

*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.*

## Cobertura de trasplante de células madre hematopoyéticas alogénicas

Número de *MLN Matters*®: MM9620  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9620  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2016  
 Fecha de efectividad: 27 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R191NCD y R3509CP  
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

La petición de cambio (CR) 9620 anuncia la cobertura de trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (HSCT) para el tratamiento del mieloma múltiple, mielofibrosis, y la enfermedad de células falciformes está cubierto por Medicare, pero sólo si se proporciona en el contexto de una reunión de estudio clínico aprobado por Medicare que cumplen con criterios específicos.

CR 9620 también aclara los códigos de diagnóstico ICD-9 y ICD-10 para HSCT alogénico

para el tratamiento de los síndromes mielodisplásicos.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9620.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9620, 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/R3509CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3509, CR 9620

*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.*

## Cobertura de Medicare de servicios de abuso de sustancias

Número de *MLN Matters*®: SE1604  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

No hay una categoría distinta de beneficio de Medicare para el tratamiento del abuso de sustancias; servicios para los trastornos por abuso de sustancias están cubiertos por Medicare, siempre y cuando estos servicios sean razonables y necesarios.

El artículo de edición especial SE1604 resume los servicios disponibles y proporciona enlaces

de referencia a otra información en línea de Medicare con más detalles acerca de estos servicios.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1604.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1604

*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.*

## Actualizaciones al software IRIS

Los programas del software Intern and Resident Information System (IRIS) (IRISV3 y IRISEDV3) cada uno tiene tres archivos actualizados (códigos de la escuela de medicina, códigos de tipo de residencia, e instrucciones de operación IRISV3) para la recopilación de la información sobre formación de los residentes en los entornos hospitalarios y no hospitalarios. Se clasifican de la siguiente manera:

Las instrucciones de operación de 2015 IRISV3 y extractos de las instrucciones de operación

IRISV3 para usar con IRISEDV3:

- CMS añadió dieciséis nuevos tipos de códigos de residencia IRIS a la tabla de códigos de tipo de residencia IRIS.
- CMS también añadió cuatro nuevos códigos de escuela médica IRIS a la tabla de código de escuela médica IRIS.

Los programas de IRIS están disponibles para descargar vía el Website de IRIS (<http://go.usa.gov/Grw3>).

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

## Recursos educativos

### Calendario de eventos

#### Junio de 2016

Codificación E/M: visita al departamento de emergencias (B)

Cuando: 2 de junio 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/0336883.asp>

Cambios y regulaciones de la Parte A de Medicare (A)

Cuando: 14 de junio de 2016

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

Tipo: Webcast

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

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0325675.asp>

Cambios y regulaciones de la Parte B de Medicare (B)

Cuando: 15 de junio de 2016

Hora: 11:30 -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/0325850.asp>

#### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

#### Nota:

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_

Título del registrante: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de email: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

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



## MLN Connects® Provider e-News de CMS

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

- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 28 de abril de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 5 de mayo de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 12 de mayo de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 19 de mayo 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

# Corrección a ciertas reclamaciones de enfermedad renal del sistema de pagos prospectivos

### Asunto

Efectivo el 1 de enero de 2016, con la implementación de la petición de cambio (CR) 9367 las reclamaciones de enfermedad renal del sistema de pagos prospectivos puede que no hayan sido calculadas correctamente. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) han identificado que las reclamaciones fueron procesadas el 1 de enero de 2016, hasta el 21 de febrero de 2016, facturadas con un código nacional de medicamento válido (NDC), en un tipo de factura (TOB) 72x.

### Resolución

Un arreglo en el sistema fue implementado el

# Corrección de coaseguro para ciertas reclamaciones clínicas rurales

### Asunto

Efectivo el 1 de abril de 2016, las clínicas de salud rural (RHC) comenzaron reportando Healthcare Common Procedure Coding System (códigos HCPCS) para todos los servicios prestados durante la visita. Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) recientemente identificaron un problema de procesamiento de reclamaciones coaseguro que no pueden calcular correctamente cuando las reclamaciones RHC se presentan con múltiples líneas de ingresos por los servicios médicos.

