

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Diciembre 2016



En esta edición

Límite de tiempo de procesamiento para las solicitudes de inscripción	5
Firma de la certificación y requisitos de la persona de contacto	6
Requisitos de certificación del médico de hospicio ...	9
Responsables de la org. de estancia calificada.....	23

Novena actualización de la codificación de las revisiones de determinaciones de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*®: MM9751 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: CR 9751
Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de noviembre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017 - a menos que se indique lo contrario
Número de transmisión de CR relacionado: R1753OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Este artículo fue revisado el 17 de noviembre para reflejar la petición de cambio (CR) revisada, emitida el mismo día. Esta revisión actualiza la información de la hoja de cálculo para NCD180.1, NCD160.18 y NCD220.6.20. En el artículo se revisan la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web del CR 9571. Toda la información restante sigue siendo la misma.

Resumen

La mayoría de las determinaciones de cobertura nacional (NCD) incluidas en esta actualización son el resultado de la información recibida de las anteriores peticiones de cambio (CR) de ICD-10 NCD; otras son el resultado de las revisiones que se requieren para otras CR relacionadas con las NCD publicadas por separado.

Nota: No se realizaron cambios relacionados a las políticas que se incluyen con estas actualizaciones. Todos los cambios relacionados con las políticas a las NCD continúan siendo implementados a través del proceso tradicional actual de la LCD.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM9751.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9751, 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/R1753OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1753, CR 9751

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar 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

Cobertura

Última lista actualizada de códigos para
CARC, RARC y CAGC.....3

Actualización de categoría del estado de la
reclamación y su estado.....3

CMS lanza códigos de remesas de pago,
denegación MREP y PC Print4

Especialidad médica

Nuevo código de especialidad4

Límite de tiempo de procesamiento para las
solicitudes de inscripción5

Firma de la certificación y requisitos de la
persona de contacto.....6

Requisitos de inscripción para escribir rece-
tas de Medicare Parte D.....6

Facturación

Actualización de HCPCS para la aplicación
de facturación consolidada para servi-
cios de salud en el hogar7

Facturación de los beneficiarios de QMB
para el costo compartido de Medicare ..8

Actualización al deducible y las tarifas de
primas de Medicare para el 2017.....8

Hospicio

Requisitos del médico de hospicio9

Excepción para avisos retrasados de hospicio
por los sistemas de Medicare10

Laboratorio clínico

Cambios al software de edición de laborato-
rios para NCD.....10

Informe de la Oficina del Inspector General:
trasplante de células madre10

Lugar de servicio (POS)

Nuevo código POS para la política de pago
de tele salud y lugares remotos11

Servicios de rehabilitación

Actualización a la edición de servicios para
reflejar los cambios de codificación.....12

Servicios preventivos

Actualización del código de procedimiento
para servicios preventivos.....12

Verificación de los servicios preventivos13

SNF

Políticas del Centro de Enfermería Especial-
izada según el modelo CJR13

Tarifas médicas

Precio de venta para los médicos de la Parte
B de Medicare de julio de 2016.....14

CMS publica los archivos de precios de octu-
bre de 2016 Parte B de Medicare14

Recursos educativos

Calendario de eventos.....15

MLN Connects® eNews 11/23/201616

MLN Connects® eNews 12/1/201617

MLN Connects® eNews 12/8/201617

MLN Connects® eNews 12/15/201618

Parte A

Asuntos de procesamiento

Servicios rechazados debido a cambios
de edición del NCD de la Parte A.....19

Ensayos clínicos

Nuevo código de ingresos para los servicios
de células madre alogénicas.....19

Especialidad médica

Implementación de archivos de proveedores
y PECOS a la interfaz FISS20

ESRD

Cambios en centros ESRD reclaman diálisis
para beneficiarios con LRA20

CMS implementa cambios en el sistema de
pago prospectivo para ESRD.....21

Cómo los centros hospitalarios de ESRD
facturan LRA a los beneficiarios.....21

Facturación

Clínica de salud rural y centro de salud cali-
ficado federalmente - manual.....22

Sistema de pago prospectivo

Especificaciones de códigos ambulatorios
integrados de enero de 201722

SNF

Responsables de la organización en la aten-
ción ediciones de estancia calificada ..23

Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....24

LCD nuevas

Notificación anticipada al beneficiario24

Reemplazo importante (cadera y rodilla) -
devueltas a (RTP) por error.....25

Artículo para exploración de PET para l
as indicaciones oncológicas.....25

HCPCS cambios de LCD de la Parte A y la
Parte B del 2017.....27

Revisiones a las LCD existentes

Estudios arteriales extracraneales no invasi-
vos – Parte A y B de la LCD28

Terapia de viscosuplementación de la rodilla
– LCD de la Parte A y B.....28

Contactos de Parte A29

Parte B

Asuntos de procesamiento

Servicios rechazados debido a cambios
de edición del NCD de la Parte B.....30

Facturación

Prescriptores de la Parte D: Cambio de
fecha y aplicación gradual.....30

Laboratorio clínico

CMS agrega nuevos códigos CPT a la lista de
pruebas de laboratorio clínico31

Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....32

LCD nuevas

Notificación anticipada al beneficiario32

Artículo para explorar PET para las indicacio-
nes oncológicas.....33

HCPCS cambios de LCD de la Parte A y la
Parte B del 2017.....34

Revisiones a las LCD existentes

Estudios arteriales extracraneales no inva-
sivos – Parte A y B de la LCD35

Terapia de viscosuplementación de la rodilla
– LCD de la Parte A y B.....36

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....37

Contactos de Parte B de Florida38

Contactos de Parte B de las Islas Vírgenes de Estados Unidos39

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Liliana Chaves
Maria Murdoch
Terri Drury
Martin Smith
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©
2013 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-9 codes and their
descriptions used in this
publication are copyright© 2015
under the Uniform Copyright
Convention. 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

Última lista actualizada de códigos para las combinaciones CARC, RARC y CAGC

Número de *MLN Matters*®: MM9767
Número de petición de cambio relacionado: CR 9767
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3665CP
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

La petición de cambio 9767 ordena a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) y a los administradores del sistema compartido de Medicare, que actualicen los sistemas basados en la lista de combinaciones de códigos del Comité de Reglamento Operativo para el Intercambio de Información (CORE) que se publicará aproximadamente el 1 de febrero de 2017.

Además, si utiliza el software PC Print o Medicare Remit Easy Print (MREP) suministrado por su MAC, asegúrese de obtener la versión actualizada de ese software cuando esté disponible.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9767.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9767, 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/R3665CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3665, CR 9767

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 categoría del estado de la reclamación y códigos de estado de las reclamaciones

Número de *MLN Matters*®: MM9769
Número de petición de cambio relacionado: CR 9769
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3661CP
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Después de la reunión de enero del Comité de Mantenimiento del Código Nacional, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de categoría del estado de la reclamación de Medicare y los códigos del estado de las reclamaciones.

Los conjuntos de códigos estarán disponibles en:

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

Los cambios de código aprobados en la reunión de enero de 2017 se publicarán en los sitios de internet mencionados anteriormente, en o alrededor del 1 de febrero y se utilizarán en la edición de todas las transacciones de las reclamaciones electrónicas mediante la implementación de la petición de cambio 9769, que está programada para el 1 de abril de 2017.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9769.pdf>



El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9769.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9769, 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/R3661CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3661, CR 9769

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 lanza códigos de observación de remesas de pago, códigos de denegación de ajuste de reclamación, MREP y actualización de PC Print

Número de *MLN Matters*®: MM9774
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9774
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3660CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Recientemente, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid informaron a los contratistas administrativos de Medicare acerca de las actualizaciones de los códigos de observación de remesas de pago (RARC) y de los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC), así como una actualización del MREP y PC Print.

CR 9774 es una notificación de actualización de código que indica que las actualizaciones de las listas de CARC y RARC están disponibles (en inglés) en el [sitio web de 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/MM9774.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9774, 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/R9774.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 000, CR 9774

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.

Especialidad médica

Nuevo código de especialidad médica para hospitalista

Número de *MLN Matters*®: MM9716 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9716
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3637CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

La petición de cambio 9716 anuncia un nuevo código de especialidad de médico C6 para hospitalista. Este artículo fue actualizado el 28 de noviembre para reflejar la petición de cambio (CR) 9716 revisada, emitida el 25 de noviembre. En el artículo fueron revisados, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR. Toda la información restante permanece igual.

Resumen

Al inscribirse en Medicare, los médicos se designan a sí mismos su especialidad de médico de Medicare en la solicitud de inscripción de Medicare o en el sistema de inscripción del proveedor en línea basado en internet (PECOS).

La petición de cambio 9716 anuncia un nuevo código de especialidad de médico C6 para hospitalista. El nuevo código se adicionará como una especialidad válida para tres ediciones, que se detallan en el artículo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9716.pdf>



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9716, 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/R3637CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3637, CR 9716

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.

