

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Agosto 2016



En esta edición

Cobertura de mamografía y certificación	4
Actualización de octubre a la base de datos	6
Sobrepagos como resultado de error	12
CMS emite la actualización del 2017	14
Revisión de la investigación generalizada	20

La notificación oportuna de los cambios en la información de inscripción del proveedor

Número de *MLN Matters*®: SE1617
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

De acuerdo con el *Código 42 de Regulaciones Federales (CFR) Sección 424.516 (d)*, todos los médicos, los profesionales no médicos, y las organizaciones de profesionales médicos y no médicos deben reportar los siguientes cambios en la información de inscripción **dentro de los 30 días del cambio**:

- Un cambio en la propiedad
- Una acción legal adversa, o

- Un cambio en la ubicación de la práctica.

Todos los demás cambios deben ser reportados **dentro de los 90 días del cambio**.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1617.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1617

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Facturación

CWF localiza el registro de beneficiarios de Medicare y proporciona respuestas a las consultas de proveedores3

La próxima generación de organización de cuidado responsable - aplicación3

Cobertura de mamografía y certificación de los centros de mamografía4

Información general

Actualización de reaperturas – cambios al capítulo 344

First Coast mejora la experiencia de los usuarios de SPOT5

Tarifas fijas

Componente profesional MPPR de ciertos procedimientos5

Actualización de octubre a la base de datos del manual de tarifas fijas6

Recursos educativos

Calendario de eventos7

Noticias de CMS

MLN Connects® eNews del proveedor para el 28 de julio de 20168

MLN Connects® eNews del proveedor para el 4 de agosto de 20169

MLN Connects® e News del proveedor para el 11 de Agosto de 201610

MLN Connects® eNews del proveedor para el 18 de agosto de 201610

Parte A

Asuntos de procesamiento

Sobrepagos como resultado de error de secuestro12

Facturación

Requisitos de reporte y actualizaciones de facturación12

Servicios preventivos

Edición de corrección para la detección de infecciones de transmisión sexual13

Sistema de pago prospectivo

CMS implementa cambios al sistema de pago prospectivo14

CMS emite la actualización del 2017 para el sistema de pago prospectivo14

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados octubre de 201615

Determinaciones locales de cobertura de Parte A16

Revisiones a las LCD existentes

Pemetrexed – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B17

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) de la Parte A/B revisadas – Artículo corregido17

Hyperbaric oxygen (HBO) therapy – revisión a la LCD de Partes A y B17

Contactos de Parte A18

Parte B

Firmas de oficiales autorizados en formularios de solicitud de acceso19

Revisión médica B

Revisión de la investigación generalizada de las imágenes de perfusión miocárdica20

Tarifas fijas

Orientación a los laboratorios para la recopilación y notificación21

Determinaciones locales de cobertura de Parte B22

Pemetrexed – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B23

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) de la Parte A/B revisadas – Artículo corregido23

Hyperbaric oxygen (HBO) therapy – revisión a la LCD de Partes A y B23

Mastoidectomy cavity debridement – revisión de la Parte B de la LCD24

Computerized corneal topography – revisión a la LCD de Parte B24

Contactos de Parte B de Puerto Rico25

Contactos de Parte B de Florida26

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos27

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Liliana Chaves
Sofía Lennie
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

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

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

Facturación

CBF localiza el registro de beneficiarios de Medicare y proporciona respuestas a las consultas de proveedores

Número de *MLN Matters*®: MM9740
Número de petición de cambio relacionado: 9740
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de julio de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R1687OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

A los beneficiarios de Medicare se les asigna un servidor primario en el archivo de trabajo común (CBF) con base en su dirección principal. Cuando no se conoce el servidor principal del archivo común del trabajo (CBF) del beneficiario de Medicare, los proveedores deben consultar múltiples servidores CBF (hasta nueve) hasta que encuentren el servidor que tiene el archivo del beneficiario de Medicare y obtener la información de elegibilidad.

Dado que los servidores CBF están conectados, es posible que el CBF localice automáticamente el servidor primario donde existe el registro del beneficiario de Medicare. Esto eliminará la necesidad de que los proveedores busquen múltiples servidores y también

reducirá el número de consultas recibidas de proveedores.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9740.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9740, 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/R1687OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1687, CR 9740

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.

La próxima generación de organización de cuidado responsable - aplicación



Número de *MLN Matters*®: SE1613
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: 1 de enero de 2016

Resumen

Este artículo de edición especial ofrece información acerca de la próxima generación de organización de cuidado responsable (NGACO) el modelo de iniciativas

de exención de mejora de beneficios y la dirección de procesamiento de las reclamaciones suplementarias.