### Resolución

Una revisión del sistema se llevó a cabo el 9 de

# Reprocesamiento de reclamaciones de diálisis seleccionadas

### Problema

Las reclamaciones de diálisis con fechas de servicio antes del 1 de octubre de 2015, que incluyen la detección de infecciones de transmisión sexual, se están denegando en su totalidad en lugar de a nivel de línea. Los contratistas administrativos de Medicare están actualizando sus sistemas para corregir este problema y volver a procesar las reclamaciones denegadas (tipo de factura 72x; códigos CPT® 86631, 86632, 87110, 87270, 87320, 87490, 87491, 87800, 87810, 87590, 87591, 87850, 86593, 86780, 87340 o 87341; código de diagnóstico V74.5 o V73.89).

### Resolución

22 de febrero de 2016, para corregir este problema. Su Medicare administrative contractor (MAC) ajustará cualquier reclamación que procese de manera incorrecta.

### Estatus/fecha resuelto

Abierto.

### Acción por parte del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

### Asuntos de procesamiento actuales

Este es el enlace a la tabla de [problemas de procesamiento actuales](#) para Parte A y Parte B.

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

mayo de 2016, para corregir este problema. Su contratista administrativo de Medicare (MAC) se ajustará cualquier reclamación procesen de manera incorrecta.

### Estatus/fecha resuelto

Abierto.

### Acción por parte del proveedor

No se requiere acción por parte del proveedor.

### Asuntos de procesamiento actuales

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

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

Los contratistas administrativos de Medicare actualizarán sus sistemas para corregir este problema y volver a procesar las reclamaciones denegadas.

### Estatus/fecha de resolución

Abierto.

### Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

### Problemas de procesamiento actuales

Este es el 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.*

**Sistema de pagos prospectivos**

## Implementación de excepción provisional de ciertos LTCHs

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9599  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9599  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de abril de 2016  
 Fecha de efectividad: 21 de abril de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1654OTN  
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

La petición de cambio (CR) 9599 implementa una excepción para ciertos dados de alta de atención médica de la tasa de pago neutral para ciertos hospitales de atención médica a largo plazo (long-term care hospitals, LTCH).

Esta excepción aplica a las dadas de alta que ocurren a partir del 21 de abril de 2016, y antes del 1 de enero de 2017, de los LTCH “identificados por la enmienda hecha por la Sección 4417(a) del Balanced Budget Act of 1997” y “localizada en un área rural” o “tratada como localizada” conforme con la Sección 1886(d)(8)(E) del Social Security

Act cuando la persona dada de alta tuvo una “herida severa”.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9599.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9599, 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/R1654OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1654, CR 9599

*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.*

## Pago para medicamentos y servicios biológicos para proveedores OPPS

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9601  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9601  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1659OTN  
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

La petición de cambio (CR) 9601 proporciona información sobre la ejecución de la fase 2 del sistema de cambios necesarios en el fiscal intermediary shared system (FISS) y el integrated outpatient code editor (IOCE) que son necesarios para realizar el pago de los medicamentos y productos biológicos a proveedores de prospective payment system (OPPS).