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) -- 80% 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 31 de Diciembre)		
	Parte A	Parte B
Solicitudes web de PECOS		
Sin desarrollo	14 días	38 días
Con desarrollo	32 días	57 días
Solicitudes impresas		
Sin desarrollo	16 días	48 días
Con desarrollo	37 días	72 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](#) (en inglés)
 - **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*

Firma de la certificación y requisitos de la persona de contacto

Número de *MLN Matters*®: MM9776 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9776
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de diciembre de 2016
 Fecha de efectividad: 9 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R689PI
 Fecha de implementación: 9 de enero de 2017

La petición de cambio 9776 aclara los requisitos de firma de declaración de certificación para las solicitudes de inscripción en línea y en papel de Medicare y para atender los requisitos de las personas de contacto. Este artículo fue revisado el 22 de diciembre para aclarar cierta información en los puntos de discusión de las páginas 3 y 4. La demás información sigue siendo la misma.

Resumen

La petición de cambio 9776 aclara los requisitos de firma de declaración de certificación para las solicitudes de inscripción de Medicare y los requisitos de la persona de contacto.

- La declaración de certificación para las solicitudes de inscripción de Medicare debe ser firmada por una persona que tiene la autoridad para obligar al proveedor a cumplir con los requisitos legal y financieramente.

- Las fechas de finalización de las personas de contacto se aceptarán por teléfono, correo electrónico escaneado, fax o correo de una persona cualificada, en espera de la actualización del CMD-855S para eliminar la persona de contacto.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9776.pdf>



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9776, 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/R689PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 689, CR 9776

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 inscripción del proveedor para escribir recetas de Medicare Parte D

Número de *MLN Matters*®: SE1434 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) revisaron este artículo el 16 de noviembre de 2016 para mostrar un enfoque gradual para la aplicación de nuevas reglamentaciones que requieren que los médicos, cuando sea necesario y otros profesionales elegibles que escriban recetas para los medicamentos de la Parte D, se encuentren inscritos en un estatus aprobado de Medicare. La aplicación gradual comenzará en el segundo trimestre calendario de 2017 y finalizará con la implementación y cumplimiento completo del requisito de cumplimiento de la prescripción de la Parte D, el 1 de enero de 2019. Toda la información restante será la misma.

Resumen

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

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

Las reclamaciones de medicamentos recetados de los pacientes de Medicare serán denegadas por sus planes de la Parte D, a partir del 1 de febrero de 2017, si el

Ver **REQUERIMIENTOS** en la próxima página

Facturación

Actualización anual de los códigos HCPCS utilizados para la aplicación de facturación consolidada para servicios de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*®: MM9771
Número de petición de cambio relacionado: CR 9771
Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de octubre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3618CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente las actualizaciones anuales de la facturación consolidada para servicios de salud en el hogar (HH). Los nuevos códigos de facturación consolidados, que entran en vigencia el 1 de enero de 2017, se utilizan para hacer cumplir la facturación consolidada de los servicios de salud en el hogar.

La actualización de enero de 2017 agrega los códigos 97161-97168 del Sistema de Codificación de Procedimientos de Salud (Healthcare Common Procedure Coding System - HCPCS) a la lista de códigos de terapia de facturación consolidada de la HH y elimina

G0279-G0280 de la misma lista.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9771.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9771, 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 <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3618CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 3618, CR 9771

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 la página anterior

prescriptor no tiene una inscripción válida o un estatus de exclusión voluntaria con Medicare.

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1434

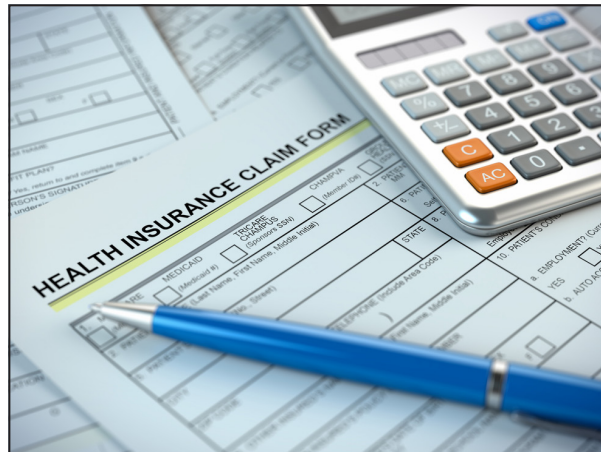
Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la 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 inadecuada de los beneficiarios de QMB para el costo compartido de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9817 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9817
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: 16 de diciembre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R1757OTN
 Fecha de implementación: 8 de marzo de 2017

La petición de cambio (CR) 9817 provee a los contratistas administrativos de Medicare, los pasos necesarios cuando los proveedores facturan erróneamente a los beneficiarios inscritos en el programa de beneficiarios de Medicare calificado (QMB). Este artículo fue revisado el 18 de noviembre para reflejar la CR 9817 revisada, publicada ese mismo día. Además de los detalles de la CR, las cartas de muestra tienen ligeros cambios de redacción para mostrar que el programa de Medicaid también ayuda a los beneficiarios de bajos ingresos a pagar sus primas de Medicare.



Resumen

El programa calificado de beneficiario de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) es un programa de Medicaid que ayuda a los beneficiarios de bajos ingresos con las primas de Medicare y el costo compartido. Los proveedores de Medicare cobran a las personas inscritas en el QMB para los deducibles, coaseguros o copagos de la Parte A y B de Medicare.

La petición de cambio (CR) 9817 ordena a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) que emitan una carta de cumplimiento que enseñe a los proveedores

y proveedores nombrados como reembolsar cualquier cargo erróneo y recordar cualquier facturación pasada o existente con respecto a la facturación incorrecta de QMB.

Los MAC también enviarán una copia de la carta de cumplimiento al beneficiario designado, con una carta de presentación aconsejando al beneficiario que muestre el envío al proveedor nombrado y que verifique que el proveedor corrigió el problema de facturación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9817.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9717, 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 <http://www.cms.hhs.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1757OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1757, CR 9817

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 al deducible, coaseguro y las tarifas de primas de Medicare para el 2017

Número de *MLN Matters*®: MM9902
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9902
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de diciembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R103GI
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron los deducibles, coaseguro y tarifas de primas de 2017 para los beneficiarios cubiertos a través del programa de servicios por tarifa fija de Medicare. El deducible, coaseguro y las tarifas de primas básicas de 2017 son:

Seguro de hospital - Parte A 2017

Deducible: \$1,316.00

Coaseguro

- \$329.00 al día para los días 61-90
- \$658.00 al día para los días 91-150 (días de reserva de por vida)
- \$164.50 al día para los días 21-100 (coaseguro del centro de enfermería especializada)

Seguro médico complementario (SMI) - Parte B 2017

Bajo el programa de seguro médico complementario de Medicare Parte B, los afiliados están sujetos a una prima mensual. La mayoría de los servicios de SMI están sujetos a un deducible anual y coaseguro (por ciento de los costos que el afiliado debe pagar), los cuales son establecidos por ley.

Ver **ACTUALIZACIÓN** en la próxima página

Hospicio

Requisitos de certificación del médico de hospicio

Número de *MLN Matters*®: SE1628
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2016
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Para calificar para el cuidado de salud en hospicio, una persona debe ser certificada como enfermo terminal.

Este artículo tiene como objetivo proporcionar una guía acerca de los requisitos para una certificación médica válida y recertificación.

Una certificación por escrito debe estar archivada en el registro del beneficiario de hospicio antes de presentar

ACTUALIZACIÓN

De la página anterior

Deducible: \$183.00 al año

Coaseguro: 20 por ciento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM9902.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9902, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios

una reclamación a su contratista administrativo de Medicare (MAC). Además, la documentación debe apoyar el pronóstico y ser archivada en el expediente médico.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/se1628.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1628

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.

de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/downloads/R103GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 103, CR 9902

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Excepciones para avisos retrasados de elección tardía de hospicio por los sistemas de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1633
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Los hospicios deben presentar un aviso de elección (NOE) para cada paciente dentro de los primeros cinco días calendario posterior a la fecha efectiva. Medicare no cubrirá ni pagará cuidado de hospicio hasta la fecha en que la NOE sea presentada y aceptada.

Los contratistas administrativos de Medicare otorgarán

una excepción si el hospicio cumple con todos los requisitos de documentación.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/se1628.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1633

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.

Laboratorio clínico

Cambios al software de edición de laboratorios para NCD

Número de *MLN Matters*®: MM9806 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9806
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de noviembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3656CP
 Fecha de implementación: 5 de diciembre de 2016

La petición de cambio 9806 anuncia la actualización trimestral de enero de 2017 del módulo de edición de determinación de cobertura nacional (NCD) para los servicios de laboratorio de diagnóstico clínico.

