

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Junio 2016



## En esta edición

Más revisiones de codificación de las NCD.....	3
CMS implementará demostración de IVIG .....	4
Actualizaciones al software IRIS.....	9
Ajuste en masa para corregir pagos de IPPS.....	14
Implementación de excepción provisional .....	15

## Recuperando sobrepagos de proveedores que comparten número de identificación de impuestos

Número de *MLN Matters*®: SE1612  
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) mejoraron su sistema de contabilidad financiera para permitir el recobro de sobrepagos realizados a un proveedor que comparte el mismo número de identificación de impuestos con un proveedor que tiene un sobrepago de Medicare pendiente en múltiples estados dentro una jurisdicción del contratista administrativo de

Medicare (MAC).

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se1612.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1612

*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.*



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

# Tabla de contenido

## Partes A y B

### Cobertura

Recuperando sobrepagos .....	1
Más revisiones de codificación .....	3
CMS implementará demostración de inmunoglobulina intravenosa .....	4
Información actualizada sobre la demostración de inmunoglobulina intravenosa .....	4

### Facturación

Usando el modificador JW para medicamentos que son descartados .....	5
----------------------------------------------------------------------	---

### Tarifas Fijas

Actualización de julio a la base de datos del 2016 Medicare physician fee .....	6
Actualización de julio del programa de tarifas de los DMEPOS .....	7

### Información General

PPS 2016 ESRD .....	8
Actualización de categoría de estatus de reclamación y códigos de estatus de reclamación .....	8
Actualizaciones al software IRIS .....	9
MLN Connects® Provider eNews for May 26, 2016 .....	9
MLN Connects® Provider eNews for June 2, 2016 .....	9
MLN Connects® Provider eNews for June 9, 2016 .....	10
MLN Connects® Provider eNews for June 16, 2016 .....	10
MLN Connects® Provider eNews for June 23, 2016 .....	11

### Recursos Educativos

Calendario de Eventos .....	12
MLN Connects® Provider e-News .....	13

## Parte A

### Asuntos de Procesamiento

Ajuste en masa para corregir pagos de reclamaciones IPPS .....	14
Corrección de pago de manejo de atención crónica para los RHC y FQHC .....	14

### Pagos Prospectivos

Implementación de excepción provisional de ciertos LTCHs .....	15
----------------------------------------------------------------	----

### Determinaciones Locales de Cobertura de Parte A

Infliximab (Remicade™) - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD .....	16
Revisión de las toxinas botulínicas - de la Parte A y la Parte B del LCD .....	17
G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) -- revisión de Parte A y Parte B de LCD .....	18

Noncovered services -- revisión a LCD .....	18
Noncovered services -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD .....	19

### Información Médica Adicional

Artículo de revisión médica para percutaneous minimally invasive fusion/stabilization of the sacroiliac joint .....	21
Viscosupplementation therapy for knee -- artrografía para proporcionar orientación para las inyecciones no está cubierto .....	22

### Contactos de Parte A

.....	23
-------	----

## Parte B

### Centros de Cirugía Ambulatoria

Actualización de julio del sistema ASC .....	24
----------------------------------------------	----

### Facturación

CMS publica actualización a los códigos 2016 HCPCS usados para aplicación de facturación consolidada de centro de enfermería especializada .....	25
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### Información General

Posibles violaciones de asignación de los laboratorios clínicos en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos .....	26
Nuevo código de especialidad del profesional de la salud para el dentista .....	27
Recursos educativos para asistir a los quiroprácticos con la facturación de Medicare .....	27

### Determinaciones Locales de Cobertura de Parte B

Infliximab (Remicade™) - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD .....	29
Revisión de las toxinas botulínicas - de la Parte A y la Parte B del LCD .....	29
G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD .....	30
Noncovered services -- revisión a LCD .....	30
Noncovered services -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD .....	31
Fotografía ocular externa- la revisión del LCD de la Parte B .....	32

### Información Médica Adicional

Artículo de revisión médica para percutaneous minimally invasive fusion/stabilization of the sacroiliac joint .....	33
Viscosupplementation therapy for knee -- artrografía para proporcionar orientación para las inyecciones no está cubierto .....	34

### Contactos de Parte B de Puerto Rico

.....	35
-------	----

### Contactos de Parte B de Florida

.....	36
-------	----

### Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de EE.UU.

.....	37
-------	----

## Medicare A y B Al Día

### Publications staff

Liliana Chaves  
Soffia Lennie  
Terri Drury  
Mark Willett  
Robert Petty

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

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

Medicare Publications  
1-904-361-0723

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

*ICD-10 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 Optum 360 LLC. All rights reserved.*

### Third-party websites:

*This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. First Coast does not control such sites, and is not responsible for their content. The inclusion of these references within this document does not suggest any endorsement of the material on such sites or any association with their operators.*

*All stock photographs are used by permission from www.shutterstock.com.*

## Cobertura

# Más revisiones de codificación a las determinaciones nacionales de cobertura

Número de *MLN Matters*®: MM9631 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9631  
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de junio de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R1672OTN  
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

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 los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1672OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1672, CR 9631

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

## Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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

## CMS implementará demostración de inmunoglobulina intravenosa

Número de MLN Matters®: SE1424 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 anuncio una demostración de tres años para evaluar los beneficios de cubrir artículos y servicios necesarios para la administración en el hogar de inmunoglobulina intravenosa (IVIG) para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.

Medicare Parte B cubre IVIG para las personas con enfermedad de inmunodeficiencia primaria (PIDD) que deseen recibir el medicamento en su casa. Sin embargo, Medicare no paga por separado para cualquier servicio o suministro para administrar el fármaco si la persona no está confinada en su casa y está recibiendo servicios de otra forma en virtud de un episodio de salud en el hogar de Medicare. Como resultado, muchos beneficiarios han elegido recibir el medicamento en el consultorio del médico, en un entorno

hospitalario para pacientes externos, o para auto-administrarse el fármaco por vía subcutánea.

En virtud de esta demostración, Medicare emitirá bajo la Parte B incluido un pago para todos los artículos y servicios que son necesarios para administrar IVIG en el hogar a los beneficiarios inscritos.

La manifestación, que se limita a los primeros 4,000 solicitantes, sólo se aplica a situaciones en las que el beneficiario requiere IVIG para el tratamiento de PIDD, o está actualmente recibiendo inmunoglobulina subcutánea para tratar PIDD y desea cambiar a IVIG.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1424.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1424

*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 actualizada sobre la demostración de inmunoglobulina intravenosa

Número de *MLN Matters*®: SE1610  
 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

En este artículo de edición especial informa a los proveedores que un nuevo contratista de Medicare, Noridian Healthcare Solutions, LLC, reemplazará NHIC como contratista apoyo de implementación para la demostración de IVIG a partir del 1 de julio de 2016. Este artículo también recuerda a los proveedores de la tasa de pago de 2016 para el código de servicio de demostración Q2052, que es \$336.05.

El artículo de edición especial [SE1424](#) proporciona una visión completa de la

demostración IVIG, que incluye cómo los beneficiarios tienen que presentar una solicitud con el fin de participar en la manifestación.

Comenzando el 24 de junio de 2016, las solicitudes completadas pueden ser enviadas por fax o por correo a Noridian.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se1610.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1610

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

## Facturación

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

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9603 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9603  
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de junio de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3538CP  
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

### 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 enero de 2017, se requiere que el proveedor:

- Utilice 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*<sup>®</sup> 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/R3538CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 8538, CR 9603

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

## Requerimientos de firma de Medicare

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



**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. 100-04, Transmittal 3528, CR 9633

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

**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)



## Actualización de julio del programa de tarifas de los DMEPOS

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9642  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9642  
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de junio de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3551CP  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

### Resumen

La solicitud de cambio 9642 informa a los proveedores de las tarifas programadas para los códigos en vigencia del 1ro de enero de 2016 y para todos los demás cambios, el 1ro de julio de 2016. Las instrucciones incluyen información sobre los archivos de datos, factores de actualización, y otra información relacionada con la actualización de la lista de tarifas.