Comenzando el 1 de octubre de 2016, los códigos de medicamento en las reclamaciones OPPS ya no serán valorizados por el OPPS pricer. La cantidad de tarifa fija del archivo de medicamentos del precio promedio de ventas (ASP) o cualquier

otra cantidad de tarifa fija futura de medicamento será usada para valorizar medicamentos ambulatorios cubiertos y biológicos con estatus de pase bajo el OPPS.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9601.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9601, 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/R1649OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1649, CR 9601

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

## Actualización de julio de 2016 del sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio

Número de *MLN Matters*®: MM9658  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9658  
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3523CP  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

### Resumen

La petición de cambio 9658 describe los siguientes cambios clave que deben ser implementados en la actualización de julio de 2016 del sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio (OPPS):

- Instrucciones de facturación para la planificación de intensidad modulada, radioterapia
- Blefaroplastia del párpado superior y reparación blefaroptosis
- Indicadores de estado revisados para la patología de códigos CPT®
- Reporte para ciertos servicios del departamento de pacientes externos
- Códigos CPT Categoría III CPT® efectivo el 1 de julio de 2016

- Medicamentos, productos biológicos y radiofármacos
- Adición de C1713 y C1817 a la lista de dispositivos permitidos para el édito de dispositivo de procedimiento intensivo
- Determinaciones de cobertura

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9658.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9658, 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/R3523CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3523, CR 9658

*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.*

## Especificaciones de julio de 2016 del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE)

Número de *MLN Matters*®: MM9661  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9661  
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3524CP  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

### Resumen

El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) se utiliza para procesar reclamaciones basadas en el sistema ambulatorio de pago prospectivo (OPPS) y no OPPS para departamentos ambulatorios de hospital, centros de salud mental de la comunidad, todos los proveedores no OPPS, y para los servicios limitados cuando se proporciona en una agencia de salud en el hogar no bajo el sistema de pago (PPS) de salud en el hogar o para un paciente de servicios paliativos para el tratamiento de una enfermedad no terminal.

Las modificaciones del I/OCE para la publicación de julio de 2016 (versión 17.2) se resumen en el

artículo, le cual incluye diagnósticos, clasificación de pago ambulatorio (APC), y cambios de código de procedimiento. Las modificaciones retroactivas son notadas en la columna "Effective Date".

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9661.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9661, 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/R3524CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3524, CR 9661

*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

### Editos de estancia que califica de organizaciones de la atención responsables

Número de *MLN Matters*®: MM9568  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9568  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de mayo de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R166OTN  
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

#### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) entienden que puede ser médicamente apropiado para algunos pacientes recibir atención de enfermería especializada y/o servicios de rehabilitación en un centro de enfermería especializada (SNF) después de una estancia en el hospital de menos de tres días.

La petición de cambio (CR) 9568 permite el procesamiento de las reclamaciones SNF sin tener que cumplir con el requisito de estancia de hospital de tres días para ciertos SNF designados

que tienen una relación con una organización responsable de la atención (ACO) participando en el programa shared savings program (SSP).

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9568.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9568, 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/R1660OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1660, CR 9568

*Nota aclaratoria: Este artículo es un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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.*

### Clarificación de requisitos de IPF para certificación y recertificación

Número de *MLN Matters*®: MM9522  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9522  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2016  
 Fecha de efectividad: 15 de agosto de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R223BP y R98GI  
 Fecha de implementación: 15 de agosto de 2016

#### Resumen

Actualmente, los centros psiquiátricos del paciente hospitalizado (IPF) sistema de pagos prospectivos (PPS) requieren instalaciones para proporcionar “la declaración” para la recertificación. Como resultado, los pagos a los proveedores cuya documentación válida todos los requisitos necesarios para continuar con la atención son denegados porque no utilizaron “la declaración.”

Como resultado de clarificación en la petición de cambio 9522, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) discontinuarán la denegación de los servicios simplemente debido a la falta de “la declaración.” En vez, los MAC considerarán

documentación que está presente para determinar la necesidad para la continuación de la atención.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9522.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9522, 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/R98GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 98, CR 9522

*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.*

## Requisitos de reporte y actualizaciones de facturación para las clínicas de salud rural

Número de *MLN Matters*®: SE1611  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

A partir del 1 de abril - 30-septiembre de 2016, las clínicas de salud rural (RHC) continuarán reportando todos los cargos por una visita en la línea de servicio con el código de la visita de clasificación, menos los cargos por los servicios de prevención, utilizando el código de ingresos 052x para los servicios médicos y/o un código de ingreso 0900 para los servicios de salud mental.