CMS revisó este artículo el 17 de noviembre de 2016, para reflejar una nueva fecha de implementación el 5 de diciembre de 2016.

Resumen

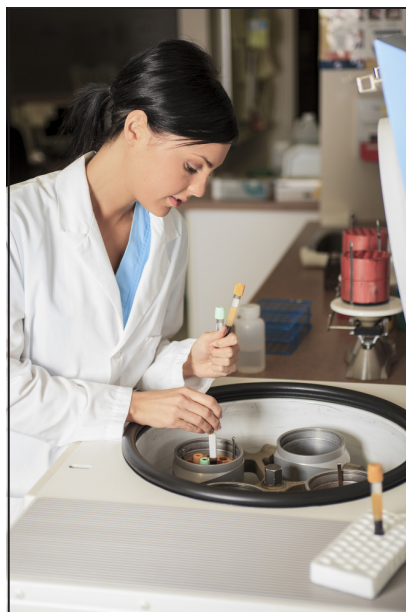
La petición de cambio 9806 comunica los cambios a la lista de códigos de la determinación de cobertura nacional (NCD), lo cual es el resultado de:

- Decisiones del análisis de codificación

- Actualizaciones semestrales de ICD-10-CM.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9806.pdf>



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9806, 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/R3656CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3656, CR 9806

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.

Informe de la Oficina del Inspector General: trasplante de células madre

Número de *MLN Matters*[®]: SE1624
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2016
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Resumen

Este artículo tiene como objetivo tratar los problemas de facturación incorrecta como resultado del informe de febrero de 2016 de la Oficina del Inspector General (OIG) y clarifica la cobertura del trasplante de células madre. El principal hallazgo es que los proveedores facturaron estos procedimientos como pacientes hospitalizados cuando debían haberlos presentado como pacientes ambulatorios.

Este artículo proporciona la aclaración necesaria para que se realice la facturación de estos servicios correctamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/se1624.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE1624

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.

Lugar de servicio (POS)

Nuevo código POS para la política de pago de telesalud y lugares remotos

Número de *MLN Matters*[®]: MM9726
Número de petición de cambio relacionado: CR 9726
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de agosto de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017 - *En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), la fecha efectiva para los conjuntos de códigos de datos no médicos, de los cuales el conjunto de códigos POS es uno, es el código establecido efectivo la fecha en que se inicia la transacción. No es la fecha en la cual se presta el servicio.*
Número de transmisión de CR relacionado: R3586CP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

La petición de cambio 9726 actualiza el código establecido del lugar de servicio (POS) mediante la adición de POS 02 para su uso por el médico o el profesional que proporciona servicios de telesalud desde un lugar remoto.

Este código POS de telesalud no se aplicaría a las instalaciones del lugar de origen que facturaban una tarifa de instalación.

Los modificadores GT y GQ siguen siendo necesarios cuando se factura servicios de telesalud. Si el código POS 02 se presenta sin el modificador GT o GQ, se denegará el servicio.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9726.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9726, 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/R3586CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3586, CR 9726

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

Servicios de rehabilitación

Actualización a la edición de servicios de terapia para reflejar los cambios de codificación

Número de *MLN Matters*®: MM9698
 Número de petición de cambio relacionado: 9698
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de diciembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3670CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Medicare edita servicios de terapia para asegurar que los servicios de terapia cumplan con los requisitos de necesidad médica y codificación. La petición de cambio 9698 actualiza estas modificaciones para incluir nuevos códigos de procedimiento 2017 (97161-97168), que reemplazan los códigos existentes (97001-97004).

Además, las siguientes políticas de pago relacionadas con los servicios de terapia también se actualizarán para incluir los nuevos códigos:

Modificadores de terapia: Los modificadores de terapia GP, GO o GN son requeridos para reportar el tipo de plan de terapia de cuidado.

Reporte funcional: Utilizando códigos G-y modificadores de gravedad, cuando se proporciona y se facture un procedimiento evaluativo.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9698.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9698, 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/R3670CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3670, CR 9698

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.

Servicios preventivos

Actualización del código de procedimiento para servicios preventivos

Número de *MLN Matters*®: MM9888
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9888
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de diciembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3669CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Medicare permite una ecografía para detectar aneurismas de aorta abdominal (AAA), sujeto a ciertos requisitos y otras limitaciones.

Al igual que con otros servicios preventivos, el deducible y el coaseguro son eximidos de la prueba de detección de AAA.

A partir del 1 de enero de 2017, el código de procedimiento para la prueba de detección AAA está siendo reemplazado por el código 76706. Además de este cambio, el Capítulo 9 del *Manual de Procesamiento de Reclamos de Medicare* es actualizado para incluir los códigos de procedimiento para dejar de fumar en la *Tabla*

de Servicios de Prevención y Detección.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9888.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9888, 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/R3669CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3669, CR 9888

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.

Verificación de los servicios preventivo

¿Sabía que puede verificar los beneficios de servicios preventivos de un paciente a través del portal en línea de First Coast (SPOT)? Estas [preguntas frecuentes acerca de SPOT](#) le mostrarán parte de la información disponible acerca de los servicios preventivos, incluyendo servicios profesionales y técnicos, las próximas fechas elegibles, fechas profesionales o técnicas faltantes, visitas anuales de bienestar y categorías devueltas a SPOT por HETS (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid – CMS y el Sistema de transacción de elegibilidad de HIPAA).

Si no está registrado en SPOT, [estas preguntas frecuentes](#) le mostrarán como hacerlo.

Como recordatorio, los proveedores de mandatos de CMS utilizan herramientas de autoservicio en lugar de llamar al centro de contacto del proveedor para obtener este tipo de información.

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

SNF

Políticas del Centro de Enfermería Especializada según el modelo CJR

Número de *MLN Matters*®: SE1626

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de diciembre de 2016

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

Resumen

El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid publicó un reglamento final para la creación y prueba de un nuevo modelo de pago agrupado llamado modelo de atención médica completa para reemplazo articular (CJR).

El modelo de CJR prueba los paquetes de pagos para los episodios de reemplazo articular de extremidades inferiores en los hospitales de cuidados intensivos localizados en múltiples áreas geográficas.

Este artículo de edición especial proporciona información a los Centros de Enfermería Especializada (SNF) acerca del uso de la exención de tres estadías para su uso bajo el modelo CJR e instrucciones acerca del uso del código de demostración 75.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se1626.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1626

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirijan a otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene

la intención de brindar un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Tarifas médicas

Precio de venta promedio para los medicamentos de la Parte B de Medicare de julio de 2016

Número de *MLN Matters*®: MM9612
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9612
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de abril de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3494CP
 Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) publicaron recientemente información acerca del precio promedio trimestral de ventas de julio de 2016 de los archivos y revisiones de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Medicare utilizará los archivos de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare del precio promedio trimestral de ventas (ASP) de julio de 2016 para determinar el límite de pago de reclamos por medicamentos por separado, pagaderos a Medicare Parte B procesados o reprocesados a partir del 5 de julio de 2016 con fechas de servicio desde julio 1 2016, hasta el 30 de septiembre de 2016. CMS suministra a los contratistas administrativos de Medicare con la ASP y los archivos de fijación de precios

para los medicamentos de la Parte B de Medicare trimestralmente que no están clasificados (NOC).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9612.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9612, 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/R3494CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 3494, CR 9612

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 publica los archivos de precios de medicamentos de octubre de 2016 para la Parte B de Medicare de los precios

Número de *MLN Matters*®: MM9724
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9724
 Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de julio de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3573CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicaron recientemente los archivos de fijación de precios de medicamentos para la Parte B de Medicare de los precios promedio de venta trimestrales (ASP) junto con las revisiones de los archivos de precios trimestrales previamente publicados. Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago de reclamos por medicamentos pagados por separado de Medicare Parte B procesados o reprocesados a partir del 3 de octubre de 2016 con fechas de servicio del 1 de octubre de 2016 al 31 de diciembre de 2016.



de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3573CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3573, CR 9724

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

Enero de 2017

Servicios de psicoterapia (B)

Cuando: 18 de Enero de 2017
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

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0363292.asp>

Webcast acerca de servicios quiroprácticos

Cuando: 27 de Enero de 2017
Hora: 12:30 AM - 2:00 PM ET
Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés
Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0363264.asp>

Nota: A menos que se indique lo contrario, los tiempos designados para eventos educativos están indicados como tiempo del este (ET) y la prioridad de estos eventos se encuentra en la Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU.