Los cargos por ciertos elementos que se incluyen en la ronda 1 del Programa de Oferta Competitiva, se denota con el modificador de fijación de precios

“KE”, se suprime del archivo del programa de tarifas de DMEPOS.

### 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/MM9642.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9642, 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/R3551CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3551, CR 9642

*Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como 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.*

### Medicare Learning Network<sup>®</sup>

El Medicare Learning Network<sup>®</sup> (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>.



## Información General

# Sistema de pagos prospectivos de 2016 ESRD

Número de *MLN Matters*®: MM9541  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9541  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de junio de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R224BP  
 Fecha de implementación: 6 de septiembre de 2016

### Resumen

La petición de cambio 9541 actualiza el Chapter 11 del *'Medicare Benefit Policy Manual'* para reflejar las provisiones en la regla final del sistema de pagos prospectivos (PPS) de 2016 end-stage renal disease (ESRD). CR 9541 no hace ningún cambio a la cobertura o políticas de pago. Sin embargo, [CR 9367](#) implementa actualizaciones de tasa para el 2016 ESRD PPS.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9541.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9541, 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/R9541.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 224, CR 9541

*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 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 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.*

## MLN Connects® Provider eNews for May 26, 2016

[MLN Connects® Provider eNews for May 26, 2016](#)  
[View this edition as a PDF](#)

### In this edition:

#### MLN Connects® Events

- Physician Compare Initiative Call — Registration Now Open
- New Audio Recording and Transcript Available

#### Other CMS Events

- Comparative Billing Report on Podiatry: Nail Debridement and E/M Services Webinar

### Medicare Learning Network® Publications and Multimedia

- PECOS for DMEPOS Suppliers Fact Sheet - Reminder
- New Educational Web Guides Fast Fact

### Announcements

- New Quality Payment Program Webpages
- 2016 PQRS GPRO Registration Open through June 30
- Updates to IRIS Software.

*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 June 2, 2016

[MLN Connects® Provider eNews for June 2, 2016](#)  
[View this edition as a PDF](#)

### In this edition:

#### MLN Connects® Events

- Physician Compare Initiative Call — Register Now
- Quality Measures and the IMPACT Act Call — Registration Now Open
- New Audio Recording and Transcript Available

#### Other CMS Events

- SNF Quality Reporting Program Provider Training: Reserve Your Hotel Room by June 8

### Medicare Learning Network® Publications and Multimedia

- CMS Provider Minute Videos for Part A and Part B Providers and DMEPOS Suppliers

### Announcements

- Medicare's "Big Data" Tools Fight and Prevent Fraud to Yield Over \$1.5 Billion in Savings
- Integrated Efforts to Improve Patient Safety and Reduce Hospital Readmissions
- DMEPOS Competitive Bidding Program Round 2 Recompete and National Mail-Order Recompete: List of Contract Suppliers Available
- ICD-10 Resources: Clinical Concepts Series
- June is National Safety Month

### Claims, Pricers, and Codes

- July 2016 Average Sales Price Files Available.

*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 June 9, 2016

*MLN Connects® Provider eNews for June 9, 2016*  
[View this edition as a PDF](#)

**In this edition:**

### News & Announcements

- Medicare Makes Enhancements to the Shared Savings Program to Strengthen Incentives for Quality Care
- TEP on Refinement of NQF #0678: Nominations due June 10
- New PEPPER for Short-term Acute Care Hospitals and June 21 Webinar
- 2016 PQRS GPRO Registration Open through June 30
- Long-Term Care Facilities: Mandatory Submission of Staffing Data via PBJ Begins July 1
- Antipsychotic Drug use in Nursing Homes: Trend Update
- Home Health Quality of Patient Care Star Ratings TEP Summary Available

### Claims, Pricers & Codes

- 2017 ICD-10-PCS Updates Available

### Upcoming Events

- Physician Compare Initiative Call — June 16
- IRF Tier Comorbidity Updates: Soliciting Stakeholder Input Call — June 16
- Quality Measures and the IMPACT Act Call — July 7

### Medicare Learning Network® Publications & Multimedia

- Updated Information on the IVIG Demonstration MLN Matters® Article — New
- June 2016 Catalog Available
- Medicaid Program Integrity: What Is a Prescriber's Role in Preventing the Diversion of Prescription Drugs? Fact Sheet — Revised
- Vaccine and Vaccine Administration Payments under Medicare Part D Fact Sheet — Revised
- Reading the Institutional Remittance Advice Booklet — Reminder
- Medicare Enrollment Guidelines for Ordering/Referring Providers Fact Sheet — Reminder.

*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 June 16, 2016

*MLN Connects® Provider eNews for June 16, 2016*  
[View this edition as a PDF](#)

**In this edition:**

### News & Announcements

- CMS Proposes Rule to Improve Health Equity and Care Quality in Hospitals
- Second Round of Support and Alignment Networks Announced for Transforming Clinical Practice Initiative
- EHR Incentive Program: Hardship Exception Applications Due July 1
- CMS to Release a CBR on Immunohistochemistry and Special Stains in July
- Track and Improve Your ICD-10 Progress
- Recognizing Men's Health Month and Men's Health Week

### Upcoming Events

- MIPS: CPIA Performance Category Overview Webinar — June 22
- MIPS Scoring Overview Webinar — June 24
- Quality Measures and the IMPACT Act Call — July 7
- SNF Quality Reporting Program Call — July 12

### Medicare Learning Network® Publications & Multimedia

- Hospital-Acquired Conditions and Present on Admission Reporting Provision Fact Sheet — Revised
- Mass Immunizers and Roster Billing Fact Sheet — Revised
- Reading a Professional Remittance Advice Booklet — Reminder.

*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 June 23, 2016

*MLN Connects® Provider eNews for June 23, 2016*

*[View this edition as a PDF](#)*

**In this edition:**

**News & Announcements**

- News & Announcements
- Medicare Will Use Private Payor Prices to Set Payment Rates for Clinical Diagnostic Laboratory Tests Starting in 2018
- HHS Announces Major Initiative to Help Small Practices Prepare for the Quality Payment Program
- Comment on the MACRA Proposed Rule by June 27
- 2016 PQRS GPRO Registration Open through June 30
- Hospice Quality Reporting: Annual Payment Update
- Quality Payment Program: What's Available Online

**Claims, Pricers & Codes**

- Chronic Care Management Payment

Correction for RHCs and FQHCs

**Upcoming Events**

- Comparative Billing Report on Diabetic Testing Supplies Webinar — June 27
- Understanding the ESRD Measures Manual Webinar — June 28
- Clinical Diagnostic Laboratory Test Payment System Final Rule Call — July 6
- Quality Measures and the IMPACT Act Call — July 7
- SNF Quality Reporting Program Call — July 12

**Medicare Learning Network® Publications & Multimedia**

- Video Slideshow for QRUR Webcast — New
- DMEPOS Accreditation Fact Sheet — Revised
- MREP Software Fact Sheet — Revised
- Medicare Vision Services Fact Sheet — Revised
- New Educational Web Guides Fast Fact.

*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

#### Agosto de 2016

Codificación E/M: seleccionando sus códigos de atención crítica (B)

Cuando: 18 de agosto de 2016

Hora: 3:00 PM-4:30 PM ET

Tipo: Webcast

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

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0338601.asp>

Teleconferencia de pregúntele al contratista (ACT): Directrices de codificación generales de NCCI & recursos (A/B)

Cuando: 24 de agosto de 2016

Hora: 2:00 PM-3:30 PM ET

Tipo: Webcast

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

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0338550.asp>

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A (A)

Cuando: 20 de septiembre de 2016

Hora: 2:00 -3:30 PM ET

Tipo: Webcast

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

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0338549.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, 26 de mayo de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 2 de junio de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 9 de junio de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 16 de junio de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 21 de junio de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 23 de junio 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

### Ajuste en masa para corregir pagos de reclamaciones IPPS

#### Problema

Con la implementación de la petición de cambio (CR) 8900 en octubre de 2014, cambios en el año fiscal (FY) 2015 sistema de pagos prospectivos del paciente hospitalizado (IPPS) y cuidados a largo plazo de hospital (LTCH) PPS cambios, ciertas reclamaciones de pacientes hospitalizados con precios incorrectos cuando fueron cargadas a los códigos del estado y a los códigos del índice de salario para los proveedores sujetos a IPPS. Este problema se corrigió el 8 de junio de 2015.