A partir del 1 de octubre, los RHC informarán el modificador CG en un código de ingresos 052x y/o 0900 línea de servicio por día, que incluye todos

los cargos sujetos a coaseguro y deducible para la visita. Por lo tanto, coaseguro y deducible se basarán en los cargos notificados en el 052x código de ingresos y/o línea de servicio 0900 con modificador de CG. RHC continuará a pagar una tarifa todo incluido (AIR) por visita.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1611.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1611

*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.*

## Requisitos de facturación para las clínicas de salud rurales

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) entienden que algunas clínicas de salud rural (RHC) no son capaces de poner en práctica los requisitos de facturación descritos en *MLN Matters*® artículo MM9269 debido a las limitaciones de los sistemas internos. Póngase en contacto con su contratista

administrativo de Medicare (<http://go.usa.gov/cuX3x>) para averiguar si una opción provisional está disponible mientras el sistema se actualiza.

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

### Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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

## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisones a las LCD existentes

## Amniotic membrane -- sutureless placement on the ocular surface -- revisión a la LCD de Parte A y Parte B

**Número ID de LCD: L36237 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)**

La determinación local de cobertura (LCD) para amniotic membrane – sutureless placement on the ocular surface fue revisada para añadir los rangos de código diagnóstico ICD-10-CM H16.121–H16.129 (Filamentary keratitis) y H16.231–H16.239 (Neurotrophic keratoconjunctivitis) para el código CPT® 65778 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

**Fecha de vigencia**

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 6 de abril de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles, a través de 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](#).

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

#### Sitios Web

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

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Reclamaciones/correspondencia

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

#### Puerto Rico

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

#### Medicare EDI

#### Presentación de reclamaciones electrónicas

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

#### Fraude y abuso

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

#### Solicitudes de FOIA

#### Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

#### Consultas generales

*Formulario en línea (haga clic aquí)*

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

#### Determinaciones de cobertura local

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

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

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

#### Auditorías de hospital

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

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

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

#### Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

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

#### Reportes de balances de crédito

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

#### Revisión médica postpago

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

#### Inscripción del proveedor

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

#### Redeterminaciones

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

#### Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

#### Servicios de correo expreso y correo especial

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

### Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

**Aseguradoras regionales de equipo médico duradero (DMERC)** DME, dispositivos ortóticos y 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](http://www.cms.gov))

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

#### Oficina del inspector general (OIG)

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

#### Servicio al cliente del beneficiario

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

**Asuntos de procesamiento**

## Angiografía por tomografía computarizada, el pecho – reclamaciones que pueden haber sido negados por error (Parte B)

**Asunto**

Las reclamaciones de angiografía por tomografía computarizada, el pecho (CPT® código 71275) del 1 de octubre de 2015, y 28 de diciembre de 2015, pueden haber sido denegadas por error cuando se facturan con el código de diagnóstico R07.9 (Chest pain, unspecified).

**Resolución**

Este error fue corregido el **28 de diciembre de 2015**.

**Estatus/fecha resuelto**

Las reclamaciones procesadas **a partir del 29 de diciembre de 2015**, fueron adjudicadas correctamente.

**Acción por parte del proveedor**

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

**Asuntos de procesamiento actuales**

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

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

## Reprocesando reclamaciones de servicios de audiología

**Problema**

Efectiva para fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016, nuevos códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) 92537 y 92538 de codificación para la prueba calórica sustituye el código 92543. Estos cambios en el código de 2016 se dejaron sin darse cuenta de la lista de códigos de audiología (<http://go.usa.gov/ctu9h>) hasta marzo 31. Como resultado, algunas reclamaciones por servicios audiológicos para los códigos 92537 y 92538 fueron denegadas sin querer. El contratista administrativo de Medicare volverá a procesar automáticamente estas reclamaciones.