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® eNews del proveedor para el 23 de noviembre de 2016

MLN Connects® Provider eNews del proveedor para el 23 de noviembre de 2016

Veá esta edición como PDF 

Noticias y anuncios

- CMS lanza una nueva herramienta en línea para hacer más fácil el programa de pago de calidad para los médicos
- Resultados del PQRS 2017: Presentar una revisión informal antes del 30 de noviembre
- Modificador de valor: Período de solicitud de revisión informal abierto hasta el 30 de noviembre
- Ley de IMPACT medidas de calidad para el establecimiento transversal: Comentarios esperados
- Excepciones de la presentación de datos QRP de atención post-aguda por el Huracán Mathew
- Nuevos recursos del programa de pago de calidad disponibles
- Cada visita a la oficina es una oportunidad para recomendar la vacuna contra la influenza

Cumplimiento del proveedor

- Bombas de infusión enteral

Reclamaciones, precios y códigos

- Reprocesamiento de algunas reclamaciones del IPPS

Próximos eventos

- Medicare Programa de Prevención de la Diabetes Modelo Expansión Llamada — 30 de noviembre
- IRF and LTCH Informe de medidas de calidad de llamadas — 1 de diciembre
- Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y la Llamadas de QAPI — 6 de diciembre

- Llamada de Actualización de Liquidación de Apelaciones Hospitalarias 2016 — 12 de diciembre
- Llamada de Recolección de Datos de Terapia IRF-PAI — 12 de enero

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Presentación de Video de Preparación de Emergencia — Nuevo
- Facturación inapropiada de beneficiarios calificados de Medicare para Costos Compartidos de Medicare Artículo de MLN — Revisado
- Requisitos de inscripción de proveedores para escribir recetas para medicamentos de la Parte D de Medicare Artículo de MLN — Revisado
- Condiciones para la adquisición de hospital y prestación de informes del indicador POA Hoja Informativa— Recordatorio
- Dispositivos PAP: Cumplimiento de los requisitos de documentación y de cobertura Hoja Informativa — Revisado
- Guía de servicios de evaluación y gestión — Recordatorio
- Folleto de estándares de calidad DMEPOS — Revisado
- Folleto de programas de revisión de reclamaciones de Medicare — Revisado
- Desviación de drogas: ¿Sabe a dónde van las drogas? Curso de formación basado en la web — Revisado
- Folleto del sistema de pago de cuidados paliativos — 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 1 de diciembre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 1 de diciembre de 2016

[Vea esta edición como PDF !\[\]\(cbe80b694ebd74fcfe136a095b608235_img.jpg\)](#)

Noticias y anuncios

- CMS Finaliza Medidas bajo Lista de Consideraciones para la Pre-Reglamentación
- Trabajando para lograr la equidad en la salud: El Plan de Equidad de CMS para Medicare un año después
- Laboratorios clínicos: Prepararse ahora para reportar los datos del laboratorio del 1 de enero - 31 de marzo de 2017
- Modificador de Valor: Período de Solicitud de Revisión Informal Ampliado hasta el 7 de diciembre
- El Día Mundial del SIDA es el 1 de diciembre
- Semana Nacional de Concientización del Lavado de Manos: del 4 al 10 de diciembre

Cumplimiento del proveedor

- Facturación para trasplantes de células madre

MLN Connects® eNews del proveedor para el 8 de diciembre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 8 de diciembre de 2016

[Vea esta edición como PDF !\[\]\(4fe57c3593bf1b21d272ae7ac8dfaf77_img.jpg\)](#)

Noticias y anuncios

- Mantener la promesa de Medicare con MACRA
- Enviar comentarios sobre el programa de pago de calidad antes del 19 de diciembre
- Programas de Incentivos de la HCE: información sobre los requisitos del programa CY 2017 y la etapa 3
- Semana Nacional de Vacunación contra la Influenza: ¿Cuál es la cobertura de Medicare?

Cumplimiento del proveedor

- Facturación para los transportes de ambulancia

Próximos eventos

- Llamada de Actualización de Liquidación de Apelaciones Hospitalarias 2016 — 12 de diciembre

Próximos eventos

- Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y Llamada de QAPI — 6 de diciembre
- Llamada de Actualización de Liquidación de Apelaciones Hospitalarias 2016 — 12 de diciembre
- Llamada de Recolección de Datos de Terapia IRF-PAI — 12 de enero

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Requisitos de documentación para la certificación/recertificación del médico de hospicio — nuevo
- Ejemplo de Aviso de la Declaración Electoral para Hospicios — nuevo
- Llamada al Programa de Pago de Calidad: Grabación de audio y transcripción — nuevo
- Llamada de Liquidación de Apelaciones Hospitalarias: Grabación de Audio y Transcripción — nuevo

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

- Webinar MIPS — 13 de diciembre
- Llamada de recolección de datos de información de terapia de IRF-PAI — 12 de enero

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Excepciones para los últimos avisos de hospicio de la elección retrasada por los sistemas de Medicare Artículo de MLN — nuevo
- Presentación de video del Programa de Informes de Calidad SNF — nuevo
- Folleto de la Práctica Avanzada de Enfermeras Registradas, Asistentes de Anestesiólogos y Asistentes de Médicos — nuevo
- Pagos de administración de vacunas y vacunas según la Parte D de Medicare — 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 15 de diciembre de 2016

MLN Connects® eNews del proveedor para el 15 de diciembre de 2016

Vea esta edición como PDF 

Noticias y anuncios

- CMS publica Estrategia de Participación de Personas y Familias
- Notificación de observación para pacientes ambulatorios de Medicare CMS-10611 disponible
- Programa de pago de calidad lista de categorías de relación de pacientes: comentario antes del 6 de enero
- Previsualización de los reportes de IRF y LTCH QRP disponibles : revisión antes del 10 de enero
- Actualizaciones del código ICD-10: Impacto en los Programas de Calidad de Medicare

Cumplimiento del proveedor

- Programas de Cumplimiento y Leyes de Fraude y Abuso

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de promedio de ventas de enero 2017 disponibles

Próximos eventos

- Serie de webinars MACRA 101 — 16, 20 y 21 de

diciembre

- Programa de calidad de pago: Webinar acerca de elegir MIPS versus APM — 19 de diciembre
- Llamada de Recolección de Datos de Información de Terapia IRF-PAI — 12 de enero
- ESRD QIP: Llamada de Reglamento Final del Año de Pago 2020 — 17 de enero
- Capacitación para Proveedores de Programas de Informes de Calidad de Hospicios — 18 de enero

Publicaciones y multimedia de Medicare Learning Network®

- Modelo CJR integral: Extensión de Reglamento de 3 días en SNF artículo de MLN Matters® — nuevo
- Llamada del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare : Registro de audio y transcripción — nuevo
- Llamada al Programa de Informes de Calidad IRF y LTCH: Registro de audio y transcripción — nuevo
- Folleto del Sistema de Pago Prospectivo de LTCH — revisado
- Hoja informativa acerca de los inmunizadores masivos y roster billing — recordatorio

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

Servicios de laboratorio rechazados debido a cambios de edición del NCD de la Parte A

Problema

La [petición de cambio \(CR\) 9806](#) (en inglés) anuncia cambios significativos en 23 determinaciones de cobertura nacional en la [publicación 100-03, secciones 190.12 – 190.34 para servicios de laboratorio clínico](#) (en inglés) que incluye la edición de diagnósticos de la ICD-10. Estos cambios se aplicarán el 5 de diciembre de 2016, para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2016. Por lo tanto, las reclamaciones presentadas antes de la fecha de implementación del 5 de diciembre serán denegadas.

Solución

Las reclamaciones de la Parte A que se rechacen con los códigos de razón en la serie 5xNCD con códigos de diagnóstico actualizados con CR 9806, se ajustarán

cuando sean traídas a nuestra atención después del 5 de diciembre de 2016.

Estado/fecha de resolución

Abierto

Acción del proveedor

Las reclamaciones de la Parte A denegadas serán ajustadas **cuando sean traídas a nuestra atención después del 5 de diciembre de 2016.**

Problemas de procesamiento actuales

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

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

Ensayos clínicos

Nuevo código de ingresos para los servicios de adquisición de células madre alogénicas

Número de *MLN Matters*®: MM9674

Número de petición de cambio relacionado: CR 9674

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: R3571CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Durante el proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT), las células madre se recogen del paciente (autólogo) o un donante (alogénico) y posteriormente se administran por infusión intravenosa al paciente.

Actualmente, cuando se produce el trasplante alogénico de células madre en el ámbito ambulatorio, el hospital identifica los costos de adquisición de células madre para trasplantes alogénicos de médula ósea / células madre por separado usando el código de ingresos 0819 (Otra adquisición de órganos).

A partir del 1 de enero de 2017, se utilizará el nuevo código de ingresos 0815 cuando el hospital identifique los costos de adquisición de células madre por trasplantes alogénicos de médula ósea/células madre separadamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9674.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9674, 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/R3571CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3571, CR 9674

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.