#### Resolución

Los MAC deberán realizar ajustes en masa a todas las reclamaciones que cumplan con los siguientes criterios:

- Reclamaciones con fechas procesadas después del 5 de octubre de 2014,

hasta de al 8 de junio de 2015, con fecha de alta después del 5 de octubre de 2014, hasta el 8 de junio de 2015.

- Tipo de factura (TOB) 11x
- Rango del proveedor xx0001-xx0999 donde xx es un código específico del estado incluyendo Florida (10) y Puerto Rico (40)

#### Estatus/fecha resuelto

Abierto.

#### Acción por parte del proveedor

Ninguna.

#### Problemas 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.*

### Corrección de pago de manejo de atención crónica para los RHC y FQHC

#### Asunto

Efectivo el 1 de enero, las clínicas de salud rural (RHC) y los centros de salud calificados federalmente (FQHC) comenzaron a recibir pago para servicios del manejo de la atención crónica (CCM).

El pago debe ser calculado basado en la tasa de pago de no centro de promedio nacional de la tabla de tarifas fijas de Medicare. CMS está al tanto que los RHC y FQHC han estado recibiendo una tasa de pago ajustada por localidad para los servicios CCM.

#### Resolución

Su contratista administrativo de Medicare ajustará cualquier reclamación procesada incorrectamente.

#### 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 [asuntos 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.*

**Sistema de pagos prospectivos**

## Implementación de excepción provisional de ciertos LTCHs

Número de *MLN Matters*®: MM9599 Revisado  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9599  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de junio de 2016  
 Fecha de efectividad: 21 de abril de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1675OTN  
 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*® 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/R1675OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1675, 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.*

## Síntase 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

### Infliximab (Remicade™) - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD

#### Número de Identificación para LCD: L33704 (Florida/Puerto Rico/U.S. Islas Vírgenes)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para infliximab (Remicade™) han sido revisadas dentro de las “limitaciones” y “Requisitos de la documentación” en las secciones de la LCD para aclarar los requisitos en la indicación del síndrome del arco aórtico (Takayasu). Además, teniendo en cuenta la solicitud de cambio (CR) 9633 (Actualización Trimestral a la MPFSDB - Julio CY 2016), CR 9636 (Trimestral HCPCS cambios en el código de medicinas/ biológico), CR 9658 (julio de 2016 Actualización del hospital OPPS), CR 9661 (Especificaciones del I / OCE para julio de 2016), y CR 9668 (actualización del Sistema de Pagos ASC julio de 2016), la sección de “códigos / HCPCS CPT” del LCD se ha revisado para agregar código HCPCS Q5102 y ZB modificador.

#### Fecha de vigencia

### Revisión de las toxinas botulínicas - de la Parte A y la Parte B del LCD

#### Número de Identificación para LCD: L33274 (Florida/Puerto Rico/U.S. Islas Vírgenes)

Se revisó la determinación local de cobertura (LCD) para las toxinas botulínicas para agregar el rango de códigos G81.11-G81.14 del ICD-10-CM en el epígrafe “CIE-10 códigos que apoyan la necesidad médica” sección del LCD código J0588. Estos códigos se omitieron inadvertidamente cuando la FDA aprobó la indicación, la espasticidad de las extremidades superiores en pacientes adultos, se agregó a la LCD para incobotulinumtoxina (Xeomin®).

Además, la LCD se revisó teniendo en cuenta las solicitudes de reconsideración de LCD para incluir códigos adicionales de diagnóstico ICD-10-CM para la indicación aprobada por la FDA, la espasticidad de las extremidades superiores en pacientes adultos, por abobotulinumtoxina (Dysport™) e incobotulinumtoxina (Xeomin®). Códigos ICD-10-CM G80.0, G80.1, G80.2, G82.53, G82.54, G83.0 \*, y el código ICD-10-CM-oscila G83.21 G83.24 \*, I69. 031-I69.034, I69.051-I69.054, I69.131-I69.134, I69.151-I69.154, I69.231-I69.234, I69.251-I69.254, I69.331-I69.334, I69.351-I69.354, I69.831-I69.834, y I69.851-I69.854 se agregaron en el epígrafe “códigos CIE-10 que apoyan la necesidad médica”

La revisión del LCD relacionado con el síndrome del arco aórtico (Takayasu) es eficaz para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de julio de 2016**. La revisión de LCD relacionada con la adición de código HCPCS Q5102 y el modificador ZB es eficaz para reclamaciones procesadas **en o después del 5 de julio de 2016**, por los servicios prestados **en o después del 5 de abril de 2016**, para el código HCPCS Q5102, **y en o después del 1ro de abril de 2016**, para el modificador ZB.

La determinación de cobertura local (LCD) de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare del CMS en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los artículos para una LCD (cuando está presente) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

sección del LCD para códigos de procedimiento J0586 y J0588. En ésta sección se agregó el lenguaje clarificando los diagnósticos señalados con asterisco.

Además, “la espasticidad del brazo en pacientes después de un accidente cerebrovascular” fue retirado de la sección “Indicaciones fuera de la etiqueta” para Dysport™.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD para agregar un rango de códigos G81.11-G81.14 para códigos de procedimiento J0588 es eficaz para reclamaciones procesadas **en o después del 9 de junio de, 2016**, por los servicios prestados **a partir o después del 22 de diciembre de 2015**. La revisión del LCD para incluir códigos de diagnóstico adicionales para la espasticidad de las extremidades superiores de los códigos de procedimiento J0586 y J0588 es efectiva por los servicios prestados **a partir del 9 de junio de 2016**. El LCD está disponible a través de la base de datos de cobertura de Medicare del CMS en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Reglas de codificación para las LCD (cuando está presente) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

## G-CSF (Neupogen<sup>®</sup>, Granix<sup>™</sup>, Zarxio<sup>™</sup>) -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

### Número ID de LCD: L34002 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para G-CSF (Neupogen<sup>®</sup>, Granix<sup>™</sup>, Zarxio<sup>™</sup>) fue revisada basado en la petición de cambio (CR) 9658 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) (July 2016 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System [OPPS]). El modificador "ZA" fue añadido a la sección "CPT/HCPCS Codes" de la LCD, para indicar que el fabricante biosimilar es Novartis/Sandoz.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 05 de julio de 2016**, por los servicios **prestados en o después de enero 1 de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en el CMS Medicare coverage database en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> external.gif. Las directrices de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" arriba de la página de LCD.

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

## Noncovered services -- revisión a LCD

### Número ID de LCD: L33777 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)

La determinación local de cobertura (LCD) para noncovered services fue revisada para remover el código CPT<sup>®</sup> 27279 (arthrodesis, sacroiliac joint, percutaneous or minimally invasive (indirect visualization), con directriz de imagen, incluye obtener injerto óseo cuando sea realizado, y colocación de dispositivo de traspaso) de la sección "CPT<sup>®</sup>/HCPCS Codes" de la LCD bajo el subtítulo "Procedures for Part A and Part B."

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de junio de**

**2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en el CMS Medicare coverage database en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las directrices de codificación para una LCD (cuando esté presente) pueden ser encontradas al seleccionar "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" arriba de la página de LCD.

Favor de referirse a un artículo por separado titulado "Medical review article for percutaneous minimally invasive fusion/stabilization of the sacroiliac joint" que trata este episodio de cuidado.

