

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Julio 2016



En esta edición

Firmas de oficiales autorizados	3
CMS emite lista de códigos actualizada	4
Límite de tiempo de procesamiento	11
Protegiendo información de salud personal	14
Configuración de máquina de fax crea errores	15

MLN Connects® eNews del proveedor para el 7 de julio de 2016

MLN Connects® Provider eNews for July 7, 2016
[View this edition as a PDF](#)

En esta edición:

Noticias y anuncios

- El HHS anuncia grupos médicos seleccionados para una iniciativa promoviendo un mejor cuidado del cáncer
- Mensajes del programa de pagos abiertos de datos financieros del 2015
- Fecha límite para la exención por tamaño de Hospice CAHPS®: 10 de agosto
- Ayúdenos a mejorar los DMEPOS
- Aplicación CMS-855R revisado: reasignación de los beneficios de Medicare
- Las actualizaciones trimestrales de Julio para el proveedor se encuentran disponibles
- Reglamento proporciona a los proveedores/empleadores un mejor acceso a la

información para una mejor atención del paciente

Reclamaciones, precios y códigos

- Modificaciones para el conjunto de códigos HCPCS

Próximos eventos

- Programa de reportes de llamadas de calidad SNF — 12 de julio

Medicare Learning Network® Publicaciones y multimedia

- Boletín Trimestral de Cumplimiento de Medicare para el proveedor: herramienta educativa — nuevo
- Suscríbase a la red de aprendizaje de los productos educativos de Medicare y a las listas de correo electrónico de MLN Matters®.

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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

EDI

MLN Connects® eNews 7/7/2016	1
Firmas de oficiales autorizados en formularios de solicitud de acceso a DDE y	3
Correcciones manuales del código de observación de información	3
CMS emite el código de consejos para observación de remesas,	4
CMS emite la lista de códigos actualizada para CARC, CARR,	4

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago	5
Atención médica en el hogar	5
CMS emite aviso para facturación de pruebas del virus Zika	6

Noticias de CMS

MLN Connects® eNews del proveedor- edición especial 7/7/2016	7
MLN Connects® eNews 6/30/2016	8
MLN Connects® eNews 7/14/2016	8
MLN Connects® eNews 7/21/2016	9
MLN Connects® eNews 7/28/2016	10

Información General

Límite de tiempo de procesamiento para las solicitudes de inscripción	11
Medicare cubre prueba de detección de cáncer del pulmón	12
Respuesta oportuna a ADR	12
Cobertura de trasplante de células madre hematopoyéticas alogénicas	13
Actualización de julio del programa de tarifas de los DMEPOS	13
Videos de un minuto para los proveedores de la Parte A y Parte B	14
Guía para médicos para la certificación de atención médica en el hogar	14
Protegiendo información de salud	14
Aplicación CMS-855R revisada- Reasignación de beneficios de Medicare	15
Configuración de máquina de fax puede crear denegaciones	15

Recursos Educativos

Calendario de Eventos	17
MLN Connects® e-News	18

Parte A

Reclamaciones

Evite errores de reclamación para los códigos CPT 98960, 98961 y 98962	19
Ingreso hospitalario anterior a la fecha de elegibilidad de la Parte A de Medicare	19

PARD

Facturando visitas de enfermería	20
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)/datos de los beneficiarios	21

Pagos Prospectivos

CMS actualiza Pricer SNF PPS	21
Actualización de julio de 2016 OPSS	22

Información General

Sobrepagos resultado de secuestro	22
Cómo facturar SAD no cubiertos	23
Responsables de la organización en la atención ediciones de estancia calificada	24
Requisito de facturación del programa de hospitalización parcial de 20 horas semanales	24
TECENTRIQ™ -- facturación	25
LCD de Parte A	26
Notificación anticipada al beneficiario	26
Servicios quiroprácticos - Nueva LCD de Parte A y Parte	

B	27
Hospitalización psiquiátrica del paciente - revisión de la Parte A del LCD	28
Detección del cáncer colorectal - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD	28
Vitamina D; 25 hydroxi, incluye fraction(es), si fue realizado -- revisión de la Parte A y la Parte B de la LCD	28
La terapia HBO - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD	29
Factores de coagulación para la hemofilia - revisión al LCD	29
Rituximab (Rituxan) - revisión de Parte A y Parte B del LCD	29
Servicios sin cobertura - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD retirada	30
SCODI - revisión de Parte A y B de LCD	30
Bone mineral density studies -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD	30
Genetic testing for Lynch syndrome -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD	31
Amifostina (Ethylol®) - Retirado de la Parte A y la Parte B del LCD	31
Contactos de Parte A	32
Reclamaciones	
Reclamaciones devueltas por no ser procesables como peticiones de apelación	33
Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas	34
Información General	
Reprocesamiento del HCPCS G0472	35
Nuevo código de especialidad del profesional de la salud para el dentista	35
CMS adiciona nuevos códigos a la lista de pruebas de laboratorio clínico	36
CMS emite la actualización de las ediciones para NCCI	36
TECENTRIQ™ -- facturación	37
LCD de Parte B	38
Notificación anticipada al beneficiario	38
Servicios quiroprácticos - Nueva LCD de Parte A y Parte B	39
La mastoplastia de reducción - revisión de Parte B del LCD	40
Independent diagnostic testing facility (IDTF) -- revisión a la LCD de Parte B	40
Detección del cáncer colorectal - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD	40
La terapia HBO - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD	41
Factores de coagulación para la hemofilia - revisión al LCD	41
Rituximab (Rituxan) - revisión de Parte A y Parte B del LCD	41
Servicios sin cobertura - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD retirada	42
SCODI - revisión de Parte A y B de LCD	42
Bone mineral density studies -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD	42
Genetic testing for Lynch syndrome -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD	43
Vitamina D; 25 hydroxi, incluye fraction(es), si fue realizado -- revisión de la Parte A y la Parte B de la LCD	43
Amifostina (Ethylol®) - Retirado de la Parte A y la Parte B del LCD	43
Contactos de Parte B de Puerto Rico	44
Contactos de Parte B de Florida	45
Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de EE.UU.	46

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Liliana Chaves-Merchan
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/DEARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT®. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

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

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

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

EDI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: [IOM 100-04, capítulo 24, sección 30.2.C](#) y [IOM 100-08, capítulo 15, sección 15.1.1](#).

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

Correcciones manuales del código de observación de información

Número de *MLN Matters*®: MM9641
Número de petición de cambio relacionado: CR 9641
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de julio de 2016
Fecha de efectividad: 17 de octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3560CP
Fecha de implementación: 17 de octubre de 2016

Resumen

Solicitud de cambio de 9641 actualiza el “Manual de Procesamiento de Reclamaciones”, capítulo 30, para hacer correcciones a los códigos de aviso de pago y puntuación general y correcciones de gramática.

Todos los mensajes de aviso de pago deben seguir un conjunto de reglas prescritas, establecidas por el Consejo de Calidad de Salud Económica (CAQH) el Comité de Normas de Funcionamiento para el Intercambio de Información (CORE), y la Organización de

Normalización designada (SDO).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9641.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9641, 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/R3560CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3560, CR 9641

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.

CMS emite el código de consejos para observación de remesas, afirma el código de razón de ajuste para reclamaciones, una actualización para remitir la impresión fácil de Medicare y la impresión de PC

Número de *MLN Matters*®: MM9695
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9695
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de julio de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3562CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid informaron recientemente a los contratistas administrativos de Medicare acerca de las actualizaciones del código de consejos para observación de remesas (CARR) y el código de razón de ajuste para reclamaciones (CARC), enumera una actualización para remitir la impresión fácil (MREP) de Medicare y la impresión de PC.

El CR 9695 es una notificación de actualización del código que indica cuando las actualizaciones a las listas CARC y CARR se encuentran

a disposición en la página de Internet *Washington Publishing Company (WPC) website*.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9695.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9695, 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/R9695.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3562, CR 9695

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.

CMS emite la lista de códigos actualizada para CARC, CARR, y combinaciones CAGC

Número de *MLN Matters*®: MM9696
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9696
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3558CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

La solicitud de cambio de 9696 da instrucciones a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y encargados compartidos del mantenimiento del sistema de Medicare, para actualizar los sistemas basados en el Comité de Normas de Funcionamiento para el Intercambio de Información (CORE) lista de combinación códigos para junio de 2016.

Si se utiliza el programa suministrado para impresión de PC o el programa para Remisión de Impresión Fácil (MREP) MAC, asegúrese de obtener la versión actualizada del programa cuando se encuentre disponible.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9696.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9696, 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/R3558CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3558, CR 9696

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

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones limpias si no se efectúa el pago en el término de la cantidad correspondiente de días calendario (es decir, 30 días) después de la fecha de recepción. La cantidad correspondiente de días también se conoce como límite máximo para el pago. Por ejemplo, una reclamación limpia recibida el 1 de marzo de 2015 debe pagarse antes del final de las operaciones, el 31 de marzo de 2015.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El departamento del tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página Web del Departamento del Tesoro en <http://fms.treas.gov/prompt/rates.html> (en inglés) para obtener la tasa correcta. El período de intereses comienza el día posterior al

vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa del 2.5 por ciento está en efecto hasta el 30 de junio de 2016.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor recibe un pago periódico provisional
- Reclamaciones que solicitan pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar

Nota: El contratista de Medicare informa el monto de los intereses de cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando se aplican los pagos de intereses.

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

Atención médica en el hogar encuentro cara a cara - un nuevo requisito de certificación para la atención médica en el hogar

Número de *MLN Matters*®: SE1038 Rescindido
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2011
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

El 19 de julio de 2016, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han anulado la edición especial de *MLN Matters*® artículo SE1038.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1038.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1038

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.



CMS emite aviso para facturación de pruebas del virus Zika

Número de *MLN Matters*®: SE1615
 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 y Medicaid (CMS) emitieron recientemente un aviso recordando a los proveedores que Medicare cubre las pruebas del virus Zika bajo Medicare Parte B.

Las pruebas de laboratorio diagnóstico clínico para Zika deben ser razonables y necesarias para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o herida de la persona.

En la actualidad, no ha códigos HCPCS específicos para la prueba del virus Zika. First Coast Service Options recomienda que los laboratorios refieran a recursos de codificación tales como el HCPCS y el manual Current Procedural Terminology (CPT®) para seleccionar el código

no listado más aplicable y apropiado. Favor de mantener en mente que la documentación médica debe sustentar los servicios facturados.