**Resolución**

El contratista administrativo de Medicare volverá a procesar automáticamente estas reclamaciones.

**Status/date resolved**

Abierto

**Acción del proveedor**

Ninguna acción es requerida por parte del proveedor.

**Problemas de procesamiento actuales**

Este es un enlace a una tabla de [Problemas de procesamiento actuales](#) para ambos 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*.

## Información General

### 2016 DMEPOS HCPCS lista de jurisdicción de códigos

Número de *MLN Matters*®: MM9481 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9481  
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de mayo de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3520CP  
Fecha de implementación: 1 de febrero de 2016

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 9481 notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para durable medical equipment Medicare administrative contractor (DME MAC), Parte B carrier, o jurisdicciones A/B MAC se actualiza para reflejar los códigos que se han agregado o descontinuados (eliminados). La hoja de cálculo es útil para el personal de facturación, mostrando el contratista de Medicare apropiado para ser facturado por HCPCS que aparecen en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de

jurisdicción 2015 está disponible bajo la categoría de "Coding" en <https://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html>

#### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9481, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3520CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3520, CR 9481

*Nota aclaratoria: Este artículo es un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material contiene referencias a enlaces que le dirigirán a otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No pretende 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 del contenido total.*

### Revisiones manuales a las directrices de optar por no participar en el 'Medicare Benefit Policy Manual'

Número de *MLN Matters*®: MM9616  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9616  
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de mayo de 2016  
Fecha de efectividad: 15 de agosto de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R222BP  
Fecha de implementación: 15 de agosto de 2016

#### Resumen

La petición de cambio 9616 actualiza el *Medicare Benefit Policy Manual* para reflejar las enmiendas al Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015. Las directrices de renovación dependen de la fecha de vigencia del affidavit:

**Los affidavits efectivos a partir del 16 de junio de 2015** se renovarían automáticamente al final de un período de inhabilitación de dos años. Nota: La renovación automática puede ser cancelada mediante notificación a todos los contratistas administrativos de Medicare (MAC) afectados por lo menos 30 días antes del inicio del siguiente período de optar por no participar.

**Los affidavits efectivos antes del 16 de junio de 2015**, expirarán dos años después de la fecha efectiva del periodo de optar por no participar.

#### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9616.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9616, 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/R222BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 222, CR 9616

*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.*

## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisones a las LCD existentes

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

#### Número ID de LCD: L33904 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)

La determinación de cobertura local (LCD) para b-scan fue revisada para añadir los siguientes códigos diagnósticos ICD-10-CM a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD: A18.51, A18.53, H05.50-H05.53, H05.821-H05.89, H18.011-H18.069, H18.20-H18.239, H21.40-H21.43, H26.101-H26.139, H30.001-H32, H35.00-H35.09, H35.81-H35.89, H44.50-H44.9, H47.10-H47.149, y Q14.0-Q14.9. En adición, la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD se modificó para cambiar el rango de código de diagnóstico H15.001 - H15.129 a H15.001 - H15.9 y rango de código de diagnóstico H35.171 -

H35.32 a H35.171 – H35.469.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 26 de abril de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015**. 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](#).

### Amniotic membrane -- sutureless placement on the ocular surface -- revisión a la LCD de Parte A y Parte B

#### Número ID de LCD: L36237 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)

La determinación local de cobertura (LCD) para amniotic membrane – sutureless placement on the ocular surface fue revisada para añadir los rangos de código diagnóstico ICD-10-CM H16.121–H16.129 (Filamentary keratitis) y H16.231–H16.239 (Neurotrophic keratoconjunctivitis) para el código CPT® 65778 a la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la determinación local de cobertura es efectiva para los servicios prestados **a partir del 6 de abril de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles, a través de 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](#).

### 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](http://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](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

### Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

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

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios Web

### Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>