Especialidad médica

Implementación de actualizaciones de archivos de proveedores y PECOS a la interfaz FISS

Número de *MLN Matters*®: MM9613
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9613
 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: R1704OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

La petición de cambio 9613 sirve como recordatorio que las ubicaciones fuera del campus deben incluirse en el formulario de inscripción CMS-855A o en el sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS), basado en internet. A partir de enero, el administrador del sistema compartido extraerá los datos de inscripción de proveedores de PECOS. Si se presenta una reclamación del hospital con una ubicación de la instalación que no se incluyó en el registro de inscripción, ésta se devolverá al proveedor hasta que se actualice el formulario de inscripción y el sistema de procesamiento de reclamaciones.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9613.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9613, 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/R1704OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1704, CR 9613

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.

ESRD

Cambios en los centros hospitalarios de ESRD reclaman acomodar diálisis para beneficiarios con LR

Número de *MLN Matters*®: MM9598
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9598
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de diciembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1759OTN
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

A partir del 1 de enero de 2017, los centros hospitalarios de enfermedad renal en estado terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) comenzarán a prestar servicios de diálisis renal a los beneficiarios de Medicare diagnosticados con lesión renal aguda (LRA).

No se harán pagos separados por medicamentos, biológicos, servicios de laboratorio y suministros que estén incluidos en el sistema de pago prospectivo (PPS) de ESRD. Los artículos y servicios que no se consideran servicios de diálisis renal se pagan por separado.



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9598.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9598, 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/R1759OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1759, CR 9598

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 implementa cambios en el sistema de pago prospectivo para enfermedad renal en estado terminal

Número de *MLN Matters*®: MM9807
Número de petición de cambio relacionado: CR 9807
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de noviembre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R229BP
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente sus actualizaciones previstas para el sistema de pago prospectivo para enfermedad renal en estado terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) en el 2017. Para el 2017, la tarifa básica de PPS de ESRD es de \$231.55.

Otras actualizaciones incluyen:

- Índice salarial
- Pagos adicionales de entrenamiento para diálisis en el hogar
- Política de valores atípicos
- Requerimientos de facturación consolidados
- Tasa de pago de diálisis por lesión aguda de riñón (AKI)

para el 2017.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9807.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9807, 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/R229BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 229, CR 9807

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.

Cómo los centros hospitalarios de ESRD pueden facturar por servicios de lesión renal aguda proporcionados a los beneficiario

Número de *MLN Matters*®: MM9814
Número de petición de cambio relacionado: CR 9814
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de octubre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R1738OTN
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) publicaron recientemente pautas para los centros hospitalarios para el tratamiento de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD) que proveen servicios de diálisis renal para los beneficiarios de Medicare diagnosticados con lesión renal aguda (AKI, por sus siglas en inglés).

A partir del 1 de enero de 2017, Medicare reembolsará a los centros hospitalarios de ESRD para el tratamiento de diálisis usando la tasa base del sistema de pago prospectivo (PPS) de ESRD ajustada por el índice de salarios. Además del tratamiento de diálisis, la tarifa base de PTS de ESRD reembolsa a las instalaciones de ESRD para los productos y servicios considerados servicios de diálisis renal.

Para el pago bajo Medicare, los centros hospitalarios de ESRD reportarán todos los productos y servicios proporcionados a los beneficiarios con AKI enviando un

tipo de factura (TOB) 72x con el código de condición 84 (diálisis para lesión renal aguda (AKI)) mensualmente. Dado que los centros hospitalarios de ESRD facturan a Medicare por servicios de diálisis renal mediante la presentación de TOB 72X para los beneficiarios de ESRD, el código de condición 84 diferenciará una reclamación de ESRD PPS de una reclamación de AKI.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9814.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9814, 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/R1738OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1738, CR 9814

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

Clínica de salud rural y centro de salud calificado federalmente - actualización del manual

Número de *MLN Matters*®: MM9864
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9864
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de diciembre de 2016
 Fecha de efectividad: 9 de marzo de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R230BP
 Fecha de implementación: 9 de marzo de 2017

Resumen

La petición de cambio 9864 implementa la actualización de 2017 al capítulo 13 del *Manual de políticas de beneficios de Medicare*. Las actualizaciones del manual reflejan los requisitos y las políticas de pago relacionadas con clínicas de salud rurales y centros de salud calificados federalmente. La actualización incluye:

- Eliminar la información obsoleta
- Eliminar el material duplicado
- Aclarar la información de pago
- Actualizar la información de la póliza

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9864.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9864, 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/R230BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 230, CR 9864

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos 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.

Sistema de pago prospectivo

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados de enero de 2017

Número de *MLN Matters*®: MM9892
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9892
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de diciembre de 2016
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3674CP
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

El editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) se utiliza para procesar reclamaciones bajo el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) y no OPPS para los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital, centros de salud mental comunitarios, todos los proveedores no OPPS y para servicios limitados cuando se brindan en una agencia de salud en el hogar que no esté bajo el Sistema de Pago Prospectivo para los Servicios de Salud en el Hogar (PPS) o a un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no terminal.

Las modificaciones de la I/OCE para la versión de enero de 2017 (versión 18.0) se resumen en el artículo, que incluye la implementación de la nueva lógica del programa, ediciones y modificadores. Las modificaciones retroactivas se indican en la columna "Fecha efectiva". Se adjunta un resumen completo de los cambios en la [petición de cambio](#) (en inglés).



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9892.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9892, 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/R3674CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3674, CR 9892

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

SFN

Responsables de la organización en la atención ediciones de estancia calificad

Número de *MLN Matters*®: MM9568 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: CR 9568
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de diciembre de 2016
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R1763OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

La petición de cambio (CR) 9568 permite el procesamiento de reclamaciones de enfermería especializada sin tener que cumplir con el requisito de la estancia hospitalaria de tres días. Este artículo fue revisado el 16 de diciembre debido a que la CR 9568 fue revisada y emitida en esa fecha. Como resultado, el número de transmisión, la fecha de publicación de la CR y el enlace a la CR se revisan en este artículo. La demás información sigue siendo la misma.



La petición de cambio (CR) 9568 permite el procesamiento de reclamaciones del 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 de cuidado responsable (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/R1763OTN.pdf>.

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.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1763, 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 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.

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.



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: **modificador GA o GZ**.

LCD nuevas

Reemplazo de articulación importante (cadera y rodilla) - las reclamaciones pueden haber sido devueltas al proveedor (RTP) por error

Problema

Las reclamaciones relacionadas con la determinación local de cobertura (LCD L33618) - reemplazo de articulación importante (cadera y rodilla) entre el 1 de octubre de 2015 y el 28 de enero de 2016, pueden haber sido devueltas al proveedor (RTP) por error cuando se facturaron con códigos de procedimiento CM 0SP90JZ, 0SPB0JZ 0SPC0JZ y 0SPD0JZ del ICD-10-CM.

Resolución

Este error fue corregido el 28 de enero de 2016. Las reclamaciones procesadas a partir del 28 de enero de 2016 fueron adjudicadas correctamente.

Estado/fecha de resolución

Cerrado/8 de enero de 2016

Acción del proveedor

Los proveedores no necesitan ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente. Los proveedores tendrán que volver a presentar sus reclamaciones e incluir el siguiente comentario en sus reclamaciones "Reemplazo de articulación importante ICD-10".

Problemas actuales de procesamiento

Aquí encuentra un enlace a la tabla de [problemas actuales de procesamiento](#) tanto para la Parte A como para la Parte B.

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

Artículo de codificación para exploraciones de tomografía de emisión de positrones (PET) utilizadas para las indicaciones oncológicas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) determinaron que los contratistas administrativos locales de Medicare (MAC) pueden determinar cobertura dentro de sus respectivas jurisdicciones para la tomografía por emisión de positrones (PET) usando radiofármacos para sus indicaciones etiquetadas para la imagenología oncológica de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). A menos que exista una NCD específica contraria, los contratistas administrativos locales de Medicare (MAC) pueden determinar cobertura o sin cobertura para la tomografía de emisión de positrones (PET) utilizando nuevos productos radiofarmacéuticos propietarios para sus indicaciones etiquetadas aprobadas por la FDA para imágenes oncológicas solamente. Esto es efectivo para las fechas de servicio en o después del 7 de marzo de 2013 e incluye los radiofármacos que pueden ser aprobados por la FDA en el futuro. Esta decisión no cambia la cobertura para ningún uso de PET utilizando los cuatro productos radiofarmacéuticos siguientes: FDG (2-desoxi-2- [F-18] fluoro-D-Glucosa (fluorodesoxiglucosa)); NaF - 18 (fluoruro de sodio marcado con flúor - 18); Amoníaco N - 13; O rubidio - 82 (Rb - 82)). Además, esta decisión no impide que CMS determine la cobertura nacional para cualquier uso de cualquier radiofármaco en el futuro, y si se hacen tales determinaciones, una determinación futura reemplazaría la(s) determinación(es) local(es).

Por favor refiérase a las siguientes referencias de CMS para obtener información completa y detallada

acerca de la cobertura de las tomografías de emisión de positrones (PET) utilizadas para condiciones oncológicas: Manual Electrónico de CMS (IOM) 100-03, Manual de Determinaciones de Cobertura Nacional de Medicare, capítulo 1, parte 4, sección 220.6 y IOM de la CMS Publicación 100-04, Manual de Procesamiento de Reclamos de Medicare, capítulo 13, Sección 60.

El código J3490 (medicamentos no clasificados) del sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (HCPCS) es aplicable a todos los radiofármacos diagnósticos nuevos usados en imágenes de PET no beta-amiloide. Efectivo para servicios después del 1 de enero de 2017, el código HCPCS A9588 es aplicable para fluciclovina F18; El código HCPCS A9587 es aplicable para Gallium ga-68, dotatato; Y el código HCPCS A9515 es aplicable para colina c-11.

A partir de los servicios prestados a partir del 11 de junio de 2013, los contratistas deberán pagar hasta tres (3) tomografías PET FDG cuando se usan para guiar la administración posterior de la estrategia de tratamiento antitumoral (modificador PS) después de completar la terapia inicial contra el cáncer (modificador PI) para el mismo diagnóstico de cáncer. La cobertura de cualquier escaneo adicional de FDG PET (es decir, más allá de tres) utilizado para guiar el manejo posterior de la estrategia de tratamiento antitumoral después de terminar la terapia antitumoral inicial para el mismo diagnóstico de cáncer será determinado por los A/B MAC (A o B SEGUNDO). Las reclamaciones incluirán el modificador

Ver **ARTÍCULO** en la próxima página

ARTÍCULO

De la página anterior

de KX que indica que los criterios de cobertura se cumplen para la cobertura de cuatro o más tomografías PET de FDG para la estrategia de tratamiento posterior para el mismo diagnóstico de cáncer. Un diagnóstico de cáncer diferente, ya sea presentado con un PI o un modificador de PS comenzará el recuento de una inicial y tres PET FDG siguientes no requieren el modificador de KX y cuatro o más FDG PET escáneres para la estrategia de tratamiento posterior para el mismo diagnóstico de cáncer KX Modificador.

Nota: Fluciclovine F18 y Choline c-11 son aprobados por la FDA para la sospecha de recurrencia del cáncer de próstata. Se espera que el modificador -PS sea agregado para indicar una exploración posterior de FDG PET; El uso del modificador -PI para el tratamiento inicial del cáncer de próstata no está cubierto.

Las indicaciones y limitaciones de cobertura, incluyendo condiciones no cubiertas a nivel nacional (por ejemplo, el uso de imágenes de PET FDG para determinar la estrategia de tratamiento inicial en pacientes con adenocarcinoma de próstata), se describen en las secciones de la IOM mencionadas anteriormente. Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 11 de junio de 2013, el cuadro siguiente resume la cobertura nacional de FDG PET para las condiciones oncológicas, que resume la cobertura y la no cobertura de las estrategias de tratamiento inicial y subsecuente para PET FDG. Cuando sea aplicable, el contratista aplicará la misma cobertura y no cobertura resumida en el cuadro a continuación a los nuevos productos radio farmacéuticos patentados utilizados para las indicaciones etiquetadas aprobadas por la FDA para la tomografía por emisión de positrones (PET), la imagenología oncológica.

FDG PET Cobertura para condiciones oncológicas:

Tipo de tumor	Estrategia inicial de tratamiento	Estrategia subsecuente de tratamiento
Colonrectal	Cubierta	Cubierta
Esófago	Cubierta	Cubierta
Cabeza y cuello (no Tiroide CNS)	Cubierta	Cubierta
Linfoma	Cubierta	Cubierta
Pulmón de células no pequeñas	Cubierta	Cubierta
Ovario	Cubierta	Cubierta
Cerebro	Cubierta	Cubierta
Cerviz	Cubierta con excepción*	Cubierta
Pulmón de células pequeñas	Cubierta	Cubierta
Sarcoma de tejido blando	Cubierta	Cubierta
Pancreas	Cubierta	Cubierta
Pruebas	Cubierta	Cubierta
Seno (hombre y mujer)	Cubierta con excepción*	Cubierta
Melanoma	Cubierta con excepción*	Cubierta
Próstata	Sin cobertura	Cubierta
Tiroide	Cubierta	Cubierta
Todos los demás tumores sólidos	Cubierta	Cubierta
Mieloma	Cubierta	Cubierta
Todos los demás tipos de cáncer que no se enumeran aquí	Cubierta	Cubierta

*Cuello uterino: no cubierto nacionalmente para el diagnóstico inicial del cáncer cervical relacionado con la estrategia

Ver **ARTÍCULO** en la próxima página

ARTÍCULO

De la página anterior

inicial de tratamiento antitumoral; Todas las otras indicaciones para la estrategia inicial de tratamiento antitumoral para el cáncer de cuello uterino están cubiertas a nivel nacional.

*Senos: no cubierto nacionalmente para el diagnóstico inicial y/o estadificación de los ganglios linfáticos axilares; Nacional para la estadificación inicial de la enfermedad metastásica. Todas las demás indicaciones para la estrategia inicial de tratamiento antitumoral para el cáncer de mama están cubiertas a nivel nacional.

*Melanoma: nacionalmente no cubierto para la estadificación inicial de los ganglios linfáticos regionales; todas las demás indicaciones para la estrategia inicial de

tratamiento antitumoral para el melanoma están cubiertas a nivel nacional.

Los proveedores deben consultar el siguiente enlace para obtener una lista de códigos de diagnóstico apropiados (en inglés): [NCD 220.6.17 PET para tumores sólidos códigos de diagnóstico oncológico](#). Tenga en cuenta, sin embargo, que el código de diagnóstico de la ICD-10-CM, como siempre, es sólo una información de apoyo a la necesidad médica del servicio. Todos los requisitos deben ser cumplidos, y la documentación clínica en el expediente médico debe apoyar todos los requisitos.

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

HCPCS cambios de determinación de cobertura local de la Parte A y la Parte B del 2017

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura local (LCD) impactadas por la actualización anual del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Salud (HCPCS - Healthcare Common Procedure Coding System) del 2017. Los códigos de procedimiento se han agregado, revisado, reemplazado y eliminado. La siguiente es una lista de las LCD afectadas.

LCD combinadas Parte A/B

- L33268 - Clorhidrato de bendamustina (Treanda[®], Bendeka[™])
- L36393 - Control de Sustancias y Pruebas de Abuso de Drogas Monitoreado
- L36276 - Agentes estimulantes de la eritropoyesis
- L33997 - Angiografía con fluoresceína
- L33684 - Factores de coagulación de la hemofilia
- L33704 - Infliximab (Remicade[™])
- L36773 - Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT - Intensity Modulated Radiation Therapy) (Directrices de Codificación solamente)
- L34006 - Descompresión del proceso interespino
- L33727 - Irinotecan
- L33382 - Fusión espinal lumbar para condiciones de inestabilidad y degenerativas del disco
- L33594 - Manipulación Bajo Anestesia (MUA - Manipulation Under Anesthesia)
- L34519 - Procedimientos de Patología Molecular
- L33595 - Cuidado Anestésico Controlado (MAC - Monitored Anesthesia Care) para Ciertos Servicios de Manejo Intervencionista del Dolor
- L33777 - Servicios sin cobertura
- L33693 - Evaluación no invasiva de las venas de extremidad
- L33695 - Estudios Arteriales Extracraneales No Invasivos
- L33252 - Servicios de evaluación diagnóstica psiquiátrica y psicoterapia
- L33745 - Servicios Terapéuticos Respiratorios (Directrices

de Codificación solamente)

L36342 - Mamografía de detección y diagnóstico

L33413 - Servicios de Terapia y Rehabilitación

L33762 - Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior

L33767 - Terapia de Viscosuplementación para la Rodilla

L33566 - Servicios de desbridamiento de heridas

(Directrices de codificación solamente)

LCD de la Parte A

L33972 - Programa de Hospitalización Parcial Psiquiátrica

LCD de la Parte B únicamente

L33903 - Laringoscopia de diagnóstico

L33906 - Epidural

L33834 - Evaluación/Intervención en Salud y Comportamiento

L33910 - Instalación de Diagnóstico Independiente (IDTF - Independent Diagnostic Testing Facility) (sólo guía de codificación)

L33911 - Indocyanine - Angiografía Verde

L33919 - Macugen (inyección de sodio pegaptanib) (Directrices de codificación solamente).

Fecha de vigencia

Estas revisiones de las LCD son efectivas para los servicios prestados **en o a partir del 1 de enero de 2017**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>

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

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

Revisones a las LCD existentes

Estudios arteriales extracraneales no invasivos – revisión a la Parte A y la Parte B de la LCD

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

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios arteriales extracraneales no invasivos se revisó teniendo en cuenta una solicitud de reconsideración de la LCD. Esta LCD fue revisada para incluir el código Z01.810 de la ICD-10-CM bajo la sección “Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para los códigos 93880 y 93882 de Terminología de Procedimiento Actual (*Current Procedural Terminology - CPT*®).

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 13 de diciembre de 2016** para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

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](#).

Terapia de viscosuplementación de la rodilla – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

Identificador de LCD: L L33767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación para la rodilla se revisó para incluir el código HCPCS J3590 para Hymovis® en los “Códigos CPT®/HCPCS/Grupo 2 Párrafo: Parte B”, “ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica/segundo párrafo: “y “directrices de uso” de la LCD. Asimismo, se revisó la columna “dosis/inyecciones semanales por semana” para leer “24 mg/2” para Hymovis® en la sección “directrices de uso” de la LCD.

Además, se revisó la columna “dosis semanal/inyecciones por semana” para leer “10 mg/1” para GenVisc® y “16.8mg/1” para Gel-Syn™ y la columna “Dosificación Total” 50mg “para GenVisc® y” 50.4mg “para Gel-Syn™ en la sección “directrices de uso” de la LCD. Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” (Sources of Information and Basis for Decision of the LCD).

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada con la adición del código HCPCS J3590 para Hymovis® es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 20 de diciembre de 2016** o para fechas de servicio **en o después del 28 de agosto de 2015**.

La revisión de LCD relacionada con GenVisc® y Gel-Syn™ es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 17 de enero de 2017** para fechas de servicio **en o después del 1 de enero de 2016**.

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

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
904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica del SPOT

FCOSPOTHelp@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 para proveedores, reportes de reembolso dor, 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 Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) (www.cms.gov)

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

Oficina del inspector general (OIG)

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

Servicio al cliente del beneficiario

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

Asuntos de procesamiento

Servicios de laboratorio rechazados debido a cambios de edición del NCD de la Parte B

Problema

La *petición de cambio (CR) 9806* (en inglés) anuncia cambios significativos en 23 determinaciones de cobertura nacional en la *publicación 100-03, secciones 190.12 – 190.34 para servicios de laboratorio clínico* (en inglés) que incluye la edición de diagnósticos de la ICD-10. Estos cambios se aplicarán el 5 de diciembre de 2016, para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2016.

Por lo tanto, se negarán los servicios afectados por estos cambios de diagnóstico de la ICD-10 que se hayan presentado antes de la fecha de implementación del 5 de diciembre.

Solución

Las reclamaciones de la Parte B presentadas antes del 5

de diciembre para las fechas de servicio en y después del 1 de octubre de 2016, las que se rechacen por error, se ajustarán automáticamente después de la implementación.

Estado/fecha de resolución

Abierto

Acción del proveedor

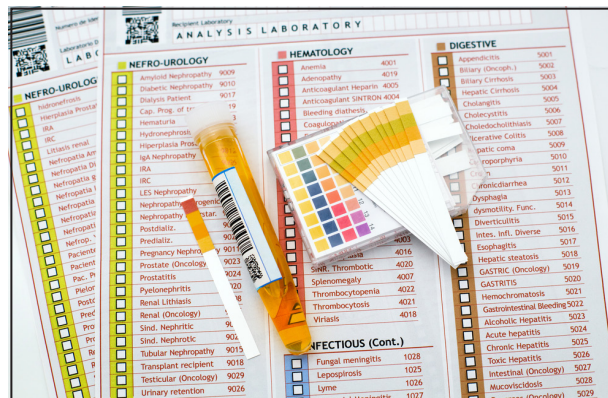
Ninguna; las reclamaciones presentadas antes del 5 de diciembre para las fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2016, las que se rechacen por error se ajustarán automáticamente después de la implementación.

Problemas de procesamiento actuales

Aquí encuentra el enlace a la tabla de *problemas de*

procesamiento actuales para para la Parte A y la 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

Prescriptores de la Parte D: Cambio de fecha y aplicación gradual

Entre ahora y el 1 de enero de 2019, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) implementarán un enfoque multifacético y estratégico que alineará la aplicación de los requisitos de inscripción del prescriptor de la Parte D con otras iniciativas en curso de CMS.

El pleno cumplimiento del requisito de inscripción de la Parte D para el prescriptor comenzará el 1 de enero de 2019.

CMS alienta a todos los médicos y profesionales elegibles que prescriben medicamentos de la Parte D, pero que aún no estén inscritos o que hayan optado por no participar en Medicare, a inscribirse en el programa de Medicare. Visite la página web de inscripción de la Parte D (en inglés) (<http://go.usa.gov/xkFG8>) para más información.

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

Laboratorio clínico

CMS agrega nuevos códigos CPT a la lista de pruebas exentas de laboratorio clínico

Número de *MLN Matters*®: MM9797

Número de petición de cambio relacionado: CR 9797

Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de noviembre de 2016

Fecha de efectividad: 1 enero de 2017

Número de transmisión de CR relacionado: R3666CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente las listas de códigos que están sujetos a las instrucciones de facturación asociadas con las pruebas exentas de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA) de 1988.

Los códigos CPT® agregados a la lista deben tener el modificador QW para ser reconocidos como una prueba exenta. CMS cambia los códigos CPT® cubiertos bajo CLIA (y por lo tanto requieren certificación) cada año.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9797.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9797, 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/R3666CP.pdf>.



Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3666, CR 9797

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

Suscripción a Medicare Parte B

La *Parte B de Medicare* es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta octubre 2014.

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD nuevas

Artículo de codificación para exploraciones de tomografía de emisión de positrones (PET) utilizadas para las indicaciones oncológicas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) determinaron que los contratistas administrativos locales de Medicare (MAC) pueden determinar cobertura dentro de sus respectivas jurisdicciones para la tomografía por emisión de positrones (PET) usando radiofármacos para sus indicaciones etiquetadas para la imagenología oncológica de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). A menos que exista una NCD específica contraria, los contratistas administrativos locales de Medicare (MAC) pueden determinar cobertura o sin cobertura para la tomografía de emisión de positrones (PET) utilizando nuevos productos radiofarmacéuticos propietarios para sus indicaciones etiquetadas aprobadas por la FDA para imágenes oncológicas solamente. Esto es efectivo para las fechas de servicio en o después del 7 de marzo de 2013 e incluye los radiofármacos que pueden ser aprobados por la FDA en el futuro. Esta decisión no cambia la cobertura para ningún uso de PET utilizando los cuatro productos radiofarmacéuticos siguientes: FDG (2-desoxi-2- [F-18] fluoro-D-Glucosa (fluorodesoxiglucosa)); NaF - 18 (fluoruro de sodio marcado con flúor - 18); Amoniac N - 13; O rubidio - 82 (Rb - 82)).

Además, esta decisión no impide que CMS determine la cobertura nacional para cualquier uso de cualquier radiofármaco en el futuro, y si se hacen tales determinaciones, una determinación futura reemplazaría la(s) determinación(es) local(es).

Por favor refiérase a las siguientes referencias de CMS para obtener información completa y detallada acerca de la cobertura de las tomografías de emisión de positrones (PET) utilizadas para condiciones oncológicas: Manual Electrónico de CMS (IOM) 100-03, Manual de Determinaciones de Cobertura Nacional de Medicare, capítulo 1, parte 4, sección 220.6 y IOM de la CMS Publicación 100-04, Manual de Procesamiento de Reclamos de Medicare, capítulo 13, Sección 60.

El código J3490 (medicamentos no clasificados) del sistema de codificación de procedimientos comunes de atención médica (HCPCS) es aplicable a todos los radiofármacos diagnósticos nuevos usados en imágenes de PET no beta-amiloide. Efectivo para servicios después del 1 de enero de 2017, el código HCPCS A9588 es aplicable para fluciclovina F18; El código HCPCS A9587 es aplicable para Gallium ga-68, dotatato; Y el código HCPCS A9515 es aplicable para colina c-11.

A partir de los servicios prestados a partir del 11 de junio de 2013, los contratistas deberán pagar hasta tres (3) tomografías PET FDG cuando se usan para guiar la administración posterior de la estrategia de tratamiento antitumoral (modificador PS) después de completar la terapia inicial contra el cáncer (modificador PI) para el mismo diagnóstico de cáncer. La cobertura de cualquier escaneo adicional de FDG PET (es decir, más allá de tres) utilizado para guiar el manejo posterior de la estrategia de tratamiento antitumoral después de terminar la terapia antitumoral inicial para el mismo diagnóstico de cáncer será determinado por los A/B MAC (A o B SEGUNDO). Las reclamaciones incluirán el modificador de KX que indica que los criterios de cobertura se cumplen para la cobertura de cuatro o más tomografías PET de FDG para la estrategia de tratamiento posterior para el mismo diagnóstico de cáncer. Un diagnóstico de cáncer diferente, ya sea presentado con un PI o un modificador de PS comenzará el recuento de una inicial y tres PET FDG siguientes no requieren el modificador de KX y cuatro o más FDG PET escáneres para la estrategia de tratamiento posterior para el mismo diagnóstico de cáncer KX Modificador.

Nota: Fluciclovine F18 y Choline c-11 son aprobados por la FDA para la sospecha de recurrencia del cáncer de próstata. Se espera que el modificador -PS sea agregado para indicar una exploración posterior de FDG PET; El uso del modificador -PI para el tratamiento inicial del cáncer de próstata no está cubierto.

Las indicaciones y limitaciones de cobertura, incluyendo condiciones no cubiertas a nivel nacional (por ejemplo, el uso de imágenes de PET FDG para determinar la estrategia de tratamiento inicial en pacientes con adenocarcinoma de próstata), se describen en las secciones de la IOM mencionadas anteriormente. Efectivo para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 11 de junio de 2013, el cuadro siguiente resume la cobertura nacional de FDG PET para las condiciones oncológicas, que resume la cobertura y la no cobertura de las estrategias de tratamiento inicial y subsecuente para PET FDG. Cuando sea aplicable, el contratista aplicará la misma cobertura y no cobertura resumida en el cuadro a continuación a los nuevos productos radiofarmacéuticos patentados utilizados para las indicaciones etiquetadas aprobadas por la FDA para la tomografía por emisión de positrones (PET), la imagenología oncológica.

Ver **ARTÍCULO** en la próxima

ARTÍCULO

De la página anterior

FDG PET Cobertura para condiciones oncológicas:

Tipo de tumor	Estrategia inicial de tratamiento	Estrategia subsecuente de tratamiento
Colonrectal	Cubierta	Cubierta
Esófago	Cubierta	Cubierta
Cabeza y cuello (no Tiroide CNS)	Cubierta	Cubierta
Linfoma	Cubierta	Cubierta
Pulmón de células no pequeñas	Cubierta	Cubierta
Ovario	Cubierta	Cubierta
Cerebro	Cubierta	Cubierta
Cerviz	Cubierta con excepción*	Cubierta
Pulmón de células pequeñas	Cubierta	Cubierta
Sarcoma de tejido blando	Cubierta	Cubierta
Pancreas	Cubierta	Cubierta
Pruebas	Cubierta	Cubierta
Seno (hombre y mujer)	Cubierta con excepción*	Cubierta
Melanoma	Cubierta con excepción*	Cubierta
Próstata	Sin cobertura	Cubierta
Tiroide	Cubierta	Cubierta
Todos los demás tumores sólidos	Cubierta	Cubierta
Mieloma	Cubierta	Cubierta
Todos los demás tipos de cáncer que no se enumeran aquí	Cubierta	Cubierta

*Cuello uterino: no cubierto nacionalmente para el diagnóstico inicial del cáncer cervical relacionado con la estrategia inicial de tratamiento antitumoral; Todas las otras indicaciones para la estrategia inicial de tratamiento antitumoral para el cáncer de cuello uterino están cubiertas a nivel nacional.

*Senos: no cubierto nacionalmente para el diagnóstico inicial y/o estadificación de los ganglios linfáticos axilares; Nacional para la estadificación inicial de la enfermedad metastásica. Todas las demás indicaciones para la estrategia inicial de tratamiento antitumoral para el cáncer de mama están cubiertas a nivel nacional.

*Melanoma: nacionalmente no cubierto para la estadificación inicial de los ganglios linfáticos regionales;

todas las demás indicaciones para la estrategia inicial de tratamiento antitumoral para el melanoma están cubiertas a nivel nacional.

Los proveedores deben consultar el siguiente enlace para obtener una lista de códigos de diagnóstico apropiados (en inglés): [NCD 220.6.17 PET para tumores sólidos códigos de diagnóstico oncológico](#). Tenga en cuenta, sin embargo, que el código de diagnóstico de la ICD-10-CM, como siempre, es sólo una información de apoyo a la necesidad médica del servicio. Todos los requisitos deben ser cumplidos, y la documentación clínica en el expediente médico debe apoyar todos los requisitos.

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

HCPCS cambios de determinación de cobertura local de la Parte A y la Parte B del 2017

First Coast Service Options Inc. ha revisado las determinaciones de cobertura local (LCD) impactadas por la actualización anual del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Salud (HCPCS - Healthcare Common Procedure Coding System) del 2017. Los códigos de procedimiento se han agregado, revisado, reemplazado y eliminado. La siguiente es una lista de las LCD afectadas.

LCD combinadas Parte A/B

L33268 - Clorhidrato de bendamustina (Treanda[®], Bendeka[™])
L36393 - Control de Sustancias y Pruebas de Abuso de Drogas Monitoreado
L36276 - Agentes estimulantes de la eritropoyesis
L33997 - Angiografía con fluoresceína
L33684 - Factores de coagulación de la hemofilia
L33704 - Infliximab (Remicade[™])
L36773 - Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT - Intensity Modulated Radiation Therapy) (Directrices de Codificación solamente)
L34006 - Descompresión del proceso interespino
L33727 - Irinotecan
L33382 - Fusión espinal lumbar para condiciones de inestabilidad y degenerativas del disco
L33594 - Manipulación Bajo Anestesia (MUA - Manipulation Under Anesthesia)
L34519 - Procedimientos de Patología Molecular
L33595 - Cuidado Anestésico Controlado (MAC - Monitored Anesthesia Care) para Ciertos Servicios de Manejo Intervencionista del Dolor
L33777 - Servicios sin cobertura
L33693 - Evaluación no invasiva de las venas de extremidad
L33695 - Estudios Arteriales Extracraneales No Invasivos
L33252 - Servicios de evaluación diagnóstica psiquiátrica y psicoterapia

L33745 - Servicios Terapéuticos Respiratorios (Directrices de Codificación solamente)
L36342 - Mamografía de detección y diagnóstico
L33413 - Servicios de Terapia y Rehabilitación
L33762 - Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior
L33767 - Terapia de Viscosuplementación para la Rodilla
L33566 - Servicios de desbridamiento de heridas (Directrices de codificación solamente)

LCD de la Parte A

L33972 - Programa de Hospitalización Parcial Psiquiátrica

LCD de la Parte B únicamente

L33903 - Laringoscopia de diagnóstico
L33906 - Epidural
L33834 - Evaluación/Intervención en Salud y Comportamiento
L33910 - Instalación de Diagnóstico Independiente (IDTF - Independent Diagnostic Testing Facility) (sólo guía de codificación)
L33911 - Indocyanine - Angiografía Verde
L33919 - Macugen (inyección de sodio pegaptanib) (Directrices de codificación solamente).

Fecha de vigencia

Estas revisiones de las LCD son efectivas para los servicios prestados **en o a partir del 1 de enero de 2017**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) 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](#).

Revisiones a las LCD existentes

Estudios arteriales extracraneales no invasivos – revisión a la Parte A y la Parte B de la LCD

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

La determinación de cobertura local (LCD) para estudios arteriales extracraneales no invasivos se revisó teniendo en cuenta una solicitud de reconsideración de la LCD.

Esta LCD fue revisada para incluir el código Z01.810 de la ICD-10-CM bajo la sección "Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para los códigos 93880 y 93882 de Terminología de Procedimiento Actual (Current Procedural Terminology - CPT[®]).

Fecha de vigencia

Esta revisión de la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 13 de diciembre de 2016** para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

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 [haga clic aquí](#).

Terapia de viscosuplementación de la rodilla – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

Identificador de LCD: L L33767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación para la rodilla se revisó para incluir el código HCPCS J3590 para Hymovis® en los “Códigos CPT®/HCPCS/Grupo 2 Párrafo: Parte B”, “ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica/segundo párrafo: “y “directrices de uso” de la LCD. Asimismo, se revisó la columna “dosis/inyecciones semanales por semana” para leer “24 mg/2” para Hymovis® en la sección “directrices de uso” de la LCD.

Además, se revisó la columna “dosis semanal/inyecciones por semana” para leer “10 mg/1” para GenVisc® y “16.8mg/1” para Gel-Syn™ y la columna “Dosificación Total” 50mg “para GenVisc® y” 50.4mg “para Gel-Syn™ en la sección “directrices de uso” de la LCD. Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” (Sources of Information and Basis for Decision de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada con la adición del código HCPCS J3590 para Hymovis® es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 20 de diciembre de 2016** o para fechas de servicio **en o después del 28 de agosto de 2015**.

La revisión de LCD relacionada con GenVisc® y Gel-Syn™ es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 17 de enero de 2017** para fechas de servicio **en o después del 1 de enero de 2016**.

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

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