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

## Noncovered services – revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

### Número ID de LCD: L33777 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)

Los siguientes servicios fueron evaluados y se determinó que no son considerados médicamente razonables y necesarios en este momento sobre la base de evidencia actual disponible publicada (e.g., la literatura médica revisada por profesionales, y estudios publicados). Por lo tanto, los siguientes códigos de procedimiento se han añadido a los servicios no cubiertos de la determinación local de cobertura (LCD).

- 96931 – 96936 – Reflectance confocal microscopy (RCM) for cellular and sub-cellular imaging of skin
- 0396T – Intra-operative use of kinetic balance sensor for implant stability during knee replacement arthroplasty (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0397T -- Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), with optical endomicroscopy (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0399T – Myocardial strain imaging (quantitative assessment of myocardial mechanics using image-based analysis of local myocardial dynamics) (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0400T - 0401T - Multi-spectral digital skin lesion analysis of clinically atypical cutaneous pigmented lesions
- 0402T - Collagen cross-linking of cornea (including removal of the corneal epithelium and intraoperative pachymetry when performed)
- 0403T – Preventive behavior change, intensive program of prevention of diabetes using a standardized diabetes prevention program curriculum, provided to individuals in a group setting, minimum 60 minutes, per day
- 0404T - Transcervical uterine fibroid(s) ablation with ultrasound guidance, radiofrequency
- 0405T - Oversight of the care of an extracorporeal liver assist system patient requiring review of status, review of laboratories and other studies, and revision of orders and liver assist care plan (as appropriate), within a calendar month, 30 minutes or more of non-face-to-face time
- 0406T-0407T - Nasal endoscopy, surgical, ethmoid sinus, placement of drug eluting implant
- 0408T-0411T - Insertion or replacement of permanent cardiac contractility modulation system
- 0412T-0413T - Removal of permanent cardiac contractility modulation system
- 0414T - Removal and replacement of permanent cardiac contractility modulation system; pulse generator only
- 0415T - Repositioning of previously implanted cardiac contractility modulation transvenous electrode, (atrial or ventricular lead)
- 0416T - Relocation of skin pocket for implanted cardiac contractility modulation pulse generator
- 0417T - Programming device evaluation (in person) with interactive adjustment of the implantable device to test the function of the device and select optimal permanent programmed values with analysis, including review and report, implantable cardiac contractility modulation system
- 0418T - Interrogation device evaluation (in person) with analysis review and report, includes connection, recording and disconnection per patient encounter; implantable cardiac contractility modulation system
- 0419T – 0420T - Destruction neurofibromata, extensive, (cutaneous, dermal extending into subcutaneous)
- 0421T - Transurethral waterjet ablation of prostate, including control of post-operative bleeding, including ultrasound guidance, complete (vasectomy, meatotomy, cystourethroscopy, urethral calibration and/or dilation, and internal urethrotomy are included when performed)
- 0422T - Tactile breast imaging by computer-aided tactile sensors, unilateral or bilateral
- 0423T - Secretory type II phospholipase A2 (sPLA2-IIA)
- 0424T – 0427T - Insertion or replacement of neurostimulator system for treatment of central sleep apnea
- 0428T – 0430T - Removal of neurostimulator system for treatment of central sleep apnea
- 0431T - Removal and replacement of neurostimulator system for treatment of central sleep apnea, pulse generator only
- 0432T – 0433T - Repositioning of neurostimulator system for treatment of central sleep apnea
- 0434T - Interrogation device evaluation implanted of neurostimulator pulse generator system for central sleep apnea
- 0435T – 0436T - Programming device evaluation of implanted neurostimulator pulse generator system for central sleep apnea

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

**NONCOVERED** De la página anterior

Adicionalmente, el código CPT® 88375 (Optical endomicroscopic image[s], interpretation and report, real-time or referred, each endoscopic session) ha sido eliminado en base a una revisión previa que remueve servicios asociados (códigos CPT® 43206 y 43252). Además, el formato de la pantalla LCD se revisó para eliminar la duplicidad de codificación.

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista se refiere a la calidad de las pruebas por el *Program Integrity Manual* al dirigirse a los artículos e información relacionada en el dominio público, la jurisdicción N (JN) el contratista administrativo de Medicare (MAC) llegó al convencimiento de que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, que consiste en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos, y los artículos de revisión que reportan datos limitados de seguridad y eficacia para estos procedimientos. Debido a la falta de disponibilidad de pruebas de alta calidad, el JN MAC llegó a la conclusión de que no hay suficiente evidencia científica para apoyar estos procedimientos, y por lo tanto no se considera razonable y necesario en virtud de la Sección 1862(a)(1)(a) del Social Security Act.

Cualquier reclamación denegada tendría derechos de apelación. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere una revisión por un médico para defender cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para revisión toda la documentación e información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Una de las partes interesadas puede solicitar una revisión de una LCD después de que el borrador esté finalizado, el período de notificación

haya terminado, y el borrador se convierte en activo. En el caso de servicios no cubiertos de una LCD, la parte interesada puede solicitar la lista de los artículos y la información relacionada en el dominio público que fueron considerados por el departamento de política médica en tomar la decisión de no cobertura. Si el interesado tiene información nueva basada en la evaluación de la lista de artículos e información relacionada, una solicitud de reconsideración de LCD puede ser iniciada.

Es responsabilidad de la parte interesada solicitar la lista de prueba por parte del contratista y que presente los artículos adicionales, los datos y la información relacionada en apoyo de su solicitud de cobertura.

La solicitud debe cumplir con los requisitos de reconsideración de LCD descritos en el sitio web.

**Fecha de vigencia**

La revisión a la LCD para la adición de los códigos CPT 96931-96936, 0396T, 0397T, and 0399T-0436T es efectiva para los servicios prestados **a partir del 25 de julio de 2016**.

La revisión a la LCD para la eliminación del código CPT 88375 es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 13 de abril de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 21 de diciembre de 2015**.

La revisión a la LCD para reformatear la LCD está basada en la fecha de proceso.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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>.

Los artículos para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontrados al seleccionar "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" arriba de la página de LCD.

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

**Información Médica Adicional**

## Artículo de revisión médica para percutaneous minimally invasive fusion/stabilization of the sacroiliac joint

Los servicios no cubiertos de determinación local de cobertura (LCD) (L33777) identifica los servicios que **no cumplen** el umbral médicamente razonable y necesario para la cobertura como se define en el *Program Integrity Manual* (nivel de atención, cumple pero no excede la necesidad médica, etc.) después de revisión de la **evidencia de calidad** y la fuerza de la recomendación según lo publicado en la literatura revisada por pares.

Ciertos procedimientos pueden ser removidos de la LCD por servicios no cubiertos cuando el proceso de desarrollo de políticas médicas identifica acceso a situaciones de la atención para los beneficiarios con ciertas condiciones que pueden beneficiarse de un procedimiento que aún está siendo investigado por la comunidad dada la falta de resultados a largo plazo, la dificultad para el establecimiento de controles adecuados en los estudios clínicos, la falta de datos sobre la población en edad más compleja de Medicare, etc. Como se indica en la LCD de servicios no cubiertos, cuando un procedimiento se elimina de la LCD sin una LCD alternativa implementada al mismo tiempo, el **contratista es silencioso en termino de política de cobertura**, y el umbral razonable y necesario (R&N) de cobertura se aplica como cualquier procedimiento que no tiene política nacional o local aplicable en juego.

Percutaneous minimally invasive fusion/stabilization of the sacroiliac joint (SIJ fusion) para el tratamiento del dolor de espalda es un procedimiento problemático en términos de establecer la eficacia probada y por tanto su necesidad médica (dado que los mecanismos subyacentes del dolor de espalda crónico no se subsanan mediante procedimientos de fusión por sí solos, ausente trauma obvio agudo/subagudo). El dolor de espalda es un problema complejo y común en la población de Medicare.

El MAC JN no tiene una LCD actual dado que hay una escasez de pruebas para establecer la necesidad médica para la población general de Medicare. Sin embargo, debido a la naturaleza común de este problema, el contratista estará proporcionando el acceso a la cobertura para el código CPT 27279 (Arthrodesis, sacroiliac joint, percutaneous or minimally invasive (visualización indirecta), con guía de imagen, incluye obtención de injerto óseo cuando se lleva a cabo, y la

colocación del dispositivo de traspaso). El informe será examinado para cobertura en una base caso por caso, para el tratamiento del dolor crónico de espalda para ciertos pacientes, suponiendo que todos los demás requisitos aplicables del programa se cumplan.

De acuerdo al *Internet Only Manual Publication 100-08, chapter 13, section 13.3*, "When making individual claim determinations, the contractor shall determine whether the item or service in question is covered based on an LCD or the clinical judgment of the medical reviewer."

Los siguientes criterios de los pacientes serán considerados por los revisores médicos de First Coast Service Options Inc. (First Coast) al hacer juicios clínicos, si se realiza una auditoría de prepago o postpago:

1. El reporte del paciente de dolor que no radia, unilateral que es caudal a la espina lumbar (vertebra L5), localizada sobre el SIJ posterior, y consistente con dolor SIJ;
2. El paciente ha padecido y falló un mínimo de seis meses de tratamiento intensivo no operativo que debe incluir optimización de medicación, modificación de actividad, y terapia de actividad física;
3. Sensibilidad localizada con la palpación del SIJ posterior en ausencia de sensibilidad de gravedad similar en otros lugares (e.g., trocánter mayor, columna lumbar, el coxis) y no existen otras fuentes obvias para el dolor;
4. Respuesta positiva a la prueba de empuje del muslo O prueba de compresión Y dos de las siguientes pruebas provocativas adicionales: prueba Gaenslen, prueba de distracción, señal de Patrick;
5. Ausencia de un comportamiento de dolor generalizado (e.g., trastorno somatomorfo) o trastornos de dolor generalizados (e.g., fibromialgia);
6. Los estudios de diagnóstico por imágenes que incluyen los siguientes procedimientos:
  - Imagen (las radiografías simples y una tomografía computarizada (CT) o imagen de resonancia magnética (MRI)) de la coyuntura SI que excluye la presencia de lesiones destructivas (e.g., tumor, infección) o artropatía inflamatoria que no se aborda de forma adecuada percutaneous SIJ fusion;
  - Obtención de imágenes de la cadera ipsilateral (radiografías simples) para descartar la osteoartritis;

Ver **PERCUTANEUS**, en la próxima página

## PERCUTANEUS De la página anterior

- Imágenes de la columna vertebral lumbar (CT o MRI) para descartar la compresión de los nervios u otra condición degenerativa que puede ser la causa de dolor de espalda baja o las nalgas;
- 7. Al menos 75 por ciento de reducción del dolor durante la duración esperada del anestésico utilizado **después de una inyección de contraste mejorado SIJ guiada por imagen en dos ocasiones separadas.**
- infección, tumor, o fractura;
- inestabilidad aguda, traumática del SIJ;
- la compresión de los nervios, como se ve en una resonancia magnética o una tomografía computarizada que se correlaciona con los síntomas del paciente o de otra fuente más probable para el dolor.

El código de procedimiento que describe este servicio es el código CPT® 27279 (arthrodesis, sacroiliac joint, percutaneous or minimally invasive (indirect visualization), with image guidance, includes obtaining bone graft when performed, and placement of transfixing device).

El JN MAC espera que las dos siguientes códigos ICD-10 serán reportados para el tratamiento del dolor lumbar crónico debido a síndrome de la articulación sacroilíaca: M46.1 (sacroileítis, no clasificados en otra parte) y M54.5 (dolor lumbar).

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

Después de revisar la literatura científica publicada disponible, es el juicio clínico del JN MAC que la fusión SIJ percutánea para el dolor SIJ no está indicado, en presencia de:

- artropatía sistémica, como la espondilitis anquilosante o la artritis reumatoide;
- comportamiento de dolor generalizado (e.g., trastorno somatoforme) o trastorno de dolor generalizado (e.g., fibromialgia);

## Viscosupplementation therapy for knee -- artrografía para proporcionar orientación para las inyecciones no está cubierto

### Número ID de LCD: L33767 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)

La determinación local de cobertura (LCD) para viscosupplementation therapy for knee (L33767) contiene los siguientes lenguaje relacionado con la falta de cobertura de artrografía para proporcionar orientación para las inyecciones (e.g., 27370 and 73580).

Artrografía para proporcionar una guía para las inyecciones no será cubierta. Por lo tanto, la facturación del código Current Procedural Terminology (CPT®) 73580 (Radiologic examination, knee, arthrography, radiological supervision and

interpretation) y 27370 (Injection of contrast for knee arthrography) o servicios similares no serán cubiertos cuando son facturados con los códigos HCPCS C9471, J7321, J7323, J7324, J7325, J7326, J7327, J7328, o Q9980 (Hyaluronan or derivative, for intra-articular injection).

Por lo tanto, se les denegará estos servicios. Tenga en cuenta que los servicios relacionados con servicios no cubiertos tampoco están cubiertos (e.g. inyección de contraste para artrografía de rodilla).

El texto completo de LCD L33767 está disponible en: [http://medicareespanol.fcso.com/coberturas\\_medicas/lcd\\_search.asp](http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp).

**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) (<https://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)

**Centros de Cirugía Ambulatoria**

**Actualización de julio del sistema de pago ASC**

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9668  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9668  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de mayo de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3531CP  
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

**Resumen**

Este artículo es el resultado de la petición de cambio 9668, que detalla los cambios en las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago de centro de cirugía ambulatoria (ASC) de julio de 2016.

Muchas tarifas de pago ASC en el marco del sistema de pago ASC se establecerán utilizando información de tasa de pago en Medicare physician fee schedule (MPFS).

Los expedientes de pago asociados a esta transmisión reflejan los cambios más recientes en el pago MPFS 2016, a partir del 1 de julio de 2016. Los cambios programados con esta actualización incluyen:

- Instrucciones de facturación para planeación de intensity modulated

- radiation therapy (IMRT)
- Blefaroplastia del párpado superior y reparación blefaroptosis
- Cinco códigos CPT<sup>®</sup> categoría III
- Siete nuevos códigos para informar medicamentos y productos biológicos en el entorno ASC
- Productos biológicos biosimilares.

**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/MM9668.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9668, 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/R3531CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3531, CR 9668

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

**Suscripción a Medicare Parte B**

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

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

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

## Facturación

# CMS publica actualización a los códigos 2016 HCPCS usados para aplicación de facturación consolidada de centro de enfermería especializada

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9688  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9688  
Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de junio de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3546CP  
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid recientemente actualizaron las listas de códigos Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que están sujetos a la disposición de la facturación consolidada del sistema de pagos prospectivos (PPS) de enfermería especializada (SNF).

Los cambios a los códigos Current Procedure Terminology<sup>®</sup> (CPT<sup>®</sup>)/HCPCS y las designaciones del Medicare physician fee schedule serán usadas para revisar los éditos del common working file (CWF) para permitir que los contratistas administrativos de Medicare hagan pagos apropiados de acuerdo con la política de Medicare para *SNF consolidated billing*.

Los servicios excluidos de SNF PPS y CB se

pueden pagar a los proveedores, con excepción de los SNF, para los beneficiarios, aun cuando en una estancia SNF.

Los proveedores pueden solicitar el reprocesamiento de las reclamaciones afectadas con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016 que fueron denegados o rechazados de forma incorrecta antes de la puesta en práctica de la petición de cambio 9688.

### 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/MM9688.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9688, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3546CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3546, CR 9688

*Nota aclaratoria: Este artículo es 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.*

## Información General

# Posibles violaciones de asignación de los laboratorios clínicos en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Ha sido traído a la atención de First Coast Service Options por el State Health Insurance Assistance Program (SHIP) en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos que algunos laboratorios les están cobrando a los pacientes por adelantado para proveer servicios.

Esto no sería apropiado ya que, típicamente, los beneficiarios no son financieramente responsables por los servicios de laboratorio.

Como recordatorio, los proveedores de servicios de laboratorio deben estar conscientes de las siguientes regulaciones de Medicare:

- Por ley, un proveedor debe presentar las reclamaciones de la Parte B de todos los beneficiarios de Medicare
- Adicionalmente, un proveedor debe aceptar la asignación para pruebas de laboratorio pagadas en la tarifa fija. De lo contrario, un contratista administrativo de Medicare (MAC) de Parte B no puede hacer pagos por las pruebas de laboratorio. Además, ningún pago puede ser hecho para las pruebas de diagnóstico clínico provistas por un médico o grupo médico **a menos** de que el médico o grupo médico acepte la asignación o reclame el pago bajo el procedimiento de pago indirecto para los servicios de laboratorio
- Para todas las pruebas clínicas de laboratorio, tarifas de recolección de muestra o gastos de viaje relacionados a las pruebas de laboratorio realizadas por un médico, laboratorio u otra entidad pagada de manera asignada, **no aplica el deducible anual ni el 20 por ciento de coaseguro**; el MAC pagará la cantidad

menor del cargo actual o el 100 por ciento de la tarifa fija de laboratorio clínico

- Por ley, los cargos básicos admisibles para un beneficiario son el deducible restante y el 20 por ciento de los cargos habituales (o razonables) en exceso del deducible. Si el proveedor recolecta dinero del beneficiario, el proveedor debe informar al MAC sobre cualquier cantidad recolectada del beneficiario o de otras personas en su nombre al completar el ítem 29 del formulario de reclamación CMS-1500 (o equivalente electrónico)
- **Nota:** Por favor revise el artículo *cuando no presentar cantidades pagadas del paciente en reclamaciones* antes de recolectar pagos de los pacientes

### Posibles penalidades por violaciones de asignación

Los proveedores que consciente y voluntariamente facturan a los pacientes sin haber sido asignado pueden estar sujetos a sanciones, penalidades monetarias civiles (hasta \$2,000 por violación) y/o exclusión del programa de Medicare por un periodo impuesto de hasta cinco años.

Se exhorta a los beneficiarios a que reporten las posibles violaciones de asignación al **1-800-MEDICARE**.

Fuente: Manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) *Pub. 100-04, capítulo 1, sección 30.3.6 y 30.3.9; Pub. 100-04, capítulo 16, sección 30.1 y 30.2*; Social Security Act (SSA) Act, sección 1848(g)(4); *Medicare Learning Network (MLN) Matters® Special Edition (SE) article SE0908 Mandatory Claims Submission and its Enforcement*; *Code of Federal Regulations (CFR) Title 42, Sección 489.30(b) y 489.35*.

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

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

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9355  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9355  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de junio de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3547CP  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

### Resumen

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

El código de la especialidad se asocia con las reclamaciones presentadas por el médico o profesional de la salud y describe los tipos específicos/únicos de medicina que ellos (y algunos otros proveedores) practican. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) utilizan códigos de especialidad para fines de

procesamiento de reclamación y programáticos.

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

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9355, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3547CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3547, CR 9355

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

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

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: SE1603 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

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

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

- Información de inscripción

- Cobertura, documentación y facturación
- Información de notificación anticipada al beneficiario (ABN)
- [Improving the documentation of chiropractic services video](#)

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

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se1603.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> artículo SE1603

*Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como 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*

## 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

## Infliximab (Remicade™) - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD

### Número de Identificación para LCD: L33704 (Florida/Puerto Rico/U.S. Islas Vírgenes)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para infliximab (Remicade™) han sido revisadas dentro de las “limitaciones” y “Requisitos de la documentación” en las secciones de la LCD para aclarar los requisitos en la indicación del síndrome del arco aórtico (Takayasu). Además, teniendo en cuenta la solicitud de cambio (CR) 9633 (Actualización Trimestral a la MPFSDB - Julio CY 2016), CR 9636 (Trimestral HCPCS cambios en el código de medicinas/ biológico), CR 9658 (julio de 2016 Actualización del hospital OPPS), CR 9661 (Especificaciones del I / OCE para julio de 2016), y CR 9668 (actualización del Sistema de Pagos ASC julio de 2016), la sección de “códigos / HCPCS CPT” del LCD se ha revisado para agregar código HCPCS Q5102 y ZB modificador.

### Fecha de vigencia

## Revisión de las toxinas botulínicas - de la Parte A y la Parte B del LCD

### Número de Identificación para LCD: L33274 (Florida/Puerto Rico/U.S. Islas Vírgenes)

Se revisó la determinación local de cobertura (LCD) para las toxinas botulínicas para agregar el rango de códigos G81.11-G81.14 del ICD-10-CM en el epígrafe “CIE-10 códigos que apoyan la necesidad médica” sección del LCD código J0588. Estos códigos se omitieron inadvertidamente cuando la FDA aprobó la indicación, la espasticidad de las extremidades superiores en pacientes adultos, se agregó a la LCD para incobotulinumtoxina (Xeomin®).

Además, la LCD se revisó teniendo en cuenta las solicitudes de reconsideración de LCD para incluir códigos adicionales de diagnóstico ICD-10-CM para la indicación aprobada por la FDA, la espasticidad de las extremidades superiores en pacientes adultos, por abobotulinumtoxina (Dysport™) e incobotulinumtoxina (Xeomin®). Códigos ICD-10-CM G80.0, G80.1, G80.2, G82.53, G82.54, G83.0 \*, y el código ICD-10-CM-oscila G83.21 G83.24 \*, I69.031-I69.034, I69.051-I69.054, I69.131-I69.134, I69.151-I69.154, I69.231-I69.234, I69.251-I69.254, I69.331-I69.334, I69.351-I69.354, I69.831-I69.834, y I69.851-I69.854 se agregaron en el epígrafe “códigos CIE-10 que apoyan la necesidad médica”

La revisión del LCD relacionado con el síndrome del arco aórtico (Takayasu) es eficaz para las reclamaciones procesadas **a partir del 14 de julio de 2016**. La revisión de LCD relacionada con la adición de código HCPCS Q5102 y el modificador ZB es eficaz para reclamaciones procesadas **en o después del 5 de julio de 2016**, por los servicios prestados **en o después del 5 de abril de 2016**, para el código HCPCS Q5102, **y en o después del 1ro de abril de 2016**, para el modificador ZB.

La determinación de cobertura local (LCD) de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare del CMS en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los artículos para una LCD (cuando está presente) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

sección del LCD para códigos de procedimiento J0586 y J0588. En ésta sección se agregó el lenguaje clarificando los diagnósticos señalados con asterisco.

Además, “la espasticidad del brazo en pacientes después de un accidente cerebrovascular” fue retirado de la sección “Indicaciones fuera de la etiqueta” para Dysport™.

### Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD para agregar un rango de códigos G81.11-G81.14 para códigos de procedimiento J0588 es eficaz para reclamaciones procesadas **en o después del 9 de junio de, 2016**, por los servicios prestados **a partir o después del 22 de diciembre de 2015**. La revisión del LCD para incluir códigos de diagnóstico adicionales para la espasticidad de las extremidades superiores de los códigos de procedimiento J0586 y J0588 es efectiva por los servicios prestados **a partir del 9 de junio de 2016**. El LCD está disponible a través de la base de datos de cobertura de Medicare del CMS en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Reglas de codificación para las LCD (cuando está presente) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

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

## G-CSF (Neupogen<sup>®</sup>, Granix<sup>™</sup>, Zarxio<sup>™</sup>) -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

### Número ID de LCD: L34002 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación local de cobertura (LCD) para G-CSF (Neupogen<sup>®</sup>, Granix<sup>™</sup>, Zarxio<sup>™</sup>) fue revisada basado en la petición de cambio (CR) 9658 de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) (July 2016 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System [OPPS]). El modificador "ZA" fue añadido a la sección "CPT/ HCPCS Codes" de la LCD, para indicar que el fabricante biosimilar es Novartis/Sandoz.

#### Fecha efectiva

Esta revisión a la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 05 de julio de 2016**, por los servicios **prestados en o después de enero 1 de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en el CMS Medicare coverage database en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> external.gif. Las directrices de codificación para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontradas al seleccionar "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" arriba de la página de LCD.

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

## Noncovered services -- revisión a LCD

### Número ID de LCD: L33777 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)

La determinación local de cobertura (LCD) para noncovered services fue revisada para remover el código CPT<sup>®</sup> 27279 (arthrodesis, sacroiliac joint, percutaneous or minimally invasive (indirect visualization), con directriz de imagen, incluye obtener injerto óseo cuando sea realizado, y colocación de dispositivo de traspaso) de la sección "CPT<sup>®</sup>/HCPCS Codes" de la LCD bajo el subtítulo "Procedures for Part A and Part B."

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 16 de junio de**

**2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles en el CMS Medicare coverage database en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las directrices de codificación para una LCD (cuando esté presente) pueden ser encontradas al seleccionar "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" arriba de la página de LCD.

Favor de referirse a un artículo por separado titulado "Medical review article for percutaneous minimally invasive fusion/stabilization of the sacroiliac joint" que trata este episodio de cuidado.

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

## Noncovered services – revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

### Número ID de LCD: L33777 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)

Los siguientes servicios fueron evaluados y se determinó que no son considerados médicamente razonables y necesarios en este momento sobre la base de evidencia actual disponible publicada (e.g., la literatura médica revisada por profesionales, y estudios publicados). Por lo tanto, los siguientes códigos de procedimiento se han añadido a los servicios no cubiertos de la determinación local de cobertura (LCD).

- 96931 – 96936 – Reflectance confocal microscopy (RCM) for cellular and sub-cellular imaging of skin
- 0396T – Intra-operative use of kinetic balance sensor for implant stability during knee replacement arthroplasty (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0397T -- Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), with optical endomicroscopy (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0399T – Myocardial strain imaging (quantitative assessment of myocardial mechanics using image-based analysis of local myocardial dynamics) (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0400T - 0401T - Multi-spectral digital skin lesion analysis of clinically atypical cutaneous pigmented lesions
- 0402T - Collagen cross-linking of cornea (including removal of the corneal epithelium and intraoperative pachymetry when performed)
- 0403T – Preventive behavior change, intensive program of prevention of diabetes using a standardized diabetes prevention program curriculum, provided to individuals in a group setting, minimum 60 minutes, per day
- 0404T - Transcervical uterine fibroid(s) ablation with ultrasound guidance, radiofrequency
- 0405T - Oversight of the care of an extracorporeal liver assist system patient requiring review of status, review of laboratories and other studies, and revision of orders and liver assist care plan (as appropriate), within a calendar month, 30 minutes or more of non-face-to-face time
- 0406T-0407T - Nasal endoscopy, surgical, ethmoid sinus, placement of drug eluting implant
- 0408T-0411T - Insertion or replacement of permanent cardiac contractility modulation system
- 0412T-0413T - Removal of permanent cardiac contractility modulation system
- 0414T - Removal and replacement of permanent cardiac contractility modulation system; pulse generator only
- 0415T - Repositioning of previously implanted cardiac contractility modulation transvenous electrode, (atrial or ventricular lead)
- 0416T - Relocation of skin pocket for implanted cardiac contractility modulation pulse generator
- 0417T - Programming device evaluation (in person) with interactive adjustment of the implantable device to test the function of the device and select optimal permanent programmed values with analysis, including review and report, implantable cardiac contractility modulation system
- 0418T - Interrogation device evaluation (in person) with analysis review and report, includes connection, recording and disconnection per patient encounter; implantable cardiac contractility modulation system
- 0419T – 0420T - Destruction neurofibromata, extensive, (cutaneous, dermal extending into subcutaneous)
- 0421T - Transurethral waterjet ablation of prostate, including control of post-operative bleeding, including ultrasound guidance, complete (vasectomy, meatotomy, cystourethroscopy, urethral calibration and/or dilation, and internal urethrotomy are included when performed)
- 0422T - Tactile breast imaging by computer-aided tactile sensors, unilateral or bilateral
- 0423T - Secretory type II phospholipase A2 (sPLA2-IIA)
- 0424T – 0427T - Insertion or replacement of neurostimulator system for treatment of central sleep apnea
- 0428T – 0430T - Removal of neurostimulator system for treatment of central sleep apnea
- 0431T - Removal and replacement of neurostimulator system for treatment of central sleep apnea, pulse generator only
- 0432T – 0433T - Repositioning of neurostimulator system for treatment of central sleep apnea
- 0434T - Interrogation device evaluation implanted of neurostimulator pulse generator system for

Ver **NONCOVERED**, en la próxima página

## NONCOVERED De la página anterior

Adicionalmente, el código CPT® 88375 (Optical endomicroscopic image[s], interpretation and report, real-time or referred, each endoscopic session) ha sido eliminado en base a una revisión previa que remueve servicios asociados (códigos CPT® 43206 y 43252). Además, el formato de la pantalla LCD se revisó para eliminar la duplicidad de codificación.

En la determinación de si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista se refiere a la calidad de las pruebas por el *Program Integrity Manual* al dirigirse a los artículos e información relacionada en el dominio público, la jurisdicción N (JN) el contratista administrativo de Medicare (MAC) llegó al convencimiento de que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, que consiste en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos, y los artículos de revisión que reportan datos limitados de seguridad y eficacia para estos procedimientos. Debido a la falta de disponibilidad de pruebas de alta calidad, el JN MAC llegó a la conclusión de que no hay suficiente evidencia científica para apoyar estos procedimientos, y por lo tanto no se considera razonable y necesario en virtud de la Sección 1862(a)(1)(a) del Social Security Act.

Cualquier reclamación denegada tendría derechos de apelación. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere una revisión por un médico para defender cualquier denegación.

Los proveedores deben presentar para revisión toda la documentación e información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Una de las partes interesadas puede solicitar una revisión de una LCD después de que el

borrador esté finalizado, el período de notificación haya terminado, y el borrador se convierte en activo. En el caso de servicios no cubiertos de una LCD, la parte interesada puede solicitar la lista de los artículos y la información relacionada en el dominio público que fueron considerados por el departamento de política médica en tomar la decisión de no cobertura. Si el interesado tiene información nueva basada en la evaluación de la lista de artículos e información relacionada, una solicitud de reconsideración de LCD puede ser iniciada. Es responsabilidad de la parte interesada solicitar la lista de prueba por parte del contratista y que presente los artículos adicionales, los datos y la información relacionada en apoyo de su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requisitos de reconsideración de LCD descritos en el sitio web.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD para la adición de los códigos CPT 96931-96936, 0396T, 0397T, and 0399T-0436T es efectiva para los servicios prestados **a partir del 25 de julio de 2016**.

La revisión a la LCD para la eliminación del código CPT 88375 es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 13 de abril de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 21 de diciembre de 2015**.

La revisión a la LCD para reformatear la LCD está basada en la fecha de proceso.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. 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>.

Los artículos para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontrados al seleccionar "Attachments" en el menú desplegable "Section Navigation" arriba de la página de LCD.

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

## Fotografía ocular externa- la revisión del LCD de la Parte B

### Número de Identificación para LCD: L33819 (Florida/Puerto Rico/U.S. Islas Vírgenes)

Las LCD para la fotografía ocular externa se revisan en función de una solicitud de reconsideración para incluir el código de diagnóstico D49.2 en ICD-10-CM (Neoplasia de comportamiento no especificado de los huesos, los tejidos blandos y la piel) bajo los códigos del "ICD-10 que apoyan la necesidad médica" sección del LCD código CPT® 92285 (fotografía ocular externa con la interpretación y reporte para la documentación de los avances de la medicina).

Además, se actualizan las "Fuentes de información y base para las decisiones" en la sección que fue actualizada del LCD.

### Fecha de vigencia

Esta revisión LCD es eficaz para reclamaciones procesadas **a partir del 23 de junio de, 2016**, por los servicios prestados **a partir del 1ro de octubre de 2015**. Las determinaciones locales de cobertura (LCD) están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare del CMS <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los artículos para una LCD (cuando está presente) se pueden encontrar en la selección de "Anexos" en el menú desplegable "Sección de navegación" en la parte superior de la página de LCD.

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

**Información Médica Adicional**

## Artículo de revisión médica para percutaneous minimally invasive fusion/stabilization of the sacroiliac joint

Los servicios no cubiertos de determinación local de cobertura (LCD) (L33777) identifica los servicios que **no cumplen** el umbral médicamente razonable y necesario para la cobertura como se define en el *Program Integrity Manual* (nivel de atención, cumple pero no excede la necesidad médica, etc.) después de revisión de la **evidencia de calidad** y la fuerza de la recomendación según lo publicado en la literatura revisada por pares.

Ciertos procedimientos pueden ser removidos de la LCD por servicios no cubiertos cuando el proceso de desarrollo de políticas médicas identifica acceso a situaciones de la atención para los beneficiarios con ciertas condiciones que pueden beneficiarse de un procedimiento que aún está siendo investigado por la comunidad dada la falta de resultados a largo plazo, la dificultad para el establecimiento de controles adecuados en los estudios clínicos, la falta de datos sobre la población en edad más compleja de Medicare, etc. Como se indica en la LCD de servicios no cubiertos, cuando un procedimiento se elimina de la LCD sin una LCD alternativa implementada al mismo tiempo, el **contratista es silencioso en termino de política de cobertura**, y el umbral razonable y necesario (R&N) de cobertura se aplica como cualquier procedimiento que no tiene política nacional o local aplicable en juego.

Percutaneous minimally invasive fusion/stabilization of the sacroiliac joint (SIJ fusion) para el tratamiento del dolor de espalda es un procedimiento problemático en términos de establecer la eficacia probada y por tanto su necesidad médica (dado que los mecanismos subyacentes del dolor de espalda crónico no se subsanan mediante procedimientos de fusión por sí solos, ausente trauma obvio agudo/subagudo). El dolor de espalda es un problema complejo y común en la población de Medicare.

El MAC JN no tiene una LCD actual dado que hay una escasez de pruebas para establecer la necesidad médica para la población general de Medicare. Sin embargo, debido a la naturaleza común de este problema, el contratista estará proporcionando el acceso a la cobertura para el código CPT 27279 (Arthrodesis, sacroiliac joint, percutaneous or minimally invasive (visualización indirecta), con guía de imagen, incluye obtención de injerto óseo cuando se lleva a cabo, y la

colocación del dispositivo de traspaso). El informe será examinado para cobertura en una base caso por caso, para el tratamiento del dolor crónico de espalda para ciertos pacientes, suponiendo que todos los demás requisitos aplicables del programa se cumplan.

De acuerdo al *Internet Only Manual Publication 100-08, chapter 13, section 13.3*, "When making individual claim determinations, the contractor shall determine whether the item or service in question is covered based on an LCD or the clinical judgment of the medical reviewer."

Los siguientes criterios de los pacientes serán considerados por los revisores médicos de First Coast Service Options Inc. (First Coast) al hacer juicios clínicos, si se realiza una auditoría de prepago o postpago:

1. El reporte del paciente de dolor que no radia, unilateral que es caudal a la espina lumbar (vertebra L5), localizada sobre el SIJ posterior, y consistente con dolor SIJ;
2. El paciente ha padecido y falló un mínimo de seis meses de tratamiento intensivo no operativo que debe incluir optimización de medicación, modificación de actividad, y terapia de actividad física;
3. Sensibilidad localizada con la palpación del SIJ posterior en ausencia de sensibilidad de gravedad similar en otros lugares (e.g., trocánter mayor, columna lumbar, el coxis) y no existen otras fuentes obvias para el dolor;
4. Respuesta positiva a la prueba de empuje del muslo O prueba de compresión Y dos de las siguientes pruebas provocativas adicionales: prueba Gaenslen, prueba de distracción, señal de Patrick;
5. Ausencia de un comportamiento de dolor generalizado (e.g., trastorno somatomorfo) o trastornos de dolor generalizados (e.g., fibromialgia);
6. Los estudios de diagnóstico por imágenes que incluyen los siguientes procedimientos:
  - Imagen (las radiografías simples y una tomografía computarizada (CT) o imagen de resonancia magnética (MRI)) de la coyuntura SI que excluye la presencia de lesiones destructivas (e.g., tumor, infección) o artropatía inflamatoria que no se aborda de forma adecuada percutaneous SIJ fusion;
  - Obtención de imágenes de la cadera ipsilateral (radiografías simples) para descartar la osteoartritis;

Ver **PERCUTANEUS**, en la próxima página

**PERCUTANEUS** De la página anterior

1. Al menos 75 por ciento de reducción del dolor durante la duración esperada del anestésico utilizado **después de una inyección de contraste mejorado SIJ guiada por imagen en dos ocasiones separadas.**

Después de revisar la literatura científica publicada disponible, es el juicio clínico del JN MAC que la fusión SIJ percutánea para el dolor SIJ no está indicado, en presencia de:

- artropatía sistémica, como la espondilitis anquilosante o la artritis reumatoide;
- comportamiento de dolor generalizado (e.g., trastorno somatoforme) o trastorno de dolor generalizado (e.g., fibromialgia);
- infección, tumor, o fractura;
- inestabilidad aguda, traumática del SIJ;
- la compresión de los nervios, como se ve

en una resonancia magnética o una tomografía computarizada que se correlaciona con los síntomas del paciente o de otra fuente más probable para el dolor.

El código de procedimiento que describe este servicio es el código CPT® 27279 (arthrodesis, sacroiliac joint, percutaneous or minimally invasive (indirect visualization), with image guidance, includes obtaining bone graft when performed, and placement of transfixing device).

El JN MAC espera que las dos siguientes códigos ICD-10 serán reportados para el tratamiento del dolor lumbar crónico debido a síndrome de la articulación sacroilíaca: M46.1 (sacroileítis, no clasificados en otra parte) y M54.5 (dolor lumbar).

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

## Viscosupplementation therapy for knee -- artrografía para proporcionar orientación para las inyecciones no está cubierto

### Número ID de LCD: L33767 (Florida/Puerto Rico/ U.S. Virgin Islands)

La determinación local de cobertura (LCD) para viscosupplementation therapy for knee (L33767) contiene los siguientes lenguaje relacionado con la falta de cobertura de artrografía para proporcionar orientación para las inyecciones (e.g., 27370 and 73580).

Artrografía para proporcionar una guía para las inyecciones no será cubierta. Por lo tanto, la facturación del código Current Procedural Terminology (CPT®) 73580 (Radiologic examination, knee, arthrography, radiological supervision and

interpretation) y 27370 (Injection of contrast for knee arthrography) o servicios similares no serán cubiertos cuando son facturados con los códigos HCPCS C9471, J7321, J7323, J7324, J7325, J7326, J7327, J7328, o Q9980 (Hyaluronan or derivative, for intra-articular injection).

Por lo tanto, se les denegará estos servicios. Tenga en cuenta que los servicios relacionados con servicios no cubiertos tampoco están cubiertos (e.g. inyección de contraste para artrografía de rodilla).

El texto completo de LCD L33767 está disponible en: [http://medicareespanol.fcso.com/coberturas\\_medicas/lcd\\_search.asp](http://medicareespanol.fcso.com/coberturas_medicas/lcd_search.asp).

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

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](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

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid

<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](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

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare & 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

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid

<http://www.medicare.gov>