Se les puede pedir a los laboratorios clínicos por los contratistas administrativos de Medicare que provean recursos e información de costo para establecer cantidades de pago apropiados para las pruebas.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1615.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1615

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

Descubra su pasaporte al entrenamiento de Medicare

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

Aprenda más en www.fcsouniversity.com



Noticias de CMS

MLN Connects® eNews del proveedor- edición especial para el 7 de julio de 2016

Cronograma de tarifas médicas: Cambios propuestos para el CY 2017

Medicare también amplía el Programa de Prevención para la Diabetes

El 7 de julio, CMS propone cambios en el cronograma de tarifas médicas para transformar la manera que Medicare paga por la atención primaria a través de un nuevo enfoque en la gestión de la atención de la salud mental, diseñado para reconocer la importancia del trabajo que los médicos realizan en la atención primaria. La norma también propone políticas para expandir el Programa de Prevención de la Diabetes en Medicare El 1ro de enero de 2018.

Las actualizaciones de las políticas de pago anuales del cronograma para tarifas médicas y las disposiciones de calidad de los servicios prestados en el año calendario 2017. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a las visitas, intervenciones quirúrgicas, pruebas de laboratorio, servicios de terapia, y servicios preventivos específicos. Además de los médicos, las tarifas médicas pagan una variedad de profesionales y entidades, incluyendo los profesionales de enfermería, asistentes médicos, terapeutas físicos, así como centros de terapia de radiación y los centros independientes para pruebas de laboratorio. Las políticas adicionales propuestas en el reglamento de pago de 2017 incluyen:

- Coordinación de la atención primaria
- Salud mental y del comportamiento
- Planeación y evaluación de cuidados de atención para problemas cognitivos
- Atención a pacientes con problemas relacionados con la movilidad

Para más información:

- [Proposed Rule \(CMS-1654-P\)](#): Fecha límite para comentarios hasta las 5 pm del 6 de septiembre de 2016
- [Fact Sheet](#)

- [Blog](#)
- [Diabetes Prevention Program](#)

Véa el texto completo de éste extracto [CMS press release](#) (publicado el 7 de julio).

Hospital y ASC: Propuesta de Cambios OPPS para CY 2017

El 6 de julio, CMS propuso actualizar las tarifas de pago y cambios en la política en el sistema hospitalario para pacientes ambulatorios de pago prospectivo (OPPS) y en el sistema de pagos del centro quirúrgico ambulatorio (ASC). Varios de los cambios en la política propuesta mejoraría la calidad de la atención que reciben los pacientes de Medicare, mediante un mejor apoyo a los médicos y otros profesionales de la salud. Estas propuestas se basan en los comentarios de las partes interesadas, incluidos los beneficiarios y defensores de los pacientes, así como los proveedores de atención de la salud, incluyendo hospitales, centros de cirugía ambulatoria y la comunidad médica.

Los cambios propuestos incluyen:

- Tener en cuenta las preocupaciones de los médicos en relación con el manejo del dolor
- Concentrar los pagos en los pacientes y no en el lugar donde se realizó el servicio
- Mejorar la atención al paciente usando la tecnología
- Enfatizarse en los resultados de salud que son importantes para el paciente

CMS estima que los cambios en la norma propuesta aumentarían los pagos en el 2017 en el OPPS en un 1,6 por ciento y en un 1,2 por ciento en el ASC.

Para más información:

[Proposed Rule \(CMS-1656-P\)](#): Fecha límite para comentarios hasta las 5 pm del 6 de septiembre de 2016
[Fact Sheet](#)

Vea el texto completo de éste extracto [CMS press release](#) (publicado el 6 de julio).

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 30, 2016

MLN Connects® Provider eNews for June 30, 2016
View this edition as a PDF

In this edition:

News & Announcements

- ESRD and DMEPOS: Proposed Updates to CY 2017 Policies and Payment Rates
- Home Health Agencies: Proposed Payment Changes for CY 2017
- July 2016 DMEPOS Fee Schedules Available
- Moratoria Provider Services and Utilization Data Tool
- EHR Incentive Program: Hardship Exception Applications Due by July 1
- CMS to Release a CBR on Physician Assistant Use of Modifier 25 in July
- Updated Inpatient and Outpatient Data Available

Claims, Pricers & Codes

- 2017 ICD-10-CM and ICD-10-PCS Files Available

Upcoming Events

- Clinical Diagnostic Laboratory Test Payment System Final Rule Call — July 6
- DMEPOS Competitive Bidding Program Round 2 Recompete Webinars — July 7 and 12
- Quality Measures and the IMPACT Act Call — July 7
- SNF Quality Reporting Program Call — July 12
- Comparative Billing Report on Diabetic Testing Supplies Webinar — July 27

Medicare Learning Network® Publications & Multimedia

- Medicare Coverage of Diagnostic Testing for Zika Virus MLN Matters® Article — New
- Recovering Overpayments from Providers Who Share TINs MLN Matters Article — New
- Implementation of Section 2 of the PAMPA MLN Matters Article — New
- Physician Compare Call: Audio Recording and Transcript — New
- SBIRT Services Fact Sheet — Reminder
- Remittance Advice Resources and FAQs 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® eNews del proveedor para el 14 de julio de 2016

MLN Connects® Provider eNews for July 14, 2016
View this edition as a PDF

En ésta edición:

Nota del editor:

En la edición de ésta semana se incluye una nueva sección acerca del cumplimiento para los proveedores, destacando los errores de facturación más comunes. Revise el primer mensaje de esta serie acerca de los servicios quiroprácticos y aprenda cómo facturar correctamente a Medicare por primera vez.

Noticias y Anuncios

- Reporte disponible para los centros de atención para enfermos terminales 17 de julio
- Recursos de las listas de tarifas para laboratorio clínico
- HIPAA Implementación de la simplificación administrativa y herramienta de prueba
- 2017 QRDA Informes de calidad guía de la implementación de los hospitales, Schematrons, y archivo de ejemplo
- Próximamente: rediseño del sitio en internet de *Medicare Learning Network®*

Cumplimiento para proveedores

- Servicios quiroprácticos: Tasa de pago alta e indebida dentro de Medicare FFS Parte B

Próximos eventos

- ESRD QIP: análisis de su centro hospitalario PY 2017 Rendimiento de llamadas de datos - 2 de agosto
- IRF Programa de calidad para entrenamiento del proveedor — 9 y 10 de agosto
- PQRS Informes y retroalimentación del proceso de revisión informal para el programa del año 2015 Resultados de llamadas — 10 de agosto
- LTCH Programa de calidad para entrenamiento del proveedor — 11 de agosto

Medicare Learning Network® Publicaciones y multimedia

- WBT Programa de Certificación de facturación de Medicare para los proveedores de la Parte A — Revisado
- WBT Programa de Certificación de facturación de Medicare para los proveedores de la Parte B — Revisado
- Cumpliendo con los requisitos de la firma de la hoja informativa de Medicare – Revisado
- DMEPOS Hoja informativa para la acreditación — Revisada
- Pautas de inscripción de Medicare ordenar/referir hoja informativa para proveedores — Recordatorio.

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

MLN Connects® eNews del proveedor para el 21 de julio de 2016

MLN Connects® Provider eNews for July 21, 2016
[View this edition as a PDF](#)

Nota del editor:

Nuestra página en Internet de [Medicare Learning Network](#) (MLN) se actualizó para mejorar el acceso a los recursos educativos y encontrar la información que usted necesita fácilmente. Esperamos que revise los cambios y que comparta sus pensamientos con nosotros. Aprenda más en la edición ésta semana de de eNews.

En esta edición:

Noticias y anuncios

- La página de Internet de Medicare Learning Network mejorada.
- IRF Programa de Inscripción de Datos para Reporte de Calidad, fecha límite: 15 de agosto
- LTCH Programa de Inscripción de Datos para Reporte de Calidad, fecha límite: 15 de agosto
- Reporte de Calidad para Centro de atención para enfermos terminales: El tiempo de reconsideración termina pronto
- Readmisiones de medidas para SNF: Las 10 cosas que usted debe saber
- Mejora de la simplificación administrativa de la página en Internet

Cumplimiento del proveedor

- CMS Minuta del proveedor: video de tomografías computarizadas (CT Scans)

Reclamaciones, precios y código

- Facturación de consultas de enfermería en áreas con escasez de Salud en el Hogar por un RHC o un FQHC

Próximos eventos

- ESRD QIP: Revisando los PY de su centro hospitalario 2017 Desempeño de datos de las llamadas — 2 de agosto
- PQRS Informes y retroalimentación del proceso de revisión informal para el programa del año 2015 Resultados de llamadas — 10 de agosto

Medicare Learning Network® Publicaciones y multimedia

- Llamadas de laboratorios clínicos: Grabación de Audio y transcripción – Nuevo
- Ley de IMPACTO de llamadas: Grabación de Audio y transcripción — Nuevo
- Servicios de podología de Medicare: Información para FFS hoja informativa para el cuidado de la salud para profesionales — Revisado
- Evitar Fraude y Abuso en Medicare: Folleto del plan de trabajo para médicos — Revisado
- Cómo utilizar el folleto de herramientas para la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta — Revisado.

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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

MLN Connects® eNews del proveedor para el 28 de julio de 2016

MLN Connects® Provider eNews for July 28, 2016
View this edition as a PDF

En ésta edición:

Noticia y anuncios

- Clasificación general de calidad con estrellas para hospitales: Evaluación de la distribución nacional
- Million Hearts® Modelo de reducción de riesgo para enfermedades cardiovasculares
- Nuevos modelos de pago y recompensas para una mejor atención a un menor costo
- \$42 mil millones ahorrados en Medicare y Medicaid principalmente a través de la prevención
- SNF Informes Trimestrales Disponible a través de la residencia geriátrica comparable (Nursing Home Compare)
- SNFQRP: Requisitos para el año fiscal 2018 reportando la hoja informativa disponible
- Programas de incentivos EHR: Presentación de comentarios en el Hospital CY 2017 OPSS y Propuesta de norma ASC para el 6 de septiembre
- Día Mundial de la Hepatitis: Cobertura de Medicare para la Hepatitis Viral

Cumplimiento del proveedor

- Atención médica a domicilio: La certificación apropiada requerida

Reclamaciones, precios y códigos

- Julio de 2016 archivo de actualización de OPSS Pricer

Próximos eventos

- ESRD QIP: Revisando los PY de su centro hospitalario 2017 Desempeño de datos de llamadas — 2 de agosto
- Especial foro de puerta abierta: aviso de pagos abiertos para informar la reglamentación futura - 2 de agosto
- Webinar Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare - 9 de agosto

- IRF Programa de calidad de informes de capacitación para el proveedor - 9 y 10 de agosto
- PQRS Informes de retroalimentación y proceso de revisión informal para el programa de resultado de llamadas del año 2015 - 10 de agosto
- Informe de facturación comparativo sobre IHC y Special Stains Webinar - 10 de agosto
- LTCH Programa de calidad de informes de capacitación para el proveedor - 11 de agosto
- SNF Programa de calidad de informes de capacitación para el proveedor - 24 de agosto
- Informe de facturación comparativo sobre modificador 25: Webminar para el ayudante médico - 24 de agosto
- Ley IMPACTO: Elementos de los datos y medición del desarrollo de llamadas - 31 de agosto

Medicare Learning Network® Publicaciones y Multimedia

- Protección de la Información del Paciente de Salud Personal artículo de MLN Matters - Nuevo
- Presentación de informes SNF Programa de Calidad de Llamadas: Grabación de audio y transcripción - Nuevo
- Cobertura de Medicare de los artículos y servicios brindados a los beneficiarios en custodia bajo una hoja de datos de autoridad penal - Revisado
- Listas de correo electrónico: Mantener a los profesionales del cuidado de la salud informados hoja informativa - Revisado
- SNF Hoja informativa de referencia de facturación - Recordatorio
- Productos Suite y recursos para oficiales de cumplimiento herramienta educativa – Recordatorio
- Productos Suite y recursos para educadores y estudiantes herramienta educativa - Recordatorio
- Productos Suite y recursos para hospitales de pacientes hospitalizados herramienta educativa - Recordatorio
- Productos Suite y recursos para facturadores y codificadores herramienta educativa - Recordatorio.

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

Información General

Límite de tiempo de procesamiento para las solicitudes de inscripción

First Coast Service Options Inc. (First Coast) no es solamente responsable de procesar las reclamaciones de Medicare pero también de procesar las solicitudes de inscripción para los proveedores y suplidores localizados en Florida, Puerto Rico, y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han establecido los siguientes estándares de puntualidad para los contratistas responsables del procesamiento de las solicitudes de inscripción dentro de sus jurisdicciones asignadas:

- Solicitudes de PECOS Web (inscripción inicial sin visita al sitio) -- 80% debe ser procesado dentro de **45 días**
- Solicitudes en papel (inscripción inicial sin visita al sitio) -- 80% debe ser procesado dentro de **60 días**
- Solicitudes en papel (inscripción inicial con visita al sitio) -- 0% debe ser procesado dentro de **80 días**
- Solicitudes en papel (cambios al registro de inscripción o reasignación) -- 80% debe ser procesado dentro de 60 días

Tiempo promedio de procesamiento YTD de inscripción del proveedor de First Coast (Hasta el 30 de Junio)		
	Parte A	Parte B
Solicitudes Web de PECOS		
Sin desarrollo	11 días	34 días
Con desarrollo	18 días	48 días
Solicitudes impresas		
Sin desarrollo	13 días	44 días
Con desarrollo	35 días	68 días

Factores que afectan el tiempo total de procesamiento

Aunque First Coast procesa cada solicitud de inscripción lo antes posible, los siguientes factores clave pueden afectar el tiempo total de procesamiento necesario:

- Tipo de proveedor:
 - Parte A -- proveedores institucionales
 - Parte B -- médicos, profesionales de la salud, clínicas, y prácticas grupales

Tiempo de procesamiento más corto: Solicitudes de inscripción para proveedores y suplidores de la Parte B

- Tipo de solicitud:
 - Solicitud de PECOS Web -- una solicitud de inscripción electrónica presentada a través [del sitio Web del sistema de inscripción del proveedor en línea \(PECOS\) basado en Internet](#)
 - Solicitud en papel -- una solicitud de inscripción en papel que es impresa y presentada a través del correo

Tiempo de procesamiento más corto: Solicitudes de PECOS basado en Internet

- Desarrollo requerido:
- Sin desarrollo -- la solicitud de inscripción (en papel o electrónica) está correcta, completa, y es presentada con toda la [documentación de respaldo requerida](#)
- Con desarrollo -- la solicitud de inscripción (en papel o electrónica) cae en una o más de las siguientes categorías:
- Contiene errores o inconsistencias
- Incompleta (por ejemplo, información o firma ausente)
- Documentación de respaldo ausente o insuficiente

Tiempo de procesamiento más corto: Solicitudes de inscripción que no requieren desarrollo.

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

Medicare cubre prueba de detección de cáncer del pulmón con tomografía computarizada de dosis baja

Número de *MLN Matters*®: MM9246 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: 9246
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de octubre de 2015
 Fecha de efectividad: 5 de febrero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3374CP
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Resumen

La Sección 1861(ddd)(1) de la Ley del Seguro Social (el Acta) autoriza a los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) para añadir cobertura para “servicios preventivos adicionales” a través del proceso de determinación nacional de cobertura (NCD). Los “servicios preventivos adicionales” deben cumplir con todos los siguientes criterios:

- Ser razonable y necesario para la prevención o detección temprana de enfermedad o discapacidad;
- Ser recomendado con un grado de A o B por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF); y
- Ser apropiado para las personas con derecho a beneficios bajo Parte A o

inscrito bajo Parte B.

Como resultado, CMS emitió la determinación nacional de cobertura (NCD) 210.14 el 21 de agosto proveyendo cobertura para la prueba de detección de cáncer del pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9246.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9246, 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/R3374CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3374, CR 9246

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.

Respuesta oportuna a la solicitud de desarrollo adicional

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

CMS permiten 45 días para que un proveedor presente los registros. El tiempo de 45 días comienza en la fecha de la carta de ADR. El sistema de procesamiento de reclamaciones está configurado para denegar automáticamente en el día 46 si los registros no se han recibido y coinciden con la reclamación. Por lo tanto, con el fin de evitar la denegación de reclamaciones, es extremadamente importante permitir que haya tiempo suficiente para que los registros se reciban y coincidan con la reclamación. First Coast ha visto un enorme

aumento en el número de reclamaciones rechazadas por puntualidad. Una seria consideración se debe dar al método de presentación. Al responder después de treinta días, por favor tenga en cuenta otros medios de presentación tales como el SPOT, fax, esMD, etc. Se debe permitir un mínimo de cinco días para el tiempo del correo.

Los proveedores deben mantener sus direcciones y números de teléfono actualizados a través de la notificación de inscripción de proveedores para garantizar que estas cartas se reciben a tiempo. Los retrasos resultantes de tener que entregar cartas a una dirección de reenvío disminuirán significativamente el plazo para la presentación de los registros. Para las reclamaciones procesadas en donde los registros han sido presentados oportunamente, CMS requiere que el contratista tome una determinación dentro de los 30 días. Las reclamaciones denegadas por puntualidad cuestan recursos adicionales de los contratistas para que sean procesadas y se permiten 60 días para el procesamiento.

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

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

Cobertura de trasplante de células madre hematopoyéticas alogénicas

Número de *MLN Matters*[®]: MM9620 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: CR 9620
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2016
Fecha de efectividad: 27 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R193NCD
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

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

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

para el tratamiento de los síndromes mielodisplásicos.

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9620, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3556CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3556, CR 9620

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

Actualización de julio del programa de tarifas de los DMEPOS

Número de *MLN Matters*[®]: 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*[®] 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. 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.

Videos de un minuto para los proveedores de la Parte A y Parte B y los proveedores de equipos médicos duraderos, prósticos/ortopédicos y suministros (DMEPOS)

Medicare Learning Network® tiene una serie de [Centers for Medicare & Medicaid \(CMS\) provider minute videos external.gif](#) acerca del cumplimiento para los proveedores de la Parte A y Parte B y proveedores de equipos médicos duraderos, prósticos/ortopédicos y suministros (durable medical

equipment, prosthetics/orthotics, and supplies, DMEPOS). Estos videos tienen consejos para ayudarle a enviar apropiadamente sus reclamaciones con la documentación necesaria para recibir el pago correcto desde la primera vez.

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

Guía para médicos para la certificación de atención médica en el hogar de Medicare, incluyendo el encuentro cara a cara

Número de *MLN Matters*®: SE1219 Rescindido
 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 19 de julio, 2016, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ha anulado la edición especial de *MLN Matters*® artículo SE1219.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1219.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1219

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.

Protegiendo información de salud personal del paciente

Número de *MLN Matters*®: SE1616
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo de edición especial sirve como recordatorio a los médico del requerimiento del Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) para proteger la confidencialidad del PHI de sus pacientes.

Una violación potencial de seguridad en la cual alguien estaba ofreciendo para la venta sobre 650,000 registros de pacientes ortopédicos fue descubierta recientemente. La secretaria de

Health & Human Services debe ser notificada una vez una violación de información de salud protegida no asegurada es descubierta.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1616.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1616

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.

Aplicación CMS-855R revisada– Reasignación de beneficios de Medicare

Los médicos y profesionales de la salud deben usar la aplicación CMS-855R revisada (reasignación de beneficios) comenzando el 1 de enero de 2017. La aplicación revisada estará publicada en el CMS Forms List (<http://go.usa.gov/cuu5Y>) a mediados del verano.

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) aceptarán las versiones actuales y revisadas del CMS-855R hasta el 31 de diciembre de 2016. Visite la página web Medicare Provider-Supplier Enrollment (<http://go.usa.gov/cuu5Y>) para más información sobre inscripción de Medicare.

El formulario revisado hizo opcional la sección la localización de practica primaria. Sin embargo, esta información es compartida con otros programas, tales como el Physician Compare Initiative, para ayudar a los beneficiarios a identificar su práctica.

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

Configuración de máquina de fax puede crear denegaciones de reclamaciones por expiración de tiempo

First Coast Service Options (First Coast) está experimentando un aumento en la denegación de reclamaciones debido a los proveedores no responder oportunamente a las solicitudes adicionales de desarrollo (ADR). Si ha recibido este tipo de rechazo a pesar de que ha respondido a través de fax en la fecha de vencimiento, la configuración de la máquina de fax puede ser la causa de estas denegaciones innecesarias. First Coast ha identificado esto como un problema particular para los proveedores que envían por fax documentación a múltiples ADRs durante el mismo período de tiempo.

Cuando se requiere documentación para continuar el proceso de reclamaciones, una carta ADR es enviada y el proveedor tiene 45 días para responder. Si los registros no se reciben a tiempo, la reclamación se deniega automáticamente el día 46. Los mensajes para estas denegaciones por expiración de tiempo incluyen:

- Parte A: Reason codes 56900 o 39721
- Parte B: Claim adjustment reason code (CARC) CO 50 con remittance advice remark code (RARC) M127
- Parte B: CARC CO 226 con RARC N517

Revise su configuración en el fax

Si ha recibido este tipo de negaciones, pero ha respondido por fax a tiempo, el problema puede ser el ajuste de la máquina de fax o la configuración de lotes de fax. Si el ajuste de lotes está activo, las transmisiones serán enviadas por lotes, o paquetes, todos los documentos enviados al mismo número de destino dentro de un marco de tiempo específico como una sola transmisión. Esto ocurre incluso si escanea y recibe las páginas de confirmación por separado para cada transmisión de fax debido a que su máquina de fax/sistema mantiene los registros en su memoria durante un período de tiempo.

El proceso automatizado de imagen de First Coast recibe transmisiones por lotes como sólo un envío. Esto significa que sólo la primera reclamación del envío en el lote es controlada y recibida a tiempo. Los documentos para otras ADRs incluidas en la presentación por lotes no son controlados, lo que hace que el tiempo de procesamiento de las reclamaciones expire y se deniegan.

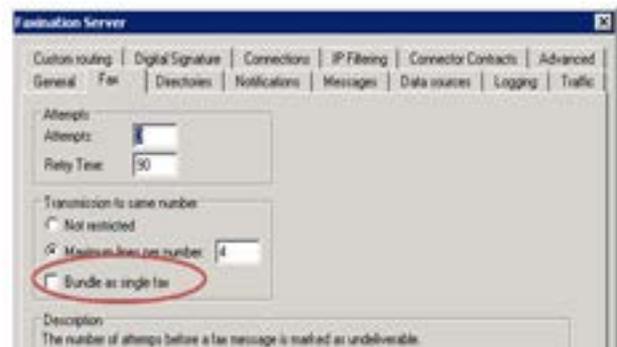
Evite usar transmisiones por lotes cuando responda a ADRs

First Coast debe recibir los documentos para cada ADR por separado para ser ajustado a tiempo a la reclamación correspondiente; por lo tanto, los proveedores deben garantizar que las transmisiones por lotes no se producen al enviar por fax. Algunos modelos de máquinas de fax permiten la tecla # para presionar al final de escanear su documento(s) para cada ADR, lo que indica que la maquina completa la transmisión antes de iniciar la siguiente. Sin embargo, cada máquina es diferente, así que consulte el manual de usuario o póngase en contacto con el número de servicio al cliente del fabricante para asistencia con la desactivación de la configuración por lotes. Al final de este artículo, proporcionamos ejemplos con detalles técnicos para ciertos tipos de sistemas de fax o fabricantes.

Otra opción para prevenir que las denegaciones de reclamación es utilizar SPOT (Secure Provider Online Tool) de First Coast para responder a los ADRs para las reclamaciones en revisión médica de prepago. Para instrucciones sobre cómo responder a los ADRs a través de SPOT, favor de revisar el [SPOT: User Guide pdf.gif](#). Si usted no tiene una cuenta en SPOT, visite la [página de SPOT](#) para aprender sobre cómo solicitar una.

Ejemplos con detalles técnicos para ciertos sistemas/ máquinas de fax

1. Instalación de Faxination Server:



Ver **FAX**, en la próxima página

FAX

De la página anterior

2. Dispositivo multi-función Ricoh: Batch Transmission

If you send a fax message by Memory Transmission and there is another fax message waiting in memory to be sent to the same destination, that message is sent along with your message. Several fax messages can be sent with a single call, thus eliminating the need for several separate calls. This helps save communication costs and reduces transmission time.

Fax messages for which the transmission time has been set in advance are sent by Batch Transmission when time is reached.

Note

- You can switch this function on or off with User Parameters. See p. 85 “User Parameters” (Switch06, Bit4). Note also that the switches and bits listed above may vary from machine to machine.

Tenga en cuenta también que los interruptores y los bits mencionados anteriormente pueden variar de una máquina a otra.

3. Servicio de Fax Biscom Fax: Configure “FAX_DO_BATCHING” a “No” bajo Advanced Parameter Configurations



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

Septiembre de 2016

Cambios y regulaciones de Medicare Parte B (B)

Cuando: 21 de septiembre 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/0338548.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A y B (A/B)

Cuando: 22 de septiembre 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/0338541.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A y B (AB)

Cuando: 15 de diciembre de 2016

Hora: 1:00 -2:30 PM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0353839.asp>

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® Provider e-News de CMS

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

- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 30 de junio de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 7 de julio de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 14 de julio de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 21 de julio de 2016](#)
- [MLN Connects® Provider e-News para el jueves, 28 de julio 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>.



Reclamaciones

Evite errores de reclamación para los códigos current procedural terminology 98960, 98961 y 98962

First Coast Service Options (First Coast) ha visto recientemente un número grande de errores de reclamación ambulatoria de Parte A para los códigos current procedural terminology (CPT®) 98960, 98961 y 98962. Se les recuerda a los proveedores que los servicios profesionales pagados bajo la tabla de tarifas fijas (Medicare physician fee Schedule, MPFS) para estos códigos son *juntos o no válidos para propósitos de Medicare*. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publican unidades de valor relativo (relative values units, RVU) como cortesía, puesto que muchos pagadores privados utilizan esta metodología cuando establecen sus tasas de pago.

Los códigos CPT® 98960, 98961 y 98962 *no son* servicios facturables por separado, y son juntos dentro de otro servicio reportado el mismo día o simplemente no está cubierto. *No* reporte estos códigos a Medicare, a menos que sea requerido para el seguro secundario.

- Verifique los registros del paciente para asegurarse que usted factura el código CPT® correcto
- Envíe los cargos como no cubiertos cuando una denegación es requerida para el pagador secundario

Definiciones de códigos CPT®:

- 98960 – educación & adiestramiento para paciente de automanejo por un profesional de la salud calificado utilizando un currículo estandarizado, cara a cara con el paciente (puede incluir cuidador/familia) cada 30 minutos; paciente individual
- 98961 -- 2-4 pacientes
- 98962 -- 5-8 pacientes

Fuente: CMS MLN Matters® artículo [MM5528](#).

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

Ingreso hospitalario anterior a la fecha de elegibilidad de la Parte A de Medicare

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han proporcionado pautas para notificar los días de uso de la estancia hospitalaria de un beneficiario. Los días de uso se pagan teniendo en cuenta los días reales de la cobertura, incluyendo los días de gracia y los días eximidos. CMS mantiene el número de días cubiertos usados para rastrear los días elegibles del beneficiario en un período de beneficios.

Existen directrices especiales de facturación a seguir cuando el beneficiario es elegible para los beneficios en medio de una hospitalización de la parte A. Los días antes de convertirse en elegible no se cuentan para el uso o para el sistema de pago prospectivo de pacientes hospitalizados del hospital (PPS) pricer. Por otra parte, los días antes de convertirse en elegible no se utilizan para el informe de costos o para su uso en hospitales no-PPS, unidades exentas o centros de enfermería especializada (SNF). En esta situación, los días se calculan en función de la Parte A, la fecha en que el beneficiario se convierte en elegible a través de ser dado de alta/transferencia/muerte.

El hospital *no puede* facturar al beneficiario u otras personas por días de atención anterior a ser en elegible, a excepción de los días en exceso del umbral del valor atípico. El hospital puede cobrar al beneficiario u otras personas por el deducible aplicable y/o coaseguros.

admisión de hospitalización de pacientes (no existen valores atípicos):

- Tipo de factura (TOB) - Ingrese 111
- Fecha de admisión – Ingrese la fecha actual de admisión
 - *No* ingrese la fecha de elegibilidad de la parte A de Medicare como la fecha de admisión
- Fecha del estado de cuenta del periodo de cobertura “desde” – Ingrese la fecha en vigencia de la elegibilidad de la parte A de Medicare
 - *No* ingrese la fecha de admisión en el periodo de cobertura usando como fecha “de”
- Fecha del estado de cuenta del periodo de cobertura “hasta” - Ingrese la fecha de finalización de la estancia hospitalaria
- Días de uso -- Ingrese el número total de días del periodo de cobertura del estado de cuenta
 - *No* reporte algún día de elegibilidad de admisión como días de cobertura o no cobertura
 - Los días cubiertos y no cubiertos se reportan aplicando los códigos de valores 80, 81, 82, y/o 83
 - Código de valor 80 – días de cobertura
 - Código de valor 81 – días de no cobertura
 - Código de valor 82 – días de coaseguro
 - Código de valor 83 – días de reserva de por vida

A continuación se enumeran las directrices de presentación para realizar las reclamaciones para la

Ver **INGRESO**, en la próxima página

INGRESO

De la página anterior

- Códigos de diagnóstico—ingrese todos los códigos de diagnóstico desde la admisión hasta que se dé de alta/transferencia/muerte
- Acomodación de días/unidades – Ingrese el número apropiado de unidades y cargos como aparecen con cobertura y/o sin cobertura por el periodo del estado de cuenta
 - No reporte los días de elegibilidad previa como habitación con cobertura o sin cobertura y unidades con alojamiento y comida o cargos
 - Códigos de ingresos -- 010X – 016X son apropiados para realizar la facturación de habitación y alojamiento y comida
 - Códigos de ingresos -- 018X es apropiado para la facturación de un permiso de ausencia (días y cargos no cubiertos)
- Observaciones -- Medicare Parte A efectiva xx/xx/xx

Ejemplo:

El paciente es admitido el 25 de abril de 2016, y dado de alta el 13 de mayo de 2016. La fecha efectiva cuando el paciente obtiene el derecho a la parte A de Medicare es el 1ro de mayo de 2016. La reclamación debe ser facturada como se explica a continuación:

- TOB -- 111
- Fecha de admisión – 25 de abril de 2016
- Periodo de cobertura del estado de cuenta “desde” fecha– 1ro de mayo de 2016
- Periodo de cobertura del estado de cuenta “hasta” fecha – 13 de mayo de 2016
- Días de uso -- 12 días cubiertos
- Acomodación días/unidades -- 12 unidades cubiertas y cambios cubiertos
- Observaciones -- Medicare Parte A efectiva el 1ro de mayo de 2016

Fuente: CMS Manual exclusivo para internet, publicación 100-04, [Chapter 3](#), Sección 40; [Chapter 25](#); MLN Matters® artículo [SE1117](#).

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

PARD

Facturando para las visitas de enfermería en áreas de escasez de salud en el hogar por un RHC o FQHC

La Sección 1861(aa)(1)(C) de la Ley del Seguro Social autoriza a las clínicas de salud rural (rural health clinics, RHC) y los centros de salud calificados federalmente (federally qualified health centers, FQHC) localizados en áreas con una escasez de agencias de salud en el hogar a prestar atención de enfermería a tiempo parcial o intermitente y suministros médicos relacionados (otro que no sea medicamentos y productos biológicos) por una enfermera profesional registrada (Registered Nurse, RN) o enfermera práctica licenciada (Licensed Practical Nurse, LPN) a una persona confinada al hogar bajo un plan de tratamiento escrito. Los códigos actuales de evaluación y manejo para las visitas de salud en el hogar no son facturables por las RN o LPN prestando visitas RHC o FQHC de salud en el hogar. Comenzando con las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2016, las RHC

y FQHC deben facturar el código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0490 para estas visitas. El código HCPCS G0490 será pagado como una visita:

- Bajo el RHC el sistema de tasa de pago completamente inclusivo RHC cuando es reportado en una reclamación RHC con código de ingreso (revenue code) 052X y modificador CG, o
- Bajo el sistema de pagos prospectivos FQHC cuando es reportado en una reclamación FQHC con código de ingreso (revenue code) 052X y código HCPCS G0466 o G0467.

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

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)/datos de los beneficiarios de Medicare para el año fiscal 2014 para hospitales IPPS, IRF, y LTCHs

Número de *MLN Matters*[®]: MM9648
Número de petición de cambio relacionado: CR 9648
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de julio de 2016
Fecha de efectividad: 16 de agosto de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1681OTN
Fecha de implementación: 16 de agosto de 2016

Resumen

La solicitud de cambio (CR) 9648 que contiene datos actualizados para determinar el ajuste de la cuota desproporcionada para los hospitales IPPS y el ajuste de Pacientes de Bajos Ingresos (LIP) de los FIR, así como los pagos que aplican a las dadas de alta para LTCH.

Los datos de los beneficiarios de SSI/Medicare para los hospitales están disponibles electrónicamente y contienen:

- Nombre del hospital
- Número de certificación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
- Días de SSI
- Días totales de Medicare, y

- La relación de Medicare Parte A días de pacientes atribuibles a destinatarios SSI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9648.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9648, 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/R1681OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 000, CR 9648

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.

Pagos Prospectivos

CMS actualiza sistema pricer del sistema de pagos prospectivos de centro de enfermería especializada de Medicare 2017

Número de *MLN Matters*[®]: MM9712
Número de petición de cambio relacionado: CR 9712
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2016
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3555CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) recientemente publicaron la actualización del sistema pricer del sistema de pagos prospectivos de centro de enfermería especializada de Medicare Parte A para el año fiscal 2017.

Cada julio, CMS publica las [tasas de pago external.gif](#) de centro de enfermería especializada para el próximo año fiscal en el *Federal Register*.

La metodología de actualización es idéntica a la utilizada en años previos, la cual incluye un

ajuste de error de pronóstico cuando la diferencia entre lo pronosticado y el cambio actual en el la cesta de compra SNF excede 0.5 puntos porcentuales.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9712.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9712, 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/R3555CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3555, CR 9712

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

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

Número de *MLN Matters*®: MM9658 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9658
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de junio de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3552CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

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

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

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9658, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3552CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3552, CR 9658

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

Información General

Sobrepagos como resultado de error de secuestro

Asunto

Las reclamaciones de los estados de cuenta con fecha a partir del 1 de abril de 2016, y recibidas antes del 27 de abril de 2016, no incurrieron una reducción de 2 por ciento como fue ordenado por los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS), resultando en sobrepagos. Esta reducción (también conocida como “secuestro”) cubre todos los pagos por servicios con fechas de servicio o fechas a partir del 1 de abril de 2013, hasta nuevo aviso.

Resolución

El error fue corregido el 26 de abril de 2016. Las reclamaciones impactadas serán ajustadas

en masa para recuperar las cantidades sobrepagadas. El sobrepago será recuperado en el proceso normal de compensación inmediata o carta de demanda.

Estatus/fecha resuelto

Abierto.

Acción por parte del proveedor

No se requiere acción por parte del proveedor.

Asuntos de procesamiento actuales

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

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

Cómo facturar medicamentos autoadministrados no cubiertos

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) proveen instrucciones a los contratistas sobre el pago de Medicare para los medicamentos y productos biológicos subordinados a los servicios de un médico. Las instrucciones también provee al contratista con un proceso para entender si un medicamento inyectable es “usualmente” autoadministrado (para significar que un medicamento que usted normalmente tomaría por su propia cuenta) y por lo tanto *no* está cubierto por Medicare.

- El término “usualmente” significa que el medicamento es autoadministrado más de 50 por ciento del tiempo para todos los beneficiarios de Medicare que usan el medicamento, y son considerados excluidos de cobertura.
- Refiérase a la lista de [self-administered drugs \(SAD\)](#) [external_pdf.gif](#) excluidos subordinados a los servicios de un médico
- Las directrices para revisión de medicamentos inyectables subordinados a los servicios de un médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, 100-02, [Chapter 15](#), Section 50.2
- Información adicional sobre los servicios excluidos de cobertura son descritos en el *Medicare Benefits Policy Manual*, 100-02, [Chapter 16](#)

Facturando sistema de pagos prospectivos del paciente ambulatorio (OPPS) y no OPPS

Los proveedores *no* son requeridos que facturen medicamentos autoadministrados no cubiertos, a menos que sea solicitado por el beneficiario o aseguradora secundaria. Si una denegación de ítem de línea es requerido que tiene al beneficiario como responsable los servicios de farmacia autoadministrados no cubiertos, la reclamación ambulatoria debe ser enviada como sigue:

- Código de ingreso 0637

- Código HCPCS que describe los servicios prestados; o,
 - Use A9270 (ítem o servicio no cubierto) cuando no existe otro código apropiado
- Modificador GY (ítem o servicio estatutariamente excluido o no cumple la definición de cualquier beneficio de Medicare)
 - Código de denegación 31324 anexará al ítem de línea cuando el modificador GY *esté* presente, y mantiene al beneficiario como responsable
 - Código de denegación 31947 aplicará al ítem de línea cuando el modificador GY *no* esté presente, y mantiene al proveedor como responsable
 - Notificación avanzada al beneficiario (Advanced beneficiary notice, ABN) no es requerida
- Cargos no cubiertos
 - *No* envíe los cargos como cubiertos
- Directrices adicionales sobre reportar cargos cubiertos y no cubiertos en la misma reclamación son descritos en el *Medicare Claims Processing Manual*, 100-04, [Chapter 1](#), Section 60

El indicador de estatus del editor de códigos ambulatorio (outpatient code editor, OCE) es ‘E’ (no cubierto) cuando el código de ingreso 0637 es enviado sin un HCPCS. Para pasar el código de denegación W7050 de regreso al proveedor (return to Provider, RTP) (no cubierto basado en exclusión estatutaria), los cargos deben ser enviados como no cubiertos o como se describe arriba.

- Código de denegación 31947 aplicará al ítem de línea cuando los cargos son enviados como no cubiertos sin un HCPCS, y mantiene al proveedor como responsable
- Refiérase al más reciente [OCE Quarterly Release Files](#) [external.gif](#), Attachment A - Integrated OCE Specs, Table 3: Edit Return Buffers.

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

Responsables de la organización en la atención ediciones de estancia calificada

Número de *MLN Matters*[®]: MM9568 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9568
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de julio de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1679OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid entienden que podría ser médicamente apropiado para algunos pacientes recibir atención de enfermería especializada y/o servicios de rehabilitación en un centro de enfermería especializada (SNF) después de una estancia hospitalaria de menos de tres días.

La solicitud de cambio (CR) 9568 permite el procesamiento de reclamaciones de SNF sin tener que cumplir con el requisito de la estancia hospitalaria de tres días para ciertos SNF designados que tienen una relación con una

organización responsable de la atención (ACO) que participan en el programa de ahorros compartidos (SSP).

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9568, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1679OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1679, CR 9568

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.

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

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

Resumen

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

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

Nota: Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) está suspendiendo el

cumplimiento de las tres ediciones por el momento, incluyendo una que hace cumplir los requisitos de facturación semanal para los PHP. CMS recuerda que el requisito de servicio PHP mínimo de 20 horas por semana permanece en efecto, como fue descrito en la regulación en 42 CFR 410.43(c).

Información adicional

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

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

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

TECENTRIQ™ -- instrucciones de facturación

El 18 de mayo de 2016, el U. S. Food and Drug Administration aprobaron atezolizumab (TECENTRIQ™ inyecciones, Genentech, Inc.) para el tratamiento de pacientes con carcinoma urotelial metastásico o avanzado que: tienen progresión de la enfermedad durante o siguiendo la quimioterapia que contiene platino o tiene progresión de la enfermedad dentro de 12 meses de tratamiento neoadyuvante o adyuvante con quimioterapia que contiene platino.

La dosis recomendada y programada para TECENTRIQ™ es 1200 mg administrados como una infusión intravenosa sobre 60 minutos cada 3 semanas hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Enviar

Código HCPCS C9399

Diagnósticos: C65.1-C65.9 (Malignant neoplasm of renal pelvis), **o** C66.1-C66.9 (Malignant neoplasm of the ureter), **o** C67.0-C67.9 (Malignant neoplasm of the bladder), **o** C68.0-C68.9 (Malignant neoplasm of other and unspecified urinary organs).

Campo narrativo

Nombre del medicamento, fuerza, y dosis, y número de código de medicamento nacional (national drug code, NDC).

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Nuevas LCD

Servicios quiroprácticos - Nueva LCD de Parte A y Parte B

Número de Identificación de LCD: L36617 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU)

La cobertura de Medicare para servicio quiropráctico está específicamente limitada por ley con los requisitos descritos explícitamente en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaciones y manuales.

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) han implementado históricamente los servicios quiroprácticos de las determinaciones locales de cobertura (LCD) como una herramienta educativa para enfatizar aún más los requisitos para el diagnóstico, el tratamiento, la documentación, y la facturación de los servicios quiroprácticos. Teniendo en cuenta la aplicación de los códigos de diagnóstico ICD-10 el 1ro de octubre de 2015, y el enfoque de la CMS y sus contratistas en la adaptación de herramientas de educación que se utilizan para mejorar la documentación de los servicios por un quiropráctico descrito como medio de manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación de un individuo, MAC JN se ha retirado recientemente del LCD Servicios quiroprácticos y ha desarrollado una nueva LCD para hacer frente a este servicio.

Además, en noviembre de 2015 las pruebas de tasa de error integral (CERT) informe de previsión de reclamaciones examinadas desde el período de muestreo julio 2013-junio 2014 mostraron que los servicios quiroprácticos en Florida hasta el 12 de agosto de 2015, ocuparon el tercer lugar en la nación teniendo en cuenta al índice de error proyectado con una tasa de error del 66,2 por ciento (frente al 44,0 por ciento del año anterior). Un extracto de First Coast Service Options, Inc. (First Coast) estrategia de revisión médica indica: Los servicios de mantenimiento facturados como tratamiento activo siguen siendo un problema para los errores de pago de los servicios quiroprácticos; después de la aplicación de CMS de un modificador de tratamiento agudo (AT) que permite a los proveedores diferenciar el

mantenimiento del tratamiento activo en las reclamaciones presentadas.

Por lo tanto, los LCD para servicios quiroprácticos se han creado para proveer direcciones de indicaciones y limitaciones de cobertura y/o la necesidad médica, las limitaciones actuales, Terminología de códigos de procedimiento®(CPT®), códigos ICD-10 s que apoyan la necesidad médica, pautas de documentación y pautas de utilización de este Servicio.

Acerca de la nota: El uso de un código ICD-10-CM que aparece en los LCD como un diagnóstico primario no asegura la cobertura de un servicio. El servicio debe ser razonable y necesario en el caso concreto y debe cumplir con los criterios especificados en la determinación. El nivel de la subluxación se debe especificar en la solicitud y debe ser catalogado como el diagnóstico primario. La condición neuroosteomuscular haciendo necesario el tratamiento debe ser catalogado como el diagnóstico secundario. Los códigos de diagnóstico neuromusculares secundarios de ICD-10, deben apoyar la necesidad médica de un tratamiento corto, moderado y de largo plazo. Todos los códigos de diagnóstico deben ser codificados con el más alto nivel de especificidad, y el diagnóstico primario debe ser apoyado por los rayos X o documentados mediante un examen físico. Los médicos quiroprácticos que presenten solicitudes para los beneficiarios que reciben servicios excesivos (tratamientos de manipulación quiropráctica) en un mes (atención aguda) o más de un año (atención crónica) son propensos a estar bajo revisión médica por pagos realizado antes o después de los servicios prestados.

Fecha de vigencia

Este LCD es efectivo por los servicios prestados **en o después del 12 de septiembre del 2016**. Las LCD 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>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Revisones a las LCD existentes

Hospitalización psiquiátrica del paciente - revisión de la Parte A del LCD

Número de Identificación de LCD: L33975 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU.)

Teniendo en cuenta la solicitud de cambio (CR) 9522 (Transmisión 98) (Aclaración de pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos [IPF] Se han actualizado lo requisitos para la certificación, recertificación y certificación demorada/caducada y recertificación), la determinación local de cobertura (LCD) para la hospitalización psiquiátrica para agregar/revisar el lenguaje en la "Certificación/recertificación - sección de hospitalización psiquiátrica de certificación/recertificación" en el LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es efectiva por los servicios prestados **en o después del 15 de agosto de 2016**. Las LCD 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>

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Detección del cáncer colorectal - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L36355 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU.)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para la detección del cáncer colorectal fueron revisadas basado en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) solicitud de cambio (CR) 9540 (NCD 210.3). ICD-10-CM códigos de diagnóstico Z12.11 (Encuentro para la detección de la neoplasia maligna de cáncer de colon) y Z12.12 (Encuentro para la detección de la neoplasia maligna del recto) fueron adicionadas bajo los "ICD-10 Códigos que apoyan la necesidad médica" sección de la LCD para CPT® código 81528.

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es eficaz para reclamaciones procesadas **en o después del 5 de julio de 2016**, por los servicios prestados a partir **en o después del 1ro de enero de 2016**. Las LCD 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 están presentes) 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](#).

Vitamina D; 25 hydroxi, incluye fraction(es), si fue realizado -- revisión de la Parte A y la Parte B de la LCD

Número de Identificación de LCD: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU.)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) de la vitamina D; 25 hidroxilo, incluye la fracción(es), si fue realizado se revisa para agregar los códigos de diagnóstico ICD-10-CM M85.811, M85.812, M85.821, M85.822, M85.831, M85.832, M85.841, M85.842, M85.851, M85.852, M85.861, M85.862, M85.871, M85.872, M85.88, y M85.89 bajo los "ICD-10 Códigos que apoyan la necesidad médica" sección de la LCD para CPT® código 82306.

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es eficaz para reclamaciones

procesadas **en o después del 30 de junio de 2016**, por los servicios prestados **a partir del 1ro de octubre de 2015**. Las LCD 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](#).

La terapia con oxígeno hiperbárico (HBO) - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L36504 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para la terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) (L36504) fueron revisadas para una mayor claridad respecto a la cobertura del tratamiento de HBO para injertos de piel, tratamiento de la osteomielitis, incluyendo la referencia a la solicitud de cambio (CR) 1138, los equipos de emergencia en centros hospitalarios y la utilización del sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica G0277 (HCPCS). Las aclaraciones no afectan la cobertura.

Además, basado en el CR 9540, el enlace con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se ha cambiado los códigos de diagnósticos cubiertos.

Fecha de vigencia

Factores de coagulación para la hemofilia - revisión al LCD

Número de Identificación de LCD: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para los factores de coagulación de hemofilia fueron revisados para incluir Idelvion® [factor IX de coagulación (recombinante), la proteína de fusión de albúmina que se indica en niños y adultos con hemofilia B (deficiencia congénita del factor IX)]. Códigos HCPCS C9399 y J7199 se han agregado en la sección "Códigos CPT®/HCPCS", y se agregó a la sección del código de diagnóstico D67 a los "Códigos CIE-10 que apoyan la necesidad médica".

La sección "fuentes de información y base para la toma de decisiones" también fue actualizada.

Rituximab (Rituxan) - revisión de Parte A y Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L33746 Florida/ Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU)

Teniendo en cuenta la solicitud de reconsideración, "Indicaciones y limitaciones de la cobertura y/o necesidad médica" de la determinación local de cobertura (LCD) para el rituximab (Rituxan) ha sido actualizada para agregar la indicación fuera de la etiqueta de la neuromielitis óptica, una enfermedad debilitante, rara y con recaídas. Además, los "Códigos ICD-10 que apoyan la necesidad médica" la sección de LCD fue actualizada para agregar ICD-10-CM código de diagnóstico G36.0. Además se actualizaron las secciones del LCD, los "Requisitos de la documentación" y "Fuentes de

La fecha de efectividad para la revisión para brindar cualquier aclaración acerca de la cobertura del tratamiento de HBO es para las fechas de servicio **en o después del 11 de abril de 2016**. La revisión del LCD basada en la CR 9540 serán efectiva en reclamaciones procesadas con fecha **en o después del 5 de julio de 2016**, para las fechas de servicio **en o después del 1ro de octubre de 2015**. Las LCD 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>

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es efectiva por los servicios prestados **en o después del 11 de julio de 2016**, para fechas de servicios prestados **en o después del 4 de marzo de 2016**.

Las 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>

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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 y base para la toma de decisiones".

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es efectiva por los servicios prestados **en o después del 28 de julio de 2016**. Las LCD 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>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Servicios sin cobertura - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD retirada

Número de Identificación de LCD: L33777 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) por servicios sin cobertura se revisaron para eliminar la Terminología de Procedimiento Actual (CPT®) código 0405T de la sección “Códigos de CPT/HCPCS” del LCD bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte A y” Procedimientos para la Parte B “ y agregó el código CPT® 0405T a los códigos “CPT/HCPCS códigos” sección del LCD bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte B solamente” ya que el indicador de estado de pago OPPS es una “B” (no pago con bajo el OPPS).

Fecha de vigencia

Imágenes de diagnóstico oftálmico computarizado por medio de escáner (SCODI) - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L33751 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para las imágenes de diagnóstico oftálmico computarizado por medio de escáner (SCODI) fueron revisadas para agregar el código de diagnóstico del ICD-10-CM Z03.89

(Encuentro para la observación de otras enfermedades y condiciones sospechosas descartadas) para su uso con código 92134 CPT® en los “códigos CIE-10 que apoyan la necesidad médica” de las LCD.

Fecha de vigencia

Bone mineral density studies – revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

Número ID de LCD: L36356 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU.)

Basado en el artículo SE1525 del MLN Matters® de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), la determinación local de cobertura (local coverage determination, LCD) para los estudios de densidad mineral fue revisada para remover el código diagnóstico ICD-10-CM M85.80 (Other specified disorders of bone density and structure, unspecified site) bajo la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 77080 (Dual energy X-ray absorptiometry [DXA], bone density study, 1 or more sites; axial skeleton [eg, hips pelvis, spine]) y 77085 (Dual energy X-ray absorptiometry [DXA], bone density study, 1 or more sites; axial skeleton [eg, hips, pelvis, spine], including vertebral fracture assessment).

Esta revisión del LCD es efectiva por las reclamaciones procesadas **en o después del 25 de julio de 2016**, por los servicios prestados **en o después del 1ro de enero de 2016**. Las LCD 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 están presentes) 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](#).

Esta revisión LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 22 de julio de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1ro de octubre de 2015**. First Coast Service Options Inc. Las LCD 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>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de junio de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015** para **Parte A** y para las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de junio de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015** para **Parte B**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las 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](#).

Genetic testing for Lynch syndrome -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

Número ID de LCD: L34912 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU.)

La determinación local de cobertura (LCD) para prueba genética del síndrome Lynch (L34912) fue revisado para añadir el código Current Procedural Terminology (CPT®) 81435 a la sección "CPT/HCPCS Codes" de la LCD bajo los códigos Group 2.

Como se declaró en la LCD, los proveedores deben seguir un método por pasos para cumplir los criterios razonables y necesarios. Para progresar a cada paso subsiguiente, refiérase a las indicaciones detalladas en la política.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 28 de junio de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las 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](#).

LCD Retirada

Amifostina (Ethyol®) - Retirado de la Parte A y la Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L33262 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU.)

Teniendo en cuenta el examen anual de las determinación locales de cobertura (LCD), se determinó que ya no se requiere la amifostina (Ethyol®) LCD y, por lo tanto, se retiró.

Fecha de vigencia

Este retiro del LCD es efectivo por los servicios prestados

a partir del 5 de julio de 2016. Las LCD 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>

Las reglas de codificación para una LCD (cuando estén presentes) 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](#).

Números telefónicos

First Coast Service Options

(Nota: La información de contacto geográfica específica es provista cuando los números de teléfono y las direcciones son diferentes para los proveedores en Florida, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos o Puerto Rico.)

Servicio al cliente

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
888-664-4112 (FL/USVI)
877-908-8433 (Puerto Rico)
877-660-1759 (TTY-FL/USVI)
888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)
888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-8723

Asistencia técnica del SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com
855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

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

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

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

Auditorías de hospital

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

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

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

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

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

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (<https://www.cms.gov>)

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

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

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

Reclamaciones

Reclamaciones devueltas por no ser procesables como peticiones de apelación

First Coast Service Options, Inc. (First Coast) está experimentando un gran volumen de apelaciones presentadas sobre reclamaciones que fueron devueltas por no ser procesables. Una reclamación no procesable es una que se presentó con información incompleta y/o inválida. Las pautas de Medicare para reclamaciones no procesables pueden encontrarse en el *Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare* (100-04), Capítulo 1, Sección 80.3. Consulte <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c01.pdf>. Las pautas de Medicare para completar el formulario CMS-1500 pueden encontrarse en el *Manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare* (100-04), Capítulo 26, Sección 10. Consulte <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c26.pdf>.

No pueden apelarse reclamaciones que no sean procesables. Por lo tanto, cuando un proveedor presenta una apelación sobre una reclamación no procesable, se devuelve la correspondencia al proveedor con una carta que indica al proveedor que debe volver a presentar una nueva reclamación. Las cartas de respuesta, comúnmente, no son generadas por, al menos, 30 a 40 días hábiles después de que se presentó la petición original. Para evitar demoras en los pagos, los proveedores deben **volver a presentar la reclamación**

corregida. Presentar una apelación sobre una reclamación no procesable solamente demora el pago y podría provocar una denegación de la presentación realizada en forma oportuna, si la reclamación incompleta/inválida no vuelve a presentarse con la información correcta dentro del período de presentación en forma oportuna.

Identificando una reclamación no procesable

Las reclamaciones devueltas por no ser procesables, comúnmente, incluirán el mensaje de la remesa de pago MA130 con un mensaje del código de denegación correspondiente para indicar por qué la reclamación estaba incompleta o era inválida.

Cartas de comunicación a proveedores principales que presentan apelaciones sobre reclamaciones no procesables

En el futuro, First Coast enviará cartas de comunicación a los proveedores si continuamente se presentan apelaciones sobre reclamaciones no procesables. Estas cartas proporcionarán detalles de la cantidad de peticiones de apelaciones recibidas sobre reclamaciones no procesables por parte de los proveedores correspondientes.

Haga [clic aquí](#) para ver información adicional.

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

Suscripción a Medicare Parte B

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

Esta suscripción incluye 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*.

Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas

Los proveedores son responsables de todas las reclamaciones presentadas a Medicare bajo su número de proveedor. Las reclamaciones duplicadas prevenibles son contraproducentes y costosas y la continua presentación a Medicare pueden llevar a una acción de la integridad del programa.

Por favor comparta esta información con sus empresas de facturación, proveedores y casa de facturación: Las ediciones del sistema de reclamaciones buscan servicios duplicados y repetidos dentro de lo pagado, finalizado, *pendiente* y los *detalles idénticos de la reclamación* en la historia. Las reclamaciones duplicadas y las líneas de reclamación son denegadas automáticamente. Reclamaciones duplicadas *sospechosas* y líneas de reclamación se suspenden y se revisan por el contratista administrativo de Medicare (MAC) para tomar una determinación para pagar o denegar. [Haga clic aquí para obtener información adicional.](#)

Las reglas de codificación correctas de Medicare incluyen el uso apropiado de los códigos y/o modificadores de condición. Cuando usted envía una reclamación por varias instancias de un servicio, procedimiento o artículo, la reclamación debe incluir un modificador apropiado para indicar que el servicio, procedimiento o el artículo no son un duplicado. Tenga en cuenta que el modificador debe añadirse al segundo a través de elementos de línea subsiguientes para el servicio, procedimiento o artículo de repetición. (Se incluye un ejemplo a continuación). En muchos casos, esto permitirá que la reclamación sea procesada y pagada, si es aplicable.

Sin embargo, en algunos casos, incluso si un modificador apropiado se incluye, la reclamación se puede denegar como un duplicado, con base en las modificaciones por servicios médicamente improbables (MUE). Las MUE son unidades máximas de servicio que se reportan normalmente para un servicio, procedimiento médico o un artículo, en la mayoría de los casos, para un beneficiario en una misma fecha de servicio. Tenga en cuenta que estas denegaciones duplicadas no siempre se consideran evitables. [Haga clic aquí para información sobre las MUE, incluidos los derechos de apelación.](#)

- Modificador 59: servicio o procedimiento por

el mismo proveedor, distinto o independiente de otros servicios, realizado en el mismo día. Servicios o procedimientos que normalmente se reportan juntos pero son apropiadas para ser facturados por separado bajo ciertas circunstancias Refiérase al artículo de *MLN Matters*® [SE1418](#) para más detalles sobre el uso 59, incluyendo numerosos ejemplos de codificación

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecieron cuatro nuevos modificadores, a partir del 1 de enero de 2015, para definir subconjuntos del modificador 59. Consulte el artículo de *MLN Matters*® [MM8863](#) para ver más detalles.
- Modificador 76: servicio o procedimiento *repetido* por el mismo proveedor, después del procedimiento o servicio original
- Modificador 91: pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico *repetidas*. Este modificador se añade sólo cuando los resultados de las pruebas adicionales son médicamente necesarias en el mismo día
- Ejemplo: el laboratorio presenta una reclamación de Medicare para cuatro pruebas de glucosa; sangre, tiras reactivas (código *CPT*® 82948).
 - Línea 1: 82948
 - Línea 2: 82948 y modificador 91
 - Línea 3: 82948 y modificador 91
 - Línea 4: 82948 y modificador 91

Nota: Todas las reclamaciones presentadas siempre deben estar respaldadas por la documentación en el registro médico del paciente.

Fuentes: CMS *MLN Matters*® [MM8121](#), [manual electrónico \(IOM\) de CMS, publicación 100-04, capítulo 1, sección 120-Detection of duplicate claims](#), CMS *MLN Matters*® [MM8863](#) y el libro de códigos Current Procedural Terminology (CPT®) de la American Medical Association (AMA) de 2013.

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

Información General

Reprocesamiento del código HCPCS G0472

Asunto

El código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) G0472 (Hepatitis C antibody screening, for individuals at high risk and other covered indications) fue denegado en error desde el 5 de enero de 2015 hasta el 31 de mayo de 2016, para los beneficiarios nacidos entre 1945-1965.

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) han actualizado sus sistemas para corregir este problema y reprocesarán las reclamaciones denegadas.

Estatus/fecha resuelto

Abierto. El sistema fue corregido el 1 de junio de 2016; se están realizando ajustes en masa por los MAC para reprocesar las reclamaciones afectadas.

Acción por parte del proveedor

Ninguna.

Asuntos de procesamiento actuales

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

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

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

Número de *MLN Matters*®: MM9355 Revisado
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9355
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de junio 2016
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016 para MCS
 Número de transmisión de CR relacionado: R3547CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016 para MCS

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*® 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.

CMS adiciona nuevos códigos a la lista de pruebas de laboratorio clínico eliminadas

Número de *MLN Matters*®: MM9687 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: CR 9687
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de julio de 2016
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3563CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizan las listas de Terminología de Procedimiento Actual (CPT®) códigos que están sujetos a las instrucciones de facturación asociados a la Enmienda de Pruebas de Laboratorio Clínico eliminadas de 1988 (CLIA).

Los códigos CPT® adicionados a la lista deben tener el modificador QW para ser reconocidos como una prueba eliminada. CMS cambia los códigos CPT® cubiertos por CLIA (y la certificación por lo que requiere) cada año.

Información adicional

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

Número de *MLN Matters*®: MM9725
Número de petición de cambio relacionado: CR 9725
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de julio de 2016
Fecha de efectividad: 1 octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3561CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) desarrollaron la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) para promover metodologías de codificación correcta y controlar la codificación inadecuada que conduce al pago inapropiado en las reclamaciones de la Parte B de Medicare. Cada trimestre, CMS actualiza las tablas de pareja de códigos. CMS publicó recientemente las tablas de pareja de códigos de octubre de 2016 para los proveedores para revisión antes de la presentación de reclamaciones.

El NCCI procedimiento a procedimiento (PTP) las ediciones para pareja de códigos son ediciones prepago automatizadas que impiden el pago indebido cuando ciertos códigos se presentan juntos. First Coast Service Options Inc. ha desarrollado [éste tutorial para ayudar a reducir el número de reclamaciones rechazadas](#) debido a pareja de códigos NCCI incorrectos.

Las políticas de codificación desarrolladas se basan en

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9687.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9687, 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/R3563CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3563, CR 9687

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.

convenciones definidas en el manual de Terminología de Procedimiento actual de la American Medical Association, las políticas y ediciones nacionales y locales de codificación, las directrices elaboradas por las sociedades nacionales, el análisis de la práctica médica y quirúrgica estándar de codificación, y la revisión de las prácticas de codificación actual.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9725.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9725, 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/R3561CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3561, CR 9725

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.

TECENTRIQ™ -- instrucciones de facturación

El 18 de mayo de 2016, el U. S. Food and Drug Administration aprobaron atezolizumab (TECENTRIQ™ inyecciones, Genentech, Inc.) para el tratamiento de pacientes con carcinoma urotelial metastásico o avanzado que: tienen progresión de la enfermedad durante o siguiendo la quimioterapia que contiene platino o tiene progresión de la enfermedad dentro de 12 meses de tratamiento neoadyuvante o adyuvante con quimioterapia que contiene platino.

La dosis recomendada y programada para TECENTRIQ™ es 1200 mg administrados como una infusión intravenosa sobre 60 minutos cada 3 semanas hasta la progresión de

la enfermedad o toxicidad inaceptable.

Enviar

Código HCPCS J9999

Diagnósticos: C65.1-C65.9 (Malignant neoplasm of renal pelvis), o C66.1-C66.9 (Malignant neoplasm of the ureter), o C67.0-C67.9 (Malignant neoplasm of the bladder), o C68.0-C68.9 (Malignant neoplasm of other and unspecified urinary organs).

Campo narrativo o equivalente electrónico

Nombre del medicamento, fuerza, y dosis.

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Nuevas LCD

Servicios quiroprácticos - Nueva LCD de Parte A y Parte B

**Número de Identificación de LCD: L36617
(Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU)**

La cobertura de Medicare para servicio quiropráctico está específicamente limitada por ley con los requisitos descritos explícitamente en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaciones y manuales.

Los contratistas administrativos de Medicare (MAC) han implementado históricamente los servicios quiroprácticos de las determinaciones locales de cobertura (LCD) como una herramienta educativa para enfatizar aún más los requisitos para el diagnóstico, el tratamiento, la documentación, y la facturación de los servicios quiroprácticos. Teniendo en cuenta la aplicación de los códigos de diagnóstico ICD-10 el 1ro de octubre de 2015, y el enfoque de la CMS y sus contratistas en la adaptación de herramientas de educación que se utilizan para mejorar la documentación de los servicios por un quiropráctico descrito como medio de manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación de un individuo, MAC JN se ha retirado recientemente del LCD Servicios quiroprácticos y ha desarrollado una nueva LCD para hacer frente a este servicio.

Además, en noviembre de 2015 las pruebas de tasa de error integral (CERT) informe de previsión de reclamaciones examinadas desde el periodo de muestreo julio 2013-junio 2014 mostraron que los servicios quiroprácticos en Florida hasta el 12 de agosto de 2015, ocuparon el tercer lugar en la nación teniendo en cuenta al índice de error proyectado con una tasa de error del 66,2 por ciento (frente al 44,0 por ciento del año anterior). Un extracto de First Coast Service Options, Inc. (First Coast) estrategia de revisión médica indica: Los servicios de mantenimiento facturados como tratamiento activo siguen siendo un problema para los errores de pago de los servicios quiroprácticos; después de la aplicación de CMS de un modificador de tratamiento agudo (AT) que permite a los proveedores diferenciar el

mantenimiento del tratamiento activo en las reclamaciones presentadas.

Por lo tanto, los LCD para servicios quiroprácticos se han creado para proveer direcciones de indicaciones y limitaciones de cobertura y/o la necesidad médica, las limitaciones actuales, Terminología de códigos de procedimiento®(CPT®), códigos ICD-10 s que apoyan la necesidad médica, pautas de documentación y pautas de utilización de este Servicio.

Acerca de la nota: El uso de un código ICD-10-CM que aparece en los LCD como un diagnóstico primario no asegura la cobertura de un servicio. El servicio debe ser razonable y necesario en el caso concreto y debe cumplir con los criterios especificados en la determinación. El nivel de la subluxación se debe especificar en la solicitud y debe ser catalogado como el diagnóstico primario. La condición neuroosteomuscular haciendo necesario el tratamiento debe ser catalogado como el diagnóstico secundario. Los códigos de diagnóstico neuromusculares secundarios de ICD-10, deben apoyar la necesidad médica de un tratamiento corto, moderado y de largo plazo. Todos los códigos de diagnóstico deben ser codificados con el más alto nivel de especificidad, y el diagnóstico primario debe ser apoyado por los rayos X o documentados mediante un examen físico. Los médicos quiroprácticos que presenten solicitudes para los beneficiarios que reciben servicios excesivos (tratamientos de manipulación quiropráctica) en un mes (atención aguda) o más de un año (atención crónica) son propensos a estar bajo revisión médica por pagos realizado antes o después de los servicios prestados.

Fecha de vigencia

Este LCD es efectivo por los servicios prestados **en o después del 12 de septiembre del 2016**. Las LCD 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>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Revisión a las LCD

La mamoplastia de reducción - revisión de Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L33939 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU.)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para mamoplastia de reducción se revisaron para agregar los códigos de diagnóstico ICD-10-CM L26, L30.4, L54, L92.0, L95.1, L98.2, M40.202-M40.209, M54 0,89 y Z42.1 a los "códigos CIE-10 que apoyan la necesidad médica" sección los LCD de Terminología actual para procedimientos (CPT®) código 19318.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva por las reclamaciones

procesadas en o después del 25 de julio de 2016, para servicios prestados en o después del 1ro de octubre de 2015. Las LCD 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 están presentes) 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](#).

Independent diagnostic testing facility (IDTF) -- revisión a la LCD de Parte B

Número ID de LCD: L33910 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU.)

Basado en una solicitud de reconsideración, las directrices de codificación (L33910) de la determinación local de cobertura (local coverage determination, LCD) para los centros de pruebas diagnósticas independientes (independent diagnostic testing facility, IDTF) fueron revisadas para remover los límites de reconocer solamente las juntas que certifican afiliadas con el American Board of Medical Specialty (ABMS) para supervisar e interpretar las pruebas.

En la sección "Credentialing Matrix" de las directrices de codificación, un asterisco fue añadido a los códigos Current Procedural Terminology® (CPT®) aplicables y lenguaje clarificando que el asterisco también fue

añadido. El siguiente lenguaje fue añadido: *American Board of Medical Specialty (ABMS), American Osteopathic Association (AOA) specialty, or subspecialty certification.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 28 de junio de 2016. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

Las 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](#).

Detección del cáncer colorectal - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L36355 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU.)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para la detección del cáncer colorectal fueron revisadas basado en los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) solicitud de cambio (CR) 9540 (NCD 210.3). ICD-10-CM códigos de diagnóstico Z12.11 (Encuentro para la detección de la neoplasia maligna de cáncer de colon) y Z12.12 (Encuentro para la detección de la neoplasia maligna del recto) fueron adicionadas bajo los "ICD-10 Códigos que apoyan la necesidad médica" sección de la LCD para CPT® código 81528.

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es eficaz para reclamaciones procesadas en o después del 5 de julio de 2016, por los servicios prestados a partir en o después del 1ro de enero de 2016. Las LCD 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 están presentes) 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](#).

La terapia con oxígeno hiperbárico (HBO) - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L36504 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para la terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) (L36504) fueron revisadas para una mayor claridad respecto a la cobertura del tratamiento de HBO para injertos de piel, tratamiento de la osteomielitis, incluyendo la referencia a la solicitud de cambio (CR) 1138, los equipos de emergencia en centros hospitalarios y la utilización del sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica G0277 (HCPCS). Las aclaraciones no afectan la cobertura.

Además, basado en el CR 9540, el enlace con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se ha cambiado los códigos de diagnósticos cubiertos.

Fecha de vigencia

Factores de coagulación para la hemofilia - revisión al LCD

Número de Identificación de LCD: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para los factores de coagulación de hemofilia fueron revisados para incluir Idelvion® [factor IX de coagulación (recombinante), la proteína de fusión de albúmina que se indica en niños y adultos con hemofilia B (deficiencia congénita del factor IX)]. Códigos HCPCS C9399 y J7199 se han agregado en la sección “Códigos CPT®/HCPCS”, y se agregó a la sección del código de diagnóstico D67 a los “Códigos CIE-10 que apoyan la necesidad médica”.

La sección “fuentes de información y base para la toma de decisiones” también fue actualizada.

Rituximab (Rituxan) - revisión de Parte A y Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L33746 Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU)

Teniendo en cuenta la solicitud de reconsideración, “Indicaciones y limitaciones de la cobertura y/o necesidad médica” de la determinación local de cobertura (LCD) para el rituximab (Rituxan) ha sido actualizada para agregar la indicación fuera de la etiqueta de la neuromielitis óptica, una enfermedad debilitante, rara y con recaídas. Además, los “Códigos ICD-10 que apoyan la necesidad médica” la sección de LCD fue actualizada para agregar ICD-10-CM código de diagnóstico G36.0. Además se actualizaron las secciones del LCD, los “Requisitos de la documentación” y “Fuentes de

La fecha de efectividad para la revisión para brindar cualquier aclaración acerca de la cobertura del tratamiento de HBO es para las fechas de servicio **en o después del 11 de abril de 2016**. La revisión del LCD basada en la CR 9540 serán efectiva en reclamaciones procesadas con fecha **en o después del 5 de julio de 2016**, para las fechas de servicio **en o después del 1ro de octubre de 2015**. Las LCD 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>

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es efectiva por los servicios prestados **en o después del 11 de julio de 2016**, para fechas de servicios prestados **en o después del 4 de marzo de 2016**.

Las 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>

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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 y base para la toma de decisiones”.

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es efectiva por los servicios prestados **en o después del 28 de julio de 2016**. Las LCD 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>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Servicios sin cobertura - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD retirada

Número de Identificación de LCD: L33777 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) por servicios sin cobertura se revisaron para eliminar la Terminología de Procedimiento Actual (CPT®) código 0405T de la sección “Códigos de CPT/HCPCS” del LCD bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte A y” Procedimientos para la Parte B “ y agregó el código CPT® 0405T a los códigos “CPT/HCPCS códigos” sección del LCD bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte B solamente” ya que el indicador de estado de pago OPPS es una “B” (no pago con bajo el OPPS).

Fecha de vigencia

Imágenes de diagnóstico oftálmico computarizado por medio de escáner (SCODI) - revisión de la Parte A y la Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L33751 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) para las imágenes de diagnóstico oftálmico computarizado por medio de escáner (SCODI) fueron revisadas para agregar el código de diagnóstico del ICD-10-CM Z03.89

(Encuentro para la observación de otras enfermedades y condiciones sospechosas descartadas) para su uso con código 92134 CPT® en los “códigos CIE-10 que apoyan la necesidad médica” de las LCD.

Fecha de vigencia

Bone mineral density studies – revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

Número ID de LCD: L36356 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU.)

Basado en el artículo SE1525 del MLN Matters® de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS), la determinación local de cobertura (local coverage determination, LCD) para los estudios de densidad mineral fue revisada para remover el código diagnóstico ICD-10-CM M85.80 (Other specified disorders of bone density and structure, unspecified site) bajo la sección “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity” de la LCD para los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 77080 (Dual energy X-ray absorptiometry [DXA], bone density study, 1 or more sites; axial skeleton [eg, hips pelvis, spine]) y 77085 (Dual energy X-ray absorptiometry [DXA], bone density study, 1 or more sites; axial skeleton [eg, hips, pelvis, spine], including vertebral fracture assessment).

Esta revisión del LCD es efectiva por las reclamaciones procesadas **en o después del 25 de julio de 2016**, por los servicios prestados **en o después del 1ro de enero de 2016**. Las LCD 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 están presentes) 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](#).

Esta revisión LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 22 de julio de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1ro de octubre de 2015**. First Coast Service Options Inc. Las LCD 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>.

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 2 de junio de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015** para **Parte A** y para las reclamaciones procesadas **a partir del 6 de junio de 2016**, para los servicios prestados **a partir del 1 de octubre de 2015** para **Parte B**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las 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](#).

Genetic testing for Lynch syndrome -- revisión a la Parte A y Parte B de la LCD

Número ID de LCD: L34912 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de EE.UU.)

La determinación local de cobertura (LCD) para prueba genética del síndrome Lynch (L34912) fue revisado para añadir el código Current Procedural Terminology (CPT®) 81435 a la sección "CPT/HCPCS Codes" de la LCD bajo los códigos Group 2.

Como se declaró en la LCD, los proveedores deben seguir un método por pasos para cumplir los criterios razonables y necesarios. Para progresar a cada paso subsiguiente, refiérase a las indicaciones detalladas en la política.

Fecha de vigencia

Vitamina D; 25 hydroxi, incluye fracción(es), si fue realizado -- revisión de la Parte A y la Parte B de la LCD

Número de Identificación de LCD: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU.)

Las determinaciones locales de cobertura (LCD) de la vitamina D; 25 hidroxilo, incluye la fracción(es), si fue realizado se revisa para agregar los códigos de diagnóstico ICD-10-CM M85.811, M85.812, M85.821, M85.822, M85.831, M85.832, M85.841, M85.842, M85.851, M85.852, M85.861, M85.862, M85.871, M85.872, M85.88, y M85.89 bajo los "ICD-10 Códigos que apoyan la necesidad médica" sección de la LCD para CPT® código 82306.

Fecha de vigencia

Esta revisión del LCD es eficaz para reclamaciones

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **a partir del 28 de junio de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las 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](#).

procesadas **en o después del 30 de junio de 2016**, por los servicios prestados **a partir del 1ro de octubre de 2015**. Las LCD 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](#).

LCD Retirada

Amifostina (Ethyol®) - Retirado de la Parte A y la Parte B del LCD

Número de Identificación de LCD: L33262 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de EE.UU.)

Teniendo en cuenta el examen anual de las determinación locales de cobertura (LCD), se determinó que ya no se requiere la amifostina (Ethyol®) LCD y, por lo tanto, se retiró.

Fecha de vigencia

Este retiro del LCD es efectivo por los servicios prestados

a partir del 5 de julio de 2016. Las LCD 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>

Las reglas de codificación para una LCD (cuando están presentes) 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](#).

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare & Medicaid

<http://www.medicare.gov>