Las mejoras de prestaciones son la exención de ciertas reglas de servicio de Medicare (es decir, telesalud, visitas a domicilio posteriores al periodo de hospitalización, y la regla de tres días en un centro de enfermería especializada), y las iniciativas destinadas a ayudar a NGACO a mejorar la atención y el compromiso de sus beneficiarios.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1613.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1613

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

Cobertura de mamografía y certificación de los centros de mamografía

Se recuerda a los proveedores y suplidores que suministran y facturan servicios a Medicare por mamografía de película, digital o 3-D, que las reclamaciones de estos servicios de mamografía serán denegadas o rechazadas como no procesables si:

- No hay un número de certificación de la FDA reportado en la reclamación
- La instalación no está certificada para el tipo de mamografía presentada en la reclamación (película, digital o 3-D)
- Un certificado de la instalación está suspendido o revocado

- El código HCPCS/CPT facturado no coincide con la certificación en los archivos de la instalación o
- No hay un número de certificación de la FDA sobre el archivo MQSA para la instalación, incluido en la reclamación

Para información adicional, los proveedores y suplidores que suministran y facturan servicios a Medicare por mamografía de película, digital o 3-D, pueden consultar el manual electrónico de Medicare (IOM) publicación 100-04, capítulo 18, sección 20 y las subsecciones que se encuentran aquí: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/clm104c18.pdf>

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

Información general

Actualización de reaperturas – cambios al capítulo 34

Número de *MLN Matters*®: MM9639
 Número de petición de cambio relacionado: 9639
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de julio de 2016
 Fecha de efectividad: 30 de septiembre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3568CP
 Fecha de implementación: 30 de septiembre de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9639 actualiza el *Medicare Claims Processing Manual* para eliminar la terminología obsoleta del contratista, aclarar el código de referencia de la remesa de pago y para añadir hipervínculos de la regulación y obligaciones legales. Esta actualización mejora y aclara las instrucciones de funcionamiento y el lenguaje según el reglamento y el estatuto.

Nota: Esta actualización incluye ningún cambio de política.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9639.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9639, 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/R3568CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3568, CR 9639

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

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.



First Coast mejora la experiencia de los usuarios de SPOT

Chat en vivo y alertas mejoradas serán agregadas a SPOT

Los proveedores que utilizan el Secure Online Provider Tool (SPOT) de First Coast (First Coast Service Options Inc.) verán varias mejoras en la comunicación a partir del viernes 12 de agosto del año 2016.

Estas mejoras permitirán a los usuarios de SPOT permanecer informados acerca de los temas más importantes y conectarse fácilmente con el personal de apoyo cuando sea necesario.

A través del chat en vivo, representantes de First Coast estarán disponibles de 10 a.m.-2 p.m., de lunes a viernes, para ayudar a los usuarios a localizar los recursos en SPOT, así como en el sitio de Internet del proveedor de First Coast. Los representantes ayudarán con preguntas como:

- Actualización de las contraseñas en su cuenta Enterprise Identity Management (EIDM)
- Completar el proceso de identidad remota de pruebas (RIDP) y la autenticación de factores múltiples (MFA)
- Creación de perfiles adicionales de SPOT

Localización de información en el sitio para el proveedor de First Coast

Debido a las restricciones de seguridad de datos de Medicare, los representantes de First Coast no tendrán acceso a las reclamaciones o registros de proveedores en SPOT y no tendrán la posibilidad de contestar a la reclamación específica o a las preguntas de los beneficiarios de Medicare. Todos los problemas que

requieren detalles específicos de la cuenta serán referidos a la mesa de ayuda de SPOT.



Además del Chat en vivo, First Coast también está agregando una opción de noticias y alertas en la página principal de SPOT para ayudar a los proveedores para que se mantengan informados acerca de las mejoras y actualizaciones del sistema. Los proveedores también podrán conectarse con un representante de First Coast a través del perfil de Twitter en el portal de SPOT (@TheSPOTPortal).

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

Tarifas fijas

Componente profesional MPPR de ciertos procedimientos de imagen de diagnóstico



Número de *MLN Matters*®: MM9647
 Número de petición de cambio relacionado: 9647
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3578CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

El procedimiento de reducción de pago múltiple (MPPR) en la imagen de diagnóstico se aplica cuando múltiples servicios son proporcionados por el mismo médico, al mismo paciente, en la misma sesión, el mismo día. El MPPR en ciertos servicios de imagen de diagnóstico se aplica a los servicios del componente profesional (PC) y del componente técnico (TC).

Actualmente, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) hacen el pago total de PC del procedimiento con precio más alto y forma de pago de 75 por ciento para cada procedimiento adicional de PC cuando es suministrado por el mismo médico (o médico en el mismo grupo de práctica) a el mismo paciente, en la misma sesión, en el mismo día.

A partir del 1 de enero de 2017, Medicare pagará el 95 por

Ver **COMPONENTE** en la próxima página

COMPONENTE

De la página anterior

ciento del programa de tarifas fijas para el PC de cada procedimiento adicional suministrado por el mismo médico (o médico en el mismo grupo de práctica) al mismo paciente, en la misma sesión, el mismo día.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9647.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9647, 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/R3578CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3578, CR 9647

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 octubre a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2016



Número de *MLN Matters*®: MM9749
 Número de petición de cambio relacionado: 9749
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de agosto de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3594CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

La petición de cambio (CR) 9749 incluye numerosas actualizaciones de estatus del procedimiento. Entre estos cambios se encuentran las actualizaciones de pago (RVU) a los siguientes códigos de procedimiento:

G9685

G9686

La petición de cambio (CR) también adiciona el siguiente código de procedimiento para la base de datos:

G0498

Los contratistas no buscarán sus archivos ya sea para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o para pagar retroactivamente las reclamaciones, sin embargo, ellos ajustarán las reclamaciones que usted llame a su atención.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 30.1, esto debe ser considerado como un aviso de 30 días en un cambio en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2016 prevista para el 3 de octubre de 2016.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9749.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9749, 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/R3594CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3594, CR 9749

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

Septiembre de 2016

Cambios y regulaciones de Medicare Parte A

Cuando: 20 de Septiembre de 2016

Hora: 10:00 -11:30 AM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0334589.asp>

Cambios y regulaciones de Medicare Parte B

Cuando: 21 de Septiembre de 2016

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

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<http://medicareespanol.fcso.com/eventos/0338548.asp>

Medicare Speaks 2016 Orlando

Cuando: 28-29 de septiembre de 2016

Hora: 7:30 AM -4:15 PM ET

Tipo: Webcast

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

http://medicareespanol.fcso.com/Medicare_Speaks/0354188.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.

Noticias de CMS



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

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

Vea esta edición como PDF 

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 OPPTS 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 OPPTS 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

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- 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

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® eNews del proveedor para el 4 de agosto de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 4 de agosto de 2016

[Vea esta edición como PDF](#)

Noticia y anuncios

- Regla final de los cambios de política y pago de IPPS y LTCH PPS para el FY 2017
- SNF: cambios finales de política y pago para el FY 2017
- Beneficio de hospicio: cambios finales de política y pago para el FY 2017
- IRF: cambios finales de política y pago para el FY 2017
- Centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados: cambios finales de política y pago para el FY 2017
- CMS anuncia la próxima fase más importante en la historia de la iniciativa para mejorar la atención primaria en América
- CMS se extiende y expande esfuerzos de inscripción para las moratorias de lucha contra el fraude en seis estados
- Primer lanzamiento de la calificación 'Overall Hospital Quality Star' para la comparación de hospital
- Agencias de salud en el hogar: disponible el nuevo PEPPER
- Programas de hospitalización parcial: disponible el nuevo PEPPER
- Comparación médica: disponibles los datos de calidad de 2014
- Cierres de docencia en hospital: aplicar para vacantes de residente hasta el 31 de octubre de 2016
- PQRS: Cuentas necesarias de EIDM para acceder a los informes de comentarios del QRUR de 2015
- Sustitución de accesorios para el dispositivo CPAP de propiedad del beneficiario o RAD
- Estatutos y reglamento de simplificación administrativa
- Recursos de codificación de ICD-10
- Las vacunas no son sólo para niños

Cumplimiento del proveedor

- Servicios del manejo del día de alta del hospital

Próximos eventos

- Reporte de comentarios de PQRS y revisión informal del proceso para los resultados de la convocatoria del programa del año 2015 — 10 de agosto



- Recopilación de datos sobre los recursos utilizados en la sesión de información del suministro de servicios globales — 31 de agosto
- IMPACT Act: llamada para las medidas de desarrollo y los elementos de datos — 31 de agosto
- Convocatoria QAPI y asociación nacional para mejorar la atención de la demencia — 15 de septiembre
- 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

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Información de la remesa de pago: hoja informativa de una visión general – recordatorio
- Vistazo de los costos de Medicare: herramienta educativa del 2016 - revisado

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® e News del proveedor para el 11 de Agosto de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 11 de agosto de 2016

[Vea esta edición como PDF](#)

Noticia y anuncios

- Medicare anuncia los participantes en un esfuerzo para mejorar el acceso y la calidad de la atención en las zonas rurales
- Modelo de pago del Affordable Care Act continúa para mejorar la atención y bajar costos
- Regla propuesta ESRD QIP PY 2020: Nuevo video y hoja informativa
- CMS lanzará un CBR de dispositivos de presión positiva en las vías respiratorias, dispositivos y accesorios de asistencia respiratoria en agosto
- TEP sobre las medidas de calidad del IMPACT Act: Nominaciones límite el 21 de agosto

Cumplimiento del proveedor

- Servicios preventivos

Reclamaciones, precios y códigos

- Disponibles los GEMS ICD-10 para el 2017

Próximos eventos

- Sesión de llamadas de la regla propuesta ESRD QIP

PY 2020 — 16 de agosto

- Recolección de datos propuestos de cirugía global del Town Hall — 25 de agosto
- IMPACT Act: Desarrollo de los elementos y las medidas de datos — 31 de agosto
- Asociación nacional para mejorar la atención de la demencia y llamada QAPI — 15 de septiembre

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters®, reporte oportuno en los cambios de información en la inscripción del proveedor – nuevo
- IRF: Curso basado en internet de CERT; la mejora de la documentación tiene un impacto positivo – nuevo
- Llamada de comparación médica: Adenda – nuevo
- Artículo de MLN Matters de requerimientos de reporte de RHC HCPCS y actualizaciones de facturación – revisado
- Manual de recursos MLN Guided Pathways específico del proveedor – revisado
- Hoja informativa información de contacto de asistencia técnica PECOS - revisado

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

MLN Connects® eNews del proveedor para el 18 de agosto de 2016



MLN Connects® eNews del proveedor para el 18 de agosto de 2016

[Vea esta edición como PDF](#)

Noticia y anuncios

- CMS actualiza calificaciones de calidad de cinco estrellas de hogar geriátrico
- El IMPACT evalúa la estandarización de datos: vencimiento de comentarios el 26 de agosto
- Aviso de observación de Medicare para pacientes ambulatorios: período de comentarios públicos termina el 1 de septiembre
- Ley de Transparencia de Pagos: tiempo limitado para que los médicos disputen los datos del 2015
- Programas de cobertura total de salud para ancianos
- Simplificación administrativa: normas adoptadas y reglas de funcionamiento

Ver **MLN** en la próxima página

MLN

De la página anterior

Cumplimiento del proveedor

- Endoscopia nasal

Reclamaciones, precios y códigos

- Actualización de códigos ICD-10-CM de 2017 y ICD-10-PCS
- Los ajustes de reclamación de hospicio corregirán la rutina de conteo para la atención de día Julio de 2016 archivo de actualización de OPPS Pricer

Próximos eventos

- Reportes de programas de calidad IRF y LTCH: webinar de reportes públicos — 23 agosto
- Recolección de datos propuestos de cirugía global del Town Hall — 25 de agosto
- IMPACT Act: Desarrollo de los elementos y las medidas de datos — 31 de agosto
- Webcast del reporte del programa de calidad SNF — 14 de septiembre

- Asociación nacional para mejorar la atención de la demencia y llamada QAPI - 15 de septiembre

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Tarifas fijas de laboratorio clínico de Medicare Parte B: orientación a los laboratorios para la recopilación y notificación de datos para el sistema de pago basado en la tarifa de pagador privado, artículo de MLN Matters – nuevo
- Llamada ESRD QIP: grabación de audio y transcripción - nuevo
- Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA), curso de adiestramiento estándar EDI, basado en la web - Revisado

Medicare Learning Network®, MLN Connects® y MLN Matters® son marcas registradas del U.S. Department of Health and Human Services (HHS).

Medicare Learning Network®

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



Asuntos de procesamiento

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 están siendo 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

Cerrado el 28 de julio de 2016.

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.

Facturación

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

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

Este artículo proporciona información para asistir a las clínicas de salud rural (RHC) en el cumplimiento de los requisitos para reportar el código de procedimiento para cada servicio prestado junto con el código de impuestos de las reclamaciones de Medicare, efectivo para las fechas de servicio del 1 de abril de 2016. Este artículo fue revisado el 2 de agosto para mostrar en la Tabla 1 que los códigos G0436 y G0437 son reemplazados por 99406 y 99407, respectivamente, el 1 de octubre de 2016. El resto de información se mantiene igual.



de prevención, utilizando el código de ingresos 052x para los servicios médicos y/o un código de ingreso 0900 para los servicios de salud mental.

A partir del 1 de octubre, los RHC informarán el modificador CG en un código de ingresos 052x y/o 0900 línea de servicio por día, que incluye todos los cargos sujetos a coaseguro y deducible para la visita. Por lo tanto, coaseguro y deducible se basarán en los cargos notificados en el código de ingresos 052x y/o línea de servicio 0900 con modificador de CG. RHC continuará el pago de una tarifa todo incluido (AIR) por visita.

Información adicional

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

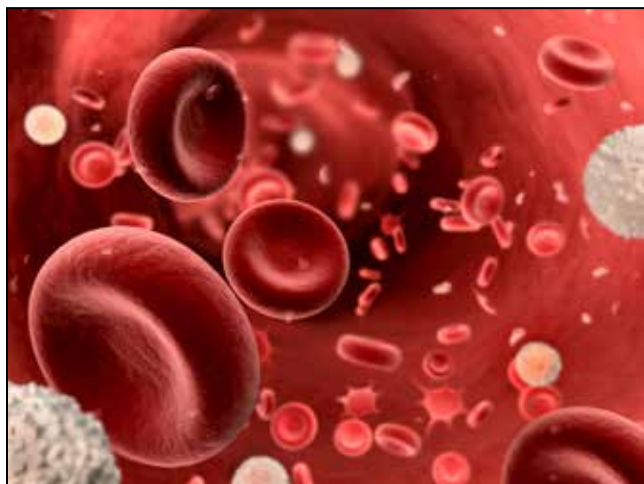
<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1611.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1611

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

Servicios preventivos

Edición de corrección para la detección de infecciones de transmisión sexual



Número de *MLN Matters*®: MM9719
Número de petición de cambio relacionado: 9719
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto 2016
Fecha de efectividad: Para reclamaciones recibidas en o después del 1 de octubre de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R1698OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 7610 proporciona instrucciones de facturación para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el asesoramiento del comportamiento de alta intensidad para prevenir

infecciones de transmisión sexual. Desde la implementación, se ha identificado un problema de procesamiento.

El CR 9719 implementa una corrección al problema de procesamiento, que modifica la redacción para asegurar el pago correcto de las reclamaciones relacionadas con infecciones de transmisión sexual. Las modificaciones deberían haber sido procesadas como las denegaciones de nivel de línea en lugar de las reclamaciones de denegaciones si no se reportaron con el código de diagnóstico apropiado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9719.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9719, 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/R1698OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1698, CR 9719

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

Suscripción a Medicare Parte A

La *Parte A de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2015 hasta la fecha.

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

Sistema de pagos prospectivos

CMS implementa cambios al sistema de pago prospectivo del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*®: MM9669
 Número de petición de cambio relacionado: 9669
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3576CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente una lista de reembolso y cambios en las políticas para el sistema de pago prospectivo del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (inpatient rehabilitation facility, IRF).

CMS implementará estos cambios, que entrarán en vigencia el 1 de octubre 2016 con el lanzamiento de un nuevo paquete de software IRF Pricer antes del 1 de octubre de 2016. El software contendrá las tarifas actualizadas, eficaces para rlas eclamaciones con los descargos del 1 de octubre de 2016, hasta el 30 de septiembre de 2017.

El factor de conversión estándar de pago ajustado del



año fiscal 2017 que se utilizará para calcular las tarifas de pago IRF PPS para cualquier IRF que no cumplieran los requisitos de información de calidad para el período del 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015, será de \$15.399.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MLN9669.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9669, 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/R3576CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3576, CR 9669

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 actualización del 2017 para el sistema de pago prospectivo para instalaciones psiquiátricas de pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*®: MM9732
 Número de petición de cambio relacionado: 9732
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de agosto de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3575CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) dieron a conocer su actualización del año fiscal (FY) 2017 al sistema de pago prospectivo para instalaciones psiquiátricas de pacientes hospitalizados (IPF PPS) la cual anuncia una nueva tarifa base de viáticos de \$761.33 para instalaciones que cumplen con los programas de reporte de calidad.

CMS actualizó la tarifa base IPF PPS del FY 2017 con

la aplicación del ajuste del 2.3 por ciento a la bolsa de mercado (la cual incluye la actualización del 2.8 por ciento a la bolsa de mercado basada en el IPF del 2012, un requisito de reducción del 0.2 por ciento del Affordable Care Act para la actualización de la bolsa de mercado y un requisito de reducción del productividad del 0.3 por ciento del Affordable Care Act) y el factor de neutralidad para el presupuesto del índice salarial de 1.0007 para la tarifa base federal de viáticos del FY 2016 de \$743.7, para producir una tarifa base federal de viáticos del FY 2017 de \$746.48.

Las actualizaciones IPF PPS para el FY 2017 incluyen:

- La tarifa base federal de viáticos es \$761.37 para las IPF que cumplen con el requisito de presentación de datos de calidad

Ver **CMS**, en la próxima página

CMS

De la página anterior

- La tarifa base federal de viáticos es \$746.48 cuando se aplica la reducción de dos puntos porcentuales para los IPF que no cumplieron con los requisitos de presentación de datos de calidad
- La cantidad límite fija de pérdidas en dólares es \$10,120.00
- El índice salarial IPF PPS se basa en el año fiscal 2016 previo al pago básico, reclasificación previa del índice salarial del hospital de cuidados intensivos que incluye las delineaciones actualizadas de la CBSA del Office of Management and Budget (OMB). **Nota:** Consulte la sección "Rural Adjustment" para detalles sobre los cambios que impactan a varias IPF rurales
- La proporción de carácter laboral es 75.1 por ciento
- La proporción de carácter no laboral es 24.9 por ciento
- Ajustes al costo de vida de Alaska y Hawaii

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9732.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9732, 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/R3575CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3575, CR 9732

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

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados octubre de 2016



agencia de salud en el hogar que no están bajo el sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (PPS) o para un paciente de cuidados paliativos para el tratamiento de una enfermedad no terminal.

Las modificaciones de la I/OCE para el lanzamiento en octubre de 2016 (versión 17.3) se resumen en el artículo, que incluye el código de diagnóstico actualizado para la validez, la edad, género, y manifestación de modificaciones retroactivas que se indican en la columna "Fecha efectiva". Un listado completo de los cambios de datos se adjunta a la petición de cambio

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9754.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9754, 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/R3591CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3591, CR 9754

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.

Número de *MLN Matters*[®]: MM9754
Número de petición de cambio relacionado: 9754
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de agosto de 2016
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3591CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) se utiliza para procesar reclamaciones basadas en el sistema ambulatorio de pago prospectivo (OPPS) y no OPPS para consultas externas de hospitales, centros de salud mental comunitarios, todos los proveedores no OPPS y de servicios limitados cuando se proporcionan en una

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**.

Revisiones a las LCD existentes

Pemetrexed – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

Identificador de LCD: L33978 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Teniendo en cuenta la reconsideración de una solicitud, la determinación de cobertura local (LCD) para pemetrexed ha sido revisada para incluir la indicación fuera de la etiqueta de mesotelioma peritoneal maligna. Además, en la sección de la LCD los “códigos ICD-10 “Support Medical Necessity” se han actualizado para incluir el código de diagnóstico C45.1 del ICD-10-CM. Asimismo, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” del LCD se ha actualizado.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios procesados **en o después del 18 de agosto de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) de la Parte A/B revisadas – Artículo corregido

Identificador de LCD: L33693, L33695, L33696, L33667 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Un artículo que revisa múltiples determinaciones locales de cobertura (LCD) relacionadas con el código CPT® 93881 y su código de reemplazo CPT® 93882 se publicó anteriormente en la edición de febrero de 2016 de Medicare A y B al Día en la página 19. A partir de entonces, se determinó que la fecha efectiva incorrecta se publicó por error.

Fecha de vigencia

La fecha efectiva correcta debería ser para reclamaciones procesadas a partir del 12 de enero de 2016 por los servicios prestados **en o después del 1 de octubre del 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los artículos para una LCD (cuando estén presentes) pueden ser encontrados seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Hyperbaric oxygen (HBO) therapy – revisión a la LCD de Partes A y B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia con oxígeno hiperbárico (HBO) (L36504) fue revisada para remover el enlace de códigos de diagnóstico cubiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Debido a que CMS actualiza los enlaces para la determinación de cobertura nacional (NCD) para terapia con oxígeno hiperbárico (20.29), con cada nueva petición de cambio (CR), se hizo una determinación para eliminar el enlace de la LCD y proporcionar una nota de instrucción para que las partes interesadas localizaran códigos de diagnóstico ICD-10 y otras actualizaciones de codificación específicas de las NCD.

Fecha de vigencia

La fecha efectiva de la revisión es para las fechas de servicio **en o a partir del 11 de agosto de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

Intercambio electrónico de datos

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

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios
 904-791-8103

Pagos en exceso

904-791-8723

Asistencia técnica del SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com
 855-416-4199

Sitios Web

medicare.fcso.com
medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

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

Puerto Rico

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

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor (Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

Consultas generales

Formulario en línea (haga clic aquí)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

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

Medicare como pagador secundario (MSP)

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

Auditorías de hospital

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

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

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

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

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

Reportes de balances de crédito

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

Revisión médica postpago

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

Inscripción del proveedor

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

Redeterminaciones

Florida:

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

Islas Vírgenes de EE.UU.:

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

Servicios de correo expreso y correo especial

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

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

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

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

Ferrocarril Medicare

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

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

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

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

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

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.”*

A partir del 1 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 serán devueltas para correcciones. Un nuevo formulario será requerido.

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@fco.com

A partir del 1 de septiembre de 2016, cualquier solicitud de EDI o cualquier otro formulario de EDI presentado en

un formulario obsoleto serán devueltos para correcciones. Un nuevo formulario será requerido. La solicitud vigente de DDE para el formulario de acceso se actualizó el 6 de julio de 2016, y el formulario de inscripción de EDI fue revisado 15 de julio de 2016. Todos los formularios recibidos después de las 2:00 p.m. ET tendrán la fecha de recepción del siguiente día hábil. Por favor, espere 10 días hábiles antes de contactar a EDI de Medicare para un estatus de su solicitud.

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.

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*.

Revisión médica

Revisión de la investigación generalizada de las imágenes de perfusión miocárdica



First Coast Service Options Inc. (First Coast) realizó una revisión de la investigación generalizada postpago, en respuesta a un patrón de facturación aberrante identificado en la Current Procedural Terminology (CPT®) código 78452 Myocardial perfusion imaging, tomographic (SPECT) (incluyendo la corrección de atenuación, movimiento de la pared cualitativa o cuantitativa, la fracción de eyección por primera pasada o la técnica cerrada, la cuantificación adicional, cuando se lleva a cabo); múltiples estudios, en reposo y/o de estrés (ejercicio o farmacológico) y/o redistribución y/o reinyección. Los servicios facturados con las fechas de los servicios de 1 de febrero de 2015, del 31 de julio de 2015, fueron revisados para validar la documentación apoyando la necesidad médica de los estudios de perfusión miocárdica como se identifica en los estudios de imagen nuclear cardiovasculares de la determinación de cobertura local.

Además de CPT® 78452 los siguientes códigos de procedimiento y el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) también se incluyeron en la revisión de la investigación generalizada:

- CPT® 93015 prueba de esfuerzo cardiovascular utilizando cinta rodante o submáxima o ejercicio en bicicleta, monitorización electrocardiográfica continua, y/o el estrés farmacológico; con la supervisión, interpretación y reporte.
- CPT® 93016 prueba de esfuerzo cardiovascular utilizando cinta rodante o submáxima o ejercicio en bicicleta, monitorización electrocardiográfica continua, y/o el estrés farmacológico; sólo la supervisión, sin interpretación e informe.

- CPT® 93017 prueba de esfuerzo cardiovascular utilizando cinta rodante o submáxima o ejercicio en bicicleta, monitorización electrocardiográfica continua, y/o el estrés farmacológico; sólo el rastreo, sin interpretación e informe.
- CPT® 93018 prueba de esfuerzo cardiovascular utilizando cinta rodante o submáxima o ejercicio en bicicleta, monitorización electrocardiográfica continua, y/o el estrés farmacológico; interpretación y reporte solamente.
- HCPCS A9500 Tecnecio-99m sestamibi, diagnóstico, dosis por estudio.
- HCPCS A9502 Technetium tc-99m tetrofosmin, diagnóstico, dosis por estudio.
- HCPCS A9505 Thallium tl-201 thallos chloride, diagnóstico, por milicurie.
- HCPCS J0153 Inyección, adenosine, 1 mg (no deben ser utilizados para informar de cualquier compuesto de fosfato de adenosina).
- HCPCS J7050 Infusión, solución salina normal, 250 cc.
- HCPCS J1245 Inyección, dipiridamol, por cada 10 mg.
- HCPCS J2785 Inyección, regadenosón, 0.1 mg.
- HCPCS J0280 Inyección, aminophyllin, hasta 250 mg.

La tasa de error de la revisión de la investigación generalizada fue del 69,40 por ciento. Los servicios fueron denegados debido a las siguientes conclusiones



- La documentación no apoyó la necesidad médica según los requisitos de la LCD.
- La documentación no apoya la evidencia por la que se

Ver **REVISIÓN**, en la próxima página

REVISIÓN

De la página anterior

ordenaron los servicios y/o prestados por personal calificado.

- La documentación no incluye las imágenes de prueba SPECT.
- La documentación no incluye la historia y notas del progreso físico, etc.
- Algunos servicios fueron denegados a medida que la documentación médica solicitada no se recibió o no se recibió oportunamente.

First Coast recomienda a los proveedores que estén

familiarizados con las indicaciones de necesidad médica y los requisitos de documentación para la prueba externa de cardiología no emergente, como se indica en las pruebas que de cardiología no emergente: prueba de esfuerzo, ecocardiograma de esfuerzo, MPI de SPECT y PET LCD cardiaca. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

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

Tarifas Fijas

Orientación a los laboratorios para la recopilación y notificación de datos para el sistema de pago basado en el tipo de pagador privado

Número de *MLN Matters*®: SE1619

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 está destinado a ayudar a los laboratorios en el cumplimiento de los [nuevos requisitos](#) para el programa de tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS) de la Parte B de Medicare, que incluye aclaraciones para determinar:

- Si un laboratorio cumple con los requisitos para ser un “laboratorio aplicable;”
- Información que se debe recopilar y comunicar;
- La entidad responsable de la presentación de

informes con información pertinente;

- La recolección de datos y los períodos de información; y
- El calendario de aplicación del nuevo CLFS.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1619.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1619

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisones a las LCD existentes

Pemetrexed – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

Identificador de LCD: L33978 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Teniendo en cuenta la reconsideración de una solicitud, la determinación de cobertura local (LCD) para pemetrexed ha sido revisada para incluir la indicación fuera de la etiqueta de mesotelioma peritoneal maligna. Además, en la sección de la LCD los “códigos ICD-10 “Support Medical Necessity” se han actualizado para incluir el código de diagnóstico C45.1 del ICD-10-CM. Asimismo, la sección “Sources of Information and Basis for Decision” del LCD se ha actualizado.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios procesados **en o después del 18 de agosto de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCD) de la Parte A/B revisadas – Artículo corregido

Identificador de LCD: L33693, L33695, L33696, L33667 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Un artículo que revisa múltiples determinaciones locales de cobertura (LCD) relacionadas con el código CPT® 93881 y su código de reemplazo CPT® 93882 se publicó anteriormente en la edición de febrero de 2016 de Medicare A y B al Día en la página 19. A partir de entonces, se determinó que la fecha efectiva incorrecta se publicó por error.

Fecha de vigencia

La fecha efectiva correcta debería ser para reclamaciones procesadas a partir del 12 de enero de 2016 por los servicios prestados **en o después del 1 de octubre del 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los artículos para una LCD (cuando están presentes) pueden ser encontrados seleccionando “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Hyperbaric oxygen (HBO) therapy – revisión a la LCD de Partes A y B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia con oxígeno hiperbárico (HBO) (L36504) fue revisada para remover el enlace de códigos de diagnóstico cubiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Debido a que CMS actualiza los enlaces para la determinación de cobertura nacional (NCD) para terapia con oxígeno hiperbárico (20.29), con cada nueva petición de cambio (CR), se hizo una determinación para eliminar el enlace de la LCD y proporcionar una nota de instrucción para que las partes interesadas localizaran códigos de diagnóstico ICD-10 y otras actualizaciones de codificación específicas de las NCD.

Fecha de vigencia

La fecha efectiva de la revisión es para las fechas de servicio **en o a partir del 11 de agosto de 2016**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Mastoidectomy cavity debridement – revisión de la Parte B de la LCD

Identificador de LCD: L29355 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el desbridamiento de la cavidad de mastoidectomía se revisó para agregar el código de diagnóstico (Recurrent cholesteatoma of postmastoidectomy cavity, left ear) del ICD-10-CM H95.02 en la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 22 de julio de 2016**,

para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Los artículos para una LCD (cuando están presentes) pueden ser encontrados “Attachments” en el menú desplegable “Section Navigation” en la parte superior de la página de la LCD.

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

Computerized corneal topography – revisión a la LCD de Parte B

Identificador de LCD: L29203 (Florida)

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

La determinación de cobertura local (LCD) para la topografía corneal computarizada fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM H18.51, H18.52, H18.53, H18.54 y H18.55 y el rango de diagnóstico H11.811-H11.819 a la sección de la LCD “ICD-10 Codes that Support Medical Necessity”.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 8 de agosto de 2016**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**.

Las reclamaciones presentadas para la topografía corneal computarizada (código de procedimiento 92025) entre el 1 de octubre de 2015 y el 8 de agosto de 2016, pueden haber sido denegadas por error cuando se facturaron con los códigos de diagnóstico ICD-10 H11.811-H11.819, H18.51, H18.52, H18.53, H18.54 o H18.55.

Las reclamaciones procesadas **en o a partir del 9 de agosto de 2016** fueron adjudicadas de forma correcta.

No se requiere acción por parte de los proveedores.

Los proveedores cuyas solicitudes fueron denegadas de forma incorrecta no necesitan tomar ninguna acción. First Coast Service Options Inc. llevará a cabo ajustes para corregir el error en todas las reclamaciones afectadas. Nos disculpamos por cualquier inconveniente que esto pueda haber causado.

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

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

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

First Coast Service Options Inc. proporciona las determinaciones locales de cobertura (LCD), cuando estas existen, para los códigos de procedimientos cubiertos por Medicare.

No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. [Haga clic aquí](#) para buscar las LCD actuales.



Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

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

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

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

Asistencia técnica del SPOT

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

Direcciones

Reclamaciones

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

Redeterminaciones

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

Redeterminación de sobrepagos

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

Reconsideraciones

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

Preguntas generales

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

Inscripción del proveedor

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

Política médica

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

MSP

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

Intercambio electrónico de datos (EDI)

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

Sobrepagos

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

Educación y alcance de Medicare

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

Fraude y abuso

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

Solicitudes Freedom of Information Act

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

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

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

Sitios Web

Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@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

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

**First Coast Service Options, Inc
P.O. Box 2078
Jacksonville, FL 32231-0048**

Attention Billing Manager