

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Enero 2017



## En esta edición

Qué puede hacer SPOT por usted -- Información de elegibilidad y beneficios.....	5
CMS actualiza el proceso de transferencia para corregir los problemas de facturación de Parte A....	12
Lista 2017 de jurisdicciones de DMEPOS del código de HCPCS .....	20

## CMS nombra a C2C como nuevo Contratista Independiente Calificado para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) otorgaron recientemente a C2C Innovative Solutions, Inc. (C2C) el contrato de Parte A Este de Contratista Independiente Calificado (QIC). C2C comenzará a procesar las nuevas solicitudes de reconsideración de las determinaciones iniciales de la reclamación de Medicare o redeterminaciones para la Parte A de Medicare y la Parte B de A de los reclamos de apelaciones el 14 de febrero de 2017.

C2C también será responsable de llevar a cabo reconsideraciones aceleradas acerca de la terminación del servicio y los exámenes de alta hospitalaria realizados por las Organizaciones de Mejoramiento de Calidad (QIO) del Beneficiario y Atención Centrada en la Familia (BFCC). Actualmente, C2C es la QIC responsable de procesar las nuevas solicitudes de reconsideración de las determinaciones iniciales de la reclamación de Medicare o redeterminaciones para la Parte B de Medicare.

First Coast ofrece [ésta información](#) acerca del proceso de apelaciones de reclamaciones. Una vez que se hace una determinación inicial de la reclamación, los proveedores, los médicos participantes y otros proveedores tienen

derecho a apelar. Los médicos y otros proveedores que no toman asignación de reclamaciones tienen derechos de apelación limitados.

Las reconsideraciones solicitadas a más tardar el 13 de febrero de 2017, continuarán siendo procesadas por el actual QIC de la Parte A Este, Maximus Federal Services, Inc. (Maximus). Dado que Maximus procesará apelaciones recibidas antes del 14 de febrero de 2017, habrá un corto período de transición durante el cual tanto Maximus como C2C emitirán decisiones.

Este cambio afecta a los proveedores en Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, así como en los siguientes estados: Colorado, Nuevo México, Texas, Oklahoma, Arkansas, Louisiana, Misisipi, Alabama, Georgia, Tennessee, Carolina del Sur, Carolina del Norte, Virginia, Virginia Occidental, Maine, Vermont, New Hampshire, Massachusetts, Rhode Island, Connecticut, Nueva Jersey, Nueva York, Delaware, Maryland, Pennsylvania y Washington DC.

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



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B Apelaciones

CMS nombra a C2C como nuevo Contratista Independiente Calificado para Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos..... 1

## Cobertura

CMS emite cambios al software de edición de la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) de Laboratorio para abril de 2017.....3

## Tarifas fijas

Actualización de tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios sujetos a un pago de cobro razonable para 2017.....3

CMS publica los archivos y revisiones de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare.....4

## Inscripción de proveedores

Tarifa de solicitud de inscripción de proveedor para 2017.....4

## Facturación

Reembolsos no solicitados/voluntarios.....4

Actualización anual de los códigos HCPCS utilizados para la aplicación de facturación consolidada para servicios de salud en el hogar.....5

## SPOT

Qué puede hacer SPOT por usted – Información de elegibilidad y beneficios.....5

## Recursos educativos

Calendario de eventos.....7

MLN Connects® para el 5 de enero de 2017 .....8

MLN Connects® para el 12 de enero de 2017 .....8

MLN Connects® para el 19 de enero de 2017 .....9

## Parte A

### Hospital

Sección 16001 y 16002 de la 21st Century Cures Act..... 11

### Facturación

CMS actualiza el proceso de transferencia para corregir los problemas de facturación de la Parte A.....12

### Sistema de pago prospectivo

CMS actualiza el sistema de pago prospectivo de los centros de salud calificados federalmente.....13

Actualización del Sistema de pago prospectivo ambulatorio del hospital de enero 2017 .....13

**Determinaciones locales de cobertura de Parte A.....15**

## LCD retirada

Diálisis (fístula AV e injerto) mantenimiento del acceso vascular -- Parte A/B LCD retirada.....16

## Revisiones a las LCD existentes

Servicios de Terapia y Rehabilitación -- revisión de LCD de la Parte A y B.....16

Inmunoglobulina Intravenosa – revisión de LCD de la Parte A y B.....16

Rituximab (Rituxan®) – revisión de LCD de la Parte A y B .....17

Oftalmoscopia – revisión de LCD de la Parte A y B.....17

**Contactos de Parte A.....18**

## Parte B

### Asuntos de procesamiento

Angiografía tomográfica computarizada del tórax, corazón y arterias coronarias -- las reclamaciones pueden haber sido denegadas por error.....19

### Centro de cirugía ambulatoria

Actualización de enero del sistema de pago del ASC .....19

### Laboratorio clínico

Guía adicional para los laboratorios clínicos ya que el reporte de datos inicia .....20

### Facturación

Lista 2017 de jurisdicciones de DMEPOS del código de HCPCS .....20

## Determinaciones locales de cobertura de Parte B.....21

### LCD retiradas

Oprelvekin (Neumega®) -- LCD retirada Parte B .....22

Diálisis (fístula AV e injerto) mantenimiento del acceso vascular -- Parte A/B LCD retirada .....22

### Revisiones a las LCD existentes

Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería -- revisión de LCD de la Parte A y B.....22

Servicios de Terapia y Rehabilitación -- revisión de LCD de la Parte A y B .....23

Inmunoglobulina Intravenosa -- revisión de LCD de la Parte A y B.....23

Rituximab (Rituxan®) -- revisión de LCD de la Parte A y B.....23

Oftalmoscopia – revisión de LCD de la Parte A y B.....24

**Contactos de Parte B de Puerto Rico.....25**

**Información de contacto Florida.....26**

**Información de contacto las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....27**

## Medicare A y B Al Día

### Publications staff

Maria Murdoch  
Terri Drury  
Mark Willett  
Robert Petty

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

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

Medicare Publications  
1-904-361-0723

*CPT® codes, descriptors, and other data only are copyright© 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.*

## Cobertura

# CMS emite cambios al software de edición de la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) de Laboratorio para abril de 2017

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9934  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9934  
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de enero de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3691CP  
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare acerca de los cambios en la determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorio.

La petición de cambio (CR) 9934 enumera numerosos cambios en los códigos aplicables a las diversas listas de códigos de NCD de laboratorio para abril de 2017.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9934.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9934, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros



de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3691CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3691, CR 9934

*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.*

## Tarifas fijas

# Actualización de tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios sujetos a un pago de cobro razonable para 2017

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9909  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9909  
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de diciembre de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3687CP  
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización anual del plan de tarifas fijas de los laboratorios clínicos y servicios de laboratorio sujetos a pagos de cobros razonables.

En la actualización, CMS proporciona instrucciones para acceder al archivo de datos de tarifas fijas de laboratorio clínico de 2017, mapeo de nuevos códigos para pruebas de laboratorio clínico y actualizaciones para los costos de laboratorio sujetos al pago de cobro razonable.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9909.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9909, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3687CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3687, CR 9909

*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 y revisiones de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9945  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9945  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de enero de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3692CP  
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización trimestral de abril de 2017 e instrucciones para que los contratistas administrativos de Medicare descarguen e implementen los archivos de precios de medicamentos para el ASP de abril de 2017.

Para las reclamaciones con fecha de servicio en o después del 1 de enero de 2017, y de conformidad con la Sección 5004 de la 21st Century Cures Act, que fue firmada en ley el 13 de diciembre de 2016, el pago de medicamentos de infusión prestados a través de un artículo cubierto de equipo médico duradero (DME) se basará en la Sección 1847A de la Ley del Seguro Social,

lo que significa que la mayoría de los pagos se basará en el ASP de estos medicamentos.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9945.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9945, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3692CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3692, CR 9945

*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.*

## Inscripción de proveedores

### Tarifa de solicitud de inscripción de proveedor para 2017

El 7 de noviembre, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron un aviso: Tarifa de Inscripción de Proveedor para el Año Calendario 2017 [CMS-6071-N]. A partir del 1 de enero de 2017, la tarifa de solicitud de 2017 es de \$560 para los proveedores institucionales que son:

- Inscribirse inicialmente en el programa de Medicare o Medicaid o en el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP);

- Revalidar su inscripción en Medicare, Medicaid o CHIP; o
- Agregar una nueva ubicación de la práctica de Medicare.

Esta tarifa se requiere con cualquier solicitud de inscripción presentada desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017.

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

## Facturación

### Reembolsos no solicitados/voluntarios

Los contratistas de Medicare reciben reembolsos no solicitados/voluntarios (es decir, dinero recibido que no está relacionado a una cuenta por cobrar abierta). Los contratistas de Parte A generalmente reciben reembolsos no solicitados/voluntarios en forma de una factura de ajuste, pero puede recibir algunos reembolsos no solicitados/voluntarios como cheques. Los contratistas de la Parte B generalmente reciben cheques. Fondos considerables son devueltos a los fondos fiduciarios cada año a través de tales reembolsos no solicitados/voluntarios.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid les recuerdan a los proveedores que:

La aceptación de un reembolso voluntario como repago para las reclamaciones especificadas en ninguna manera afecta o limita los derechos del gobierno federal o ninguna de sus agencias o agentes, para perseguir cualquier criminal correspondiente, civil o recursos administrativos que surjan o que estén relacionados a estas u otras reclamaciones.

Fuente (en inglés): *CMS Pub. 100-06, capítulo 5, sección 410.10*

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



## 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 *Revisado*  
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

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.

### 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 (en inglés) 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 (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3618CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, 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.*

## SPOT

## Qué puede hacer SPOT por usted – Información de elegibilidad y beneficios

### Utilizar la elegibilidad y los beneficios para prevenir las reclamaciones denegadas

Las aves migratorias, que dividen su año entre Florida y los lugares del norte, pueden complicar las cosas para los proveedores que facturan a Medicare por los servicios prestados a estos beneficiarios. Cuando reciben servicios preventivos de sus médicos en sus ciudades de verano y luego visitan a médicos de la Florida durante los meses de invierno, algunos beneficiarios pueden no ser elegibles para servicios y exámenes médicos típicamente cubiertos por Medicare.

“Con nuestras aves migratorias, tenemos que estar al tanto de su estado de elegibilidad”, dijo un gerente de facturación de Medicare. “Muchos beneficiarios no saben que se inscribieron en un plan de Medicare diferente del plan tradicional. Ellos saben que tienen Medicare y eso es todo. Tener acceso rápido a la elegibilidad de Medicare y a la información del pagador secundario nos ayuda a presentar reclamaciones limpias y precisas y obtener reembolsos antes.”

First Coast Service Options Inc. *ofrece tal acceso a través de SPOT* (Secure Provider Online Tool). Con SPOT, los



proveedores pueden acceder al estado de elegibilidad de la Parte A y la Parte B, así como la elegibilidad de beneficios para servicios preventivos, deducibles, límites de terapia, hospitalización, hospicio y salud en el hogar, pagador secundario de Medicare (MSP) y categorías de datos de plan de cobertura.

### Ver la información del servicio preventivo antes que el paciente llegue

Los datos de servicios preventivos incluyen tanto los servicios profesionales como los técnicos junto con las

Ver **SPOT**, en la próxima página

## SPOT

De la página anterior

próximas fechas elegibles o la fecha anterior en que se proporcionó el servicio. Los informes de elegibilidad de SPOT muestran servicios preventivos que son específicos de género para cada beneficiario. Los datos de servicios preventivos *visibles en SPOT* (en inglés) incluyen:

- Análisis de ultrasonido de aneurisma aórtico abdominal
- Examen anual de la depresión
- Visita anual de bienestar
- Mediciones de la densidad ósea
- Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares
- Detección de cáncer colorrectal
- Pruebas de detección de la diabetes
- Prueba de sangre oculta en heces
- Detección de glaucoma
- Asesoramiento conductual de alta intensidad
- Examen físico preventivo inicial
- Terapia intensiva conductual para enfermedades cardiovasculares
- Terapia intensiva conductual para la obesidad
- Mamografía
- Prueba de papanicolaou
- Examen de exploración pélvica
- Detección del cáncer de próstata
- Cese del hábito de fumar

El uso de SPOT para acceder a la [información de servicios preventivos](#) para su paciente puede reducir significativamente su número de rechazos de reclamaciones revisando la información de los servicios preventivos antes de realizar una prueba y proporcionar el

servicio.

“Una vez tuvimos acceso a SPOT, ingresé y saqué los primeros dos meses de datos de las reclamaciones a través del reporte de PDS,” dijo [Tracie Jones, gerente de facturación de Medicare de los centros de SimonMed en el Centro de Florida](#).

“La mayoría, si no todos, los códigos de denegación estaban relacionados con las pruebas de ultrasonido de rutina y exámenes preventivos. Un procedimiento con un número extraordinariamente alto de denegaciones era DXA, una prueba de densidad ósea para medir la densidad mineral ósea que sólo está cubierta por Medicare una vez cada dos años, explicó Jones.

“trabajamos con nuestro departamento de programación para asegurarnos de que sólo realizáramos la prueba DXA de acuerdo con las pautas de Medicare.”

Con SPOT, los proveedores de Medicare tienen varias herramientas disponibles para diagnosticar, corregir y prevenir reclamaciones rechazadas. SPOT le brinda la posibilidad de ver en línea el estado de las reclamaciones y la información acerca de la elegibilidad de los pacientes, realizar análisis detallados de los datos en los niveles de reclamación y proveedor, reabrir las solicitudes para realizar correcciones administrativas en varias líneas y enviar nuevas determinaciones y respuestas de desarrollo adicionales. First Coast ofrece SPOT a los proveedores sin costo alguno.

### Cómo obtener su cuenta SPOT

First Coast [proporciona una guía paso a paso](#) para ayudarle a establecer tu cuenta en SPOT.

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



**Descubra los Beneficios de SPOT en los datos de elegibilidad**

Elegibilidad • Deducibles/Límites Preventivo • MSP • Plan de Cobertura Hospicio • Salud en el Hogar Paciente hospitalizado

## Recursos educativos

### Calendario de eventos

#### Febrero de 2017

Cardiología: Documentación de los procedimientos de imagen de perfusión miocárdica

Cuando: 8 de febrero de 2017  
Hora: 10:00 AM - 11:30 AM ET  
Tipo: *Webcast*

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

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0364661.asp>

Conociendo a Cotiviti (Parte A/B)

Cuando: 23 de febrero de 2017  
Hora: 10:00 AM - 11:00 AM 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/0366069.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](http://www.fcsouniversity.com). Ingrese a su cuenta o abra una si no la tiene y seleccione el curso que usted desea inscribirse. Los materiales de la clase están disponibles bajo "My Courses" a más tardar un día antes del evento. **¿Primera vez?** Es necesario abrir una cuenta completando por internet el **Formulario de solicitud de cuenta del usuario** (proveedores que aún no tienen su número NPI deben ingresar "9999" en el campo de NPI del formulario. Todas las entradas son verificadas). Usted recibirá su información de ingreso al sitio web dentro de 72 horas de haber solicitado su cuenta y desde ese momento podrá inscribirse a cualquier curso que le interese para usted y/o su personal.

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

#### Nota:

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_  
Título del registrante: \_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de email: \_\_\_\_\_  
Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Manténgase revisando nuestro sitio web <https://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® para el 5 de enero de 2017

MLN Connects® para el 5 de enero de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

### Nota del editor:

Los mejores deseos para un 2017 feliz y saludable. Su MLN Connects® eNews del proveedor tiene un nuevo nombre y diseño para el nuevo año. *Háganos saber* (en inglés) lo que usted piensa. MLN Connects aún ofrece las noticias semanales de Medicare que espera, pero con un nuevo estilo de *Medicare Learning Network® (MLN)* (en inglés).

### Noticia y anuncios

- Aplique para las Actividades de Mejora de la Práctica Clínica y el Estudio de Medición antes del 31 de enero
- Actualización del sitio web de ESRD PPS
- Reporte Comparativo de Facturación en Fisioterapia en febrero
- Programas de Incentivos de EHR: Nuevos Recursos de Certificación
- Guía de Implementación para Programas Clínicos Elegibles QRDA-III disponible
- Actualización Trimestral del Proveedor de enero disponible
- Lleve a sus Pacientes hacia un Comienzo Saludable en 2017

### Cumplimiento del proveedor

- Las Reclamaciones Duplicadas no serán Pagadas

### Reclamaciones, precios y códigos

- Montos de las Tarifas Fijas para los Accesorios y Cojines para Sillas de Ruedas Eléctricas del Grupo 3

### Próximos eventos

- ESRD QIP: Llamada de Reglamento Final del Año de Pago 2020 — 17 de enero
- Agrupaciones de Salud en el Hogar Modelo de Informe Técnico — 18 de enero
- Capacitación a Proveedores de Programas de Reporte de Calidad de Hospicios — 18 de enero
- Llamada de Calificación por Estrellas de Calidad en el Hogar de la Atención al Paciente — 19 de enero
- Programas de Calidad de Medicare: Llamada de Transición de PQRS a MIPS — 24 de enero

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Presentación en Video del Programa de Pago de Calidad — nuevo
- Llamada de Establecimiento Hospitalario: Registro de audio y transcripción — nuevo
- Hoja informativa acerca de Sobrepagos de Medicare — revisado
- Hoja informativa acerca de PECOS para Organizaciones de Proveedores y Suplidores — revisado
- Folleto del Sistema de Pago Prospectivo de Hospital de Cuidado Prolongado — recordatorio
- Folleto de Enfermeras Registradas de Práctica Avanzada, Asistentes de Anestesiólogos y Asistentes Médicos — recordatorio

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

## MLN Connects® para el 12 de enero de 2017

MLN Connects® para el 12 de enero de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

### Noticia y anuncios

- Abordar la Epidemia de Opioides: Manteniendo saludables a los beneficiarios de Medicare y Medicaid
- Estudio Piloto de Medidas de Calidad de TOH de Atención Post-Aguda: Responder antes del 17 de enero

- Laboratorios Clínicos: Prepárese Ahora para Reportar Datos de Laboratorio hasta el 31 de marzo
- Cambios en los Servicios de Manejo de Cuidados Crónicos para 2017
- Centro de Recursos eCQI Integrado con USHIK
- Conjunto de Valores eCQM para 2017 Período de

Ver **MLN**, en la próxima página



## MLN

De la página anterior

Desempeño: Adición disponible

- Programas de Calidad de Medicare: Actualizaciones del Código ICD-10 e Impacto al Cuatro Trimestre 2016
- Enero es el Mes de Concientización acerca de la Salud del Cuello Uterino

### Cumplimiento del proveedor

- Minuta del proveedor de CMS: Video de imágenes de Tomografía Computarizada

### Próximos eventos

- ESRD QIP: Llamada de Reglamento Final del Año de Pago — 17 de enero
- Agrupaciones de Salud en el Hogar Modelo de Informe Técnico — 18 de enero
- Llamada de Calificación por Estrellas de Calidad en el Hogar de la Atención al Paciente — 19 de enero
- Programas de Calidad de Medicare: Llamada de Transición de PQRS a MIPS — 24 de enero

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Guía Adicional para los Laboratorios Clínicos a medida que comienzan los Reportes de Datos Artículo de MLN Matters — nuevo
- Aplicación CMS 855S Revisada: Proveedores DMEPOS

Artículo de MLN Matters — nuevo

- Hoja Informativa de los Cambios en los Servicios de Manejo de Cuidados Crónicos para 2017 — nuevo
- Cómo utilizar el Folleto de la Base de Datos de Cobertura de Medicare — revisado
- Folleto del Sistema de Pago Prospectivo SNF — revisado
- Folleto del Sistema de Pago Prospectivo de Hospitales de Atención Aguda — revisado
- Folleto del Sistema de Pago Prospectivo HH — revisado
- Hoja Informativa del Sistema de Pago Prospectivo IRF — revisado
- Hoja Informativa de Servicios de Gestión de Cuidados Crónicos — revisado
- Hoja Informativa acerca de Servicios de Visión de Medicare — revisado
- Hoja Informativa acerca de los Servicios de Cama Múltiple — revisado
- Hoja Informativa acerca de los Inmunizadores Masivos y Lista de Facturación — revisado

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

## MLN Connects® para el 19 de enero de 2017

*MLN Connects® para el 19 de enero de 2017*

*Vea en esta edición como un PDF *

### Noticia y anuncios

- Más de 40 Millones de Beneficiarios de Medicare utilizaron Servicios Preventivos Gratuitos en 2016
- Profesionales de Prótesis y Proveedores de Ortopedia Fabricada a la Medida: Establecimiento de Disposiciones y Requisitos Especiales de Pago
- Datos de eCQM: Ampliación de la Fecha Límite para 2016 hasta el 13 de marzo
- Programa de Incentivos de EHR: De fe de los Requisitos del Programa 2016 antes del 28 de febrero
- Programas de Incentivos de EHR: Cálculos para Objetivos y

Medidas que requieren Acción del Paciente

- CMS publica Reportes de Puntaje de Rendimiento de QIP de ESRD para el año de pago 2017
- Nueva página web de Manejo de Atención
- Tarifa de Solicitud de Inscripción del Proveedor para el Año Calendario 2017
- Cálculos Anuales de Neutralidad del Presupuesto de Oxígeno Estacionario de 2017
- Mes de Concientización acerca del Glaucoma: Haga una Resolución para una Visión Saludable

### Cumplimiento del proveedor

- Declaraciones de Elección de Cuidados Paliativos Carecen de Información Requerida o Tienen Otras Vulnerabilidades

Ver **MLN**, en la próxima página

## MLN

De la página anterior

### Reclamaciones, precios y códigos

- Asuntos de Reclamación de Hospital OPPS

### Próximos eventos

- Programas de Calidad de Medicare: Llamada de Transición de PQRS a MIPS — 24 de enero

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Boletín Trimestral de Cumplimiento de los Proveedores de Medicare [Volumen 7, Número 2] — nuevo
- Parte C y D de Medicare Curso de Formación Basado en la

web de Cumplimiento General — revisado

- Partes C y D de Medicare Curso de Formación Basado en la web Combatiendo el Fraude, Desperdicio y Abuso — revisado
- Herramienta Educativa de las Páginas web de Uso Frecuente por Profesionales de la Salud — revisado
- Herramienta Educativa del Conjunto de Códigos ICD-9-CM, ICD-10-CM, ICD-10-PCS, CPT, y HCPCS — 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>.



## Hospital

# Sección 16001 y 16002 de la 21st Century Cures Act

### Sección 16005 de la 21st Century Cures Act

El 13 de diciembre de 2016, la 21st Century Cures Act fue promulgada como ley. Las secciones 16001 y 16002 modificaron la Sección 1833(t)(21) de la Ley del Seguro Social (agregada por la Sección 603 de la Ley de Presupuesto Bipartidista (Bipartisan Budget Act) de 2015) y proporcionaron criterios adicionales acerca de cuáles departamentos fuera del campus de un proveedor serán “exceptuados” del pago bajo la Sección 1833(t)(21)(C) de la Ley de Seguro Social.

**El requisito que está a medio desarrollo especifica que, antes del 2 de noviembre de 2015, el proveedor tenía un acuerdo escrito vinculante con una parte externa no relacionada para la construcción real del departamento.**

### Sección 16001:

**Continuar con el pago de Medicare bajo el sistema de pago prospectivo del departamento de pacientes ambulatorios del hospital (HOPD), para servicios prestados por departamentos ambulatorios de proveedores fuera del campus.**

### Para 2017:

Un departamento fuera del campus de un proveedor para el cual el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recibió una certificación de conformidad con las regulaciones en 42 CFR 413.65 (b) (3) antes del 2 de diciembre de 2015, será considerado como “Exceptuado” del pago bajo la Sección 1833 (t) (21) (C). Estos departamentos fuera del campus de un proveedor no deben utilizar el modificador “PN” en los reclamos ambulatorios del hospital para los artículos y servicios prestados en 2017.

### Para 2018:

Un departamento fuera del campus de un proveedor estará exento del pago bajo la sección 1833 (t) (21) (C) de la Ley de Seguro Social por artículos y servicios provistos a partir del 1 de enero de 2018 y no debe utilizar un modificador “PN” en las reclamaciones de pacientes ambulatorios del hospital para artículos y servicios prestados a partir del 1 de enero de 2018, si cumple con los requisitos descritos a continuación:

A más tardar el 13 de febrero de 2017, se recibirá un certificado basado en el proveedor (de conformidad con la sección 413.65 (b) (3)) que dicho departamento cumplió con los requisitos de un departamento de un proveedor especificado en la Sección 413.65 del título 42 del Código

### De Regulaciones Federales:

El proveedor incluye a dicho departamento como parte del proveedor en su formulario de inscripción de acuerdo con el proceso de inscripción bajo la Sección 1866 (j); y El departamento cumplió con el requisito a medio desarrollo (como se define en la Sección 1833 (t) (21) (B) (v)) y el Secretario recibe una certificación por escrito que el departamento cumplió tales requisitos y es firmado por el director general o el director de operaciones del proveedor principal (según se define en 413.65 (b) (2)) (o equivalente si tales títulos no son utilizados por el proveedor principal) a más tardar el 13 de febrero de 2017.

Envíos por correo electrónico de los requisitos anteriores son aceptables.

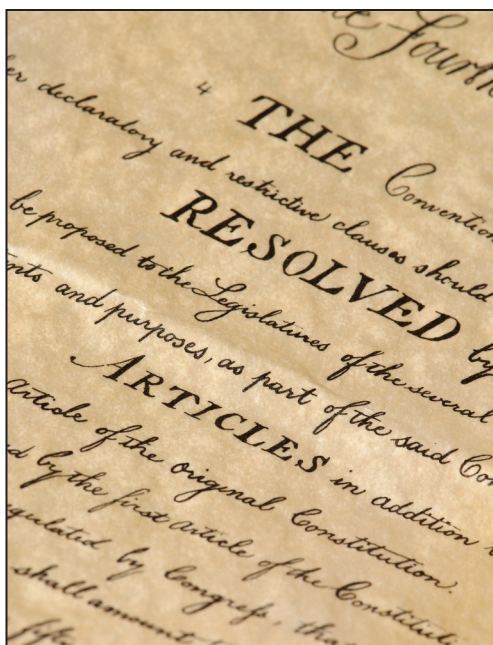
### Sección 16002:

**Tratamiento de los hospitales de cáncer en el departamento ambulatorio fuera del campus de una política de proveedor**

Un departamento de un hospital fuera del campus pagado bajo la Sección 1886 (d)(1)(B)(v) de la Ley (es decir, Hospitales de Cáncer exento de PPS) está exento del pago bajo la Sección 1833(t)(21) (C) si cumplió con los requisitos basados en el proveedor según 42 CFR 413.65 después del 1 de noviembre de 2015 y antes del 13 de diciembre de 2016 y presentó una certificación con respecto a dicho departamento de acuerdo con 42 CFR 413.65 (b)(3) a más tardar el 13 de febrero de 2017. Este departamento no debe utilizar el modificador “PN” en las reclamaciones de pacientes ambulatorios del hospital para artículos y servicios prestados a partir del 1 de enero de 2017.

Alternativamente, en el caso de un departamento ambulatorio de un hospital fuera del campus pagado bajo la Sección 1886(d)(1)(B)(v) de la Ley que cumple con los requisitos de 42 CFR 413.65 después del 13 de diciembre de 2016, tales artículos y servicios aplicables proporcionados por tal departamento serán exceptuados del pago bajo la Sección 1833(t)(21)(C) si el Secretario recibe de un proveedor una certificación basada en el proveedor que declara que dichos requisitos fueron cumplidos a más tardar 60 días después de la fecha en que tales requisitos fueron cumplidos por ese departamento. Dicho departamento no debe utilizar el modificador “PN” en las reclamaciones de pacientes ambulatorios del hospital.

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



**Facturación**

# CMS actualiza el proceso de transferencia para corregir los problemas de facturación de la Parte A

Número de *MLN Matters*®: MM9681 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9681  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de enero de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R17700TN  
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

*Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid actualizarán recientemente el sistema de procesamiento de reclamaciones de la Parte A de Medicare para corregir problemas de facturación en los que los proveedores no reciben códigos de razón de ajuste de reclamación y códigos de observación para remesas de pago con ciertas negaciones para reclamaciones. Este artículo fue revisado el 9 de enero para reflejar la CR 9681 revisada emitida el 9 de enero. En el artículo, las referencias al tipo de proyecto de ley 82x se suprimen del último párrafo de la sección Antecedentes. Además, se revisan la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR 9681.*

**Resumen**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán el sistema de procesamiento de reclamaciones de la Parte A de Medicare para corregir problemas de facturación en los que los proveedores no reciben códigos de razón de ajuste de reclamación y códigos de observación para las remesas de pago (RARC). En la actualidad, el sistema de la Parte A no impide la entrada del indicador presente el día de admisión (POA) en las reclamaciones iniciales de los centros ambulatorios. Otras limitaciones actuales incluyen instancias de duplicados de días de hospital en las reclamaciones salientes 837 de coordinación institucional de beneficios (COB) y transferencias rechazadas por parte de los contribuyentes suplementarios como consecuencia de la falta de RARC en ciertos campos del sistema. CMS publicará las actualizaciones del sistema de la Parte A que entrarán en vigor el 1 de abril de 2017. Estas actualizaciones:

- Resolverán el problema del indicador POA en

las reclamaciones de los centros ambulatorios iniciales devolviendo al proveedor (RTP) cualquier reclamo ambulatorio (tipo de factura distinto de 11x, 18x, 21x, 41x y 82x) que contiene un indicador POA. Los proveedores de facturación para los hospitales deberían hacer que sea una práctica recurrente, incluir únicamente los indicadores de POA en reclamos de tipo de factura (TOB) 11x, 18x, 21x, 41x y 82x presentados a Medicare.

- Se asegurarán que al menos un RARC informativo sea entregado para cumplir con los requisitos de HIPAA y el comite para la calidad del cuidado de la salud a bajo costo para las reglamentación de operación para el intercambio de información (CAQH CORE). Esto ayudará a resolver los problemas en los que los contribuyentes suplementarios están rechazando las reclamaciones de transferencia.

**Información adicional**

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9681.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9681, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R17700TN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1770, CR 9681

*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.*

Encuentre rápido sus favoritos  utilice Enlaces Populares

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con un solo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita – utilice Enlaces Populares.



## Sistema de pago prospectivo

# CMS actualiza el sistema de pago prospectivo de los centros de salud calificados federalmente

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9831 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9831  
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de enero de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3688CP  
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) actualizaron recientemente la tarifa de pago base del sistema de pago prospectivo (PPS) de los centros de salud federalmente calificados y los factores de ajuste geográfico para 2017. Este artículo fue revisado el 5 de enero para reflejar la petición de cambio (CR) revisada, emitida el 4 de enero. La CR rectificó un error tipográfico en la tasa de pago de 2015 para FQHC con derechos adquiridos tribales. Además, se revisan la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR.



de los centros de salud calificados federalmente (FQHC) y los factores de ajuste geográfico para 2017.

La tasa de pago base de 2017 refleja un aumento del 1,8 por ciento sobre la tasa de pago base del 2016 en \$160.60 dólares. Medicare paga a los FQHC teniendo en cuenta el menor de los cargos reales o la tasa de

PPS para todos los servicios de FQHC proporcionados a los beneficiarios de Medicare en el mismo día.

La tasa básica de PFSS de los FQHC se ajusta para cada centro de salud por el factor de ajuste geográfico (GAF) de los FQHC (GAF), basado en los índices de costo de la práctica geográfica (GPCI) usados para ajustar el pago bajo el plan de honorarios médicos de Medicare (MPFS).

**Nota:** Las reclamaciones tribales con derechos adquiridos de FQHC con fechas de servicio

en o después del 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017, deben pagarse a la tasa del 2016 de \$324 hasta que CMS proporcione una tasa de pago actualizada para 2017.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9831.pdf>.

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) actualizaron recientemente la tasa de pago base del sistema de pago prospectivo (PPS)

# Actualización del Sistema de pago prospectivo ambulatorio del hospital de enero 2017

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9930  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9930  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2016  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R232BP, R3685CP  
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente cambios en las instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago prospectivo (OPPS) del hospital de enero de 2017. Para el año 2017, los Centros de Servicios de Medicare

y Medicaid (CMS) revisaron el período de pago de transferencia. A partir del 1 de enero de 2017, hay tres categorías de dispositivos elegibles para el pago por transferencia.

Además de este cambio de política, CMS actualizó las instrucciones de facturación para:

- Facturación para el tejido corneal
- Facturación por servicios móviles de monitorización de la telemetría cardíaca
- Nuevos códigos G de HCPCS de laboratorio con vigencia a partir del 1 de enero de 2015
- Guía de codificación para inyecciones intraoculares o perioculares de combinaciones de fármacos antiinflamatorios y antibióticos
- Nuevos códigos HCPCS y descriptores de dosis para ciertos medicamentos, productos biológicos y

Ver **Actualización**, en la próxima página

## Actualización

De la página anterior

- productos radiofarmacéuticos
- Medicamentos y productos biológicos con pagos basados en el precio promedio de venta (ASP)
- Cambios en el procedimiento de sustitución de la piel.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9930.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9930, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://>

[www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R232BP.pdf](http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R232BP.pdf) y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3685CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 232, CR 9930  
CMS Pub. 100-04, Transmittal 3685, CR 9930

*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)



## 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 <https://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 [https://medicareespanol.fcso.com/coberturas\\_medicas/lcd\\_search.asp](https://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 retirada

# Diálisis (fístula AV e injerto) mantenimiento del acceso vascular -- Parte A/B LCD retirada

### Identificador de LCD: L33316 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el mantenimiento del acceso vascular de diálisis (fístula AV e injerto) se está retirando a partir del 1 de enero de 2017. Los siguientes códigos CPT® (35475, 35476, 36147, 36148 y 36870) han sido suprimidos y reemplazados por nuevos códigos CPT® (36901-36909) que abordan este episodio de cuidado. A falta de un LCD, suponiendo que se cumplan todos los demás requisitos del programa, se aplica la cantidad máxima de cobertura médicamente razonable y necesaria para estos procedimientos, incluidos las calificaciones del proveedor que realiza el trabajo.

### Fecha de vigencia

Esta LCD retirada es efectiva para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2017. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (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](#).

## Revisiones a las LCD existentes

# Servicios de Terapia y Rehabilitación -- revisión de LCD de la Parte A y B

### Identificador de LCD: L33413 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basada en la petición de cambio (CR) 9861, las Revisiones de Codificación ICD-10 de Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han instruido a los contratistas a eliminar todos los códigos de diagnóstico asociados en la edición actual del código CPT® 97026 (aplicación de una modalidad a una o más áreas, infrarroja) a partir del 1 de octubre de 2015, ya que la terapia infrarroja no está cubierta para todas las indicaciones. Por lo tanto, se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para terapia y servicios de rehabilitación para eliminar todos los códigos de lenguaje y diagnóstico asociados al código CPT® 97026, ya que la terapia infrarroja no está cubierta

para todas las indicaciones.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 20 de enero de 2017**, para los servicios prestados **a partir 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](#).

# Inmunoglobulina Intravenosa – revisión de LCD de la Parte A y B

### Identificador de LCD: L34007 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una solicitud de reconsideración para incluir un código de diagnóstico para el rechazo mediado por anticuerpos (AMR) después del trasplante de riñón, se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para la inmunoglobulina intravenosa para añadir el código de diagnóstico ICD-10-CM T86.11 (rechazo de trasplante renal) a la sección de la LCD "ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica".

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 17 de enero de 2017. 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](#).



## Rituximab (Rituxan®) – revisión de LCD de la Parte A y B

### Identificador de LCD: L33746 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una solicitud de reconsideración para incluir un código de diagnóstico para el rechazo mediado por anticuerpos (AMR) después del trasplante de riñón, se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para rituximab (Rituxan®) para añadir el código de diagnóstico ICD-10-CM T86.11 (rechazo de trasplante renal) a la sección de la LCD “ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica”.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 17 de enero de 2017. 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](#).

## Oftalmoscopia – revisión de LCD de la Parte A y B

### Identificador de LCD: L34017 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basada en una solicitud para incluir un rango de códigos de diagnóstico para la determinación de cobertura local (LCD) para Oftalmoscopia, la LCD fue revisada para incluir el rango de códigos ICD-10 E10.3291-E10.3299 (diabetes mellitus con retinopatía diabética no proliferativa leve sin edema macular) a la sección de la LCD “ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica”.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones

procesadas a partir del 9 de enero de 2017, por servicios prestados a partir del 1 de octubre 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](#).

### 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 acerca de los requerimientos de firma de Medicare y cómo adherirse a estos puede prevenir que sus reclamaciones sean afectadas.



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

#### Sitios web

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

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Reclamaciones/correspondencia

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

#### Puerto Rico

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

#### Medicare EDI

#### Presentación de reclamaciones electrónicas

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

#### Fraude y abuso

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

#### Solicitudes de FOIA

#### Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

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

#### Consultas generales

*Formulario en línea (haga clic aquí)*

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

#### Determinaciones de cobertura local

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

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

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

#### Auditorías de hospital

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

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

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

#### Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos 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](http://www.cms.gov))

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

#### Oficina del inspector general (OIG)

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

#### Servicio al cliente del beneficiario

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

## Asuntos de procesamiento

# Angiografía tomográfica computarizada del tórax, corazón y arterias coronarias -- las reclamaciones pueden haber sido denegadas por error

### Problema

Las reclamaciones presentadas para la angiografía tomográfica de tórax, corazón y arterias coronarias (códigos de procedimiento 75571-75574) entre el 1 de octubre de 2015 y el 5 de septiembre de 2016, pueden haber sido denegadas por error cuando se les facturó con los códigos de diagnóstico I35.0, I35.1, I35.2, I35.8, I48.0, I48.1, I48.2 y I48.91.

### Resolución

Este error fue corregido el 6 de septiembre de 2016. Las reclamaciones procesadas en o después del 6 de septiembre de 2016, fueron adjudicadas correctamente.

First Coast Service Options Inc. realizará ajustes para corregir los errores en todas las reclamaciones afectadas.

### Estado/fecha de resolución

Cerrado/6 de septiembre de 2016.

### Acción del proveedor

No se requiere ninguna acción por parte del proveedor.

### Problemas actuales de procesamiento

Aquí hay un enlace a una 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.*

## Centro de cirugía ambulatoria

# Actualización de enero del sistema de pago del ASC

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9923

Número de petición de cambio relacionado: CR 9923

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2016

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017

Número de transmisión de CR relacionado: R3683CP

Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

Argus (C1842)

- Modificaciones del procedimiento de sustitución de la piel

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9923.pdf>.

### Resumen

La petición de cambio 9923 detalla los cambios en las instrucciones de facturación de diversas políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago del Centro de cirugía ambulatoria (ASC) de enero de 2017.

Muchas tarifas de pago del ASC bajo el sistema de pago del ASC se establecen utilizando la información de tarifa de pago en el Manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS, por sus siglas en inglés). Los archivos de pago asociados con esta transmisión reflejan los cambios más recientes en el pago 2017 de MPFS, efectivo a partir del 1 de enero de 2017. Los cambios programados con esta actualización incluyen:

- Nuevas políticas de dispositivos transferibles
- Código complementario de prótesis de retina



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9923, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3683CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3683, CR 9923

*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

# Guía adicional para los laboratorios clínicos ya que el reporte de datos inicia

Número de *MLN Matters*®: SE17002  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Este artículo pretende proporcionar una guía adicional a la comunidad de laboratorio para cumplir con los nuevos requisitos para el período de reporte de datos para las tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS), que se abrió el 1 de enero. El artículo incluye algunos consejos de presentación e información importante para laboratorios grandes.

Los laboratorios deben ambos de los siguientes:

- Presentador de CLFS (debe estar registrado en

PECOS)

- Certificador de CLFS

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17002.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17002

*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

# Lista 2017 de jurisdicciones de DMEPOS del código de HCPCS

Número de *MLN Matters*®: MM9903 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9903  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de enero de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3689CP  
 Fecha de implementación: 24 de enero de 2017

*La lista actualizada 2017 de jurisdicciones de códigos de healthcare common procedure coding system (HCPCS) para equipos médicos duraderos, prósticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) está ahora disponible. Este artículo fue revisado el 6 de enero para reflejar la petición de cambio 9903 (CR) revisada, emitida el 5 de enero. En el artículo se revisan la fecha de publicación, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR.*

### Resumen

La petición de cambio (CR) 9903 notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para el contratista administrativo de Medicare de equipos médicos duraderos (DME MAC), la Parte B, o las jurisdicciones A/B MAC se actualizan para reflejar los códigos que se han agregado o discontinuado (eliminado). La hoja de cálculo es útil para el personal de facturación mostrando al contratista de Medicare apropiado a ser facturado por HCPCS que

aparece en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de jurisdicciones 2017 está disponible en la categoría "Coding" ("Codificación") en <https://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.html> (en inglés); también está adjunta a CR 9903 (en inglés).

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9903.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9903, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3689CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3689, CR 9903

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



## Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <https://medicareespanol.fcsso.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.fcsso.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 [https://medicareespanol.fcsso.com/coberturas\\_medicas/lcd\\_search.asp](https://medicareespanol.fcsso.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 retiradas

### Oprelvekin (Neumega®) -- LCD retirada Parte B

#### Identificador de LCD: L33926 (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD), se determinó que la LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, se está retirando.

Es de destacar que los medicamentos aprobados para comercialización por la Food and Drug Administration (FDA) se consideran seguros y eficaces cuando se utilizan para las indicaciones especificadas en el etiquetado. La LCD (L33915) Cobertura de Medicamentos Ambulatorios y Productos Biológicos con etiqueta y sin etiqueta describe los criterios generales de cobertura para los medicamentos aprobados para la comercialización por el uso de la etiqueta de la FDA, así como el uso sin la

etiqueta en ausencia de una determinación nacional de cobertura (NCD) o una LCD de Contratista Administrativo de Medicare o de un artículo publicado.

#### Fecha de vigencia

Este retiro de LCD es efectivo para servicios prestados a **partir del 9 de enero de 2017**. 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](#).

### Diálisis (fístula AV e injerto) mantenimiento del acceso vascular -- Parte A/B LCD retirada

#### Identificador de LCD: L33316 (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el mantenimiento del acceso vascular de diálisis (fístula AV e injerto) se está retirando a partir del 1 de enero de 2017. Los siguientes códigos CPT® (35475, 35476, 36147, 36148 y 36870) han sido suprimidos y reemplazados por nuevos códigos CPT® (36901-36909) que abordan este episodio de cuidado. A falta de un LCD, suponiendo que se cumplan todos los demás requisitos del programa, se aplica la cantidad máxima de cobertura médicamente razonable y necesaria para estos procedimientos, incluidos las calificaciones del proveedor que realiza el trabajo.

#### Fecha de vigencia

Esta LCD retirada es efectiva para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2017. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (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](#).

## Revisiones a las LCD existentes

### Servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería -- revisión de LCD de la Parte A y B

#### Identificador de LCD: L36230 (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

Basada en la petición de cambio (CR) 9754 (Especificaciones del Editor de Código de Paciente Externo Octubre de 2016) y CR 9749 (Actualización Trimestral a la Base de Datos de Tarifas Fijas para Médicos de Medicare (MPFSDB) - Actualización de octubre del año calendario 2016), la determinación de cobertura local para los servicios de evaluación y manejo en un centro de enfermería fue revisada para agregar el código HCPCS G9685 (evaluación y manejo del cambio agudo del beneficiario en un centro de enfermería) a la sección "Códigos CPT®/HCPCS" de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas a **partir del 17 de enero de 2017** para servicios prestados a **partir del 1 de octubre 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](#).

## Servicios de Terapia y Rehabilitación -- revisión de LCD de la Parte A y B

### Identificador de LCD: L33413 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basada en la petición de cambio (CR) 9861, las Revisiones de Codificación ICD-10 de Determinaciones de Cobertura Nacional (NCD), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han instruido a los contratistas a eliminar todos los códigos de diagnóstico asociados en la edición actual del código CPT® 97026 (aplicación de una modalidad a una o más áreas, infrarroja) a partir del 1 de octubre de 2015, ya que la terapia infrarroja no está cubierta para todas las indicaciones. Por lo tanto, se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para terapia y servicios de rehabilitación para eliminar todos los códigos de lenguaje y diagnóstico asociados al código CPT® 97026, ya que la terapia infrarroja no está cubierta para todas las indicaciones.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas a partir del 20 de enero de 2017, para los servicios prestados a partir 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).

## Inmunoglobulina Intravenosa – revisión de LCD de la Parte A y B

### Identificador de LCD: L34007 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una solicitud de reconsideración para incluir un código de diagnóstico para el rechazo mediado por anticuerpos (AMR) después del trasplante de riñón, se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para la inmunoglobulina intravenosa para añadir el código de diagnóstico ICD-10-CM T86.11 (rechazo de trasplante renal) a la sección de la LCD "ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica".

## Rituximab (Rituxan®) – revisión de LCD de la Parte A y B

### Identificador de LCD: L33746 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una solicitud de reconsideración para incluir un código de diagnóstico para el rechazo mediado por anticuerpos (AMR) después del trasplante de riñón, se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para rituximab (Rituxan®) para añadir el código de diagnóstico ICD-10-CM T86.11 (rechazo de trasplante renal) a la sección de la LCD "ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica".

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios



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](#).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados a partir del 17 de enero de 2017. 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](#).

prestados a partir del 17 de enero de 2017. 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](#).



## Oftalmoscopia – revisión de LCD de la Parte A y B

### Identificador de LCD: L34017 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basada en una solicitud para incluir un rango de códigos de diagnóstico para la determinación de cobertura local (LCD) para Oftalmoscopia, la LCD fue revisada para incluir el rango de códigos ICD-10 E10.3291-E10.3299 (diabetes mellitus con retinopatía diabética no proliferativa leve sin edema macular) a la sección de la LCD “ICD-10 Códigos que Apoyan la Necesidad Médica”.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **a partir del 9 de enero de 2017**, por servicios prestados **a partir del 1 de octubre 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](#).

## Lista de MEDPARD disponible

El *directorio de proveedores de servicios médicos participantes de Medicare Parte B (MEDPARD)* contiene nombres, direcciones, números de teléfono y especialidades de los médicos y proveedores que han aceptado participar en la aceptación de la asignación de todas las reclamaciones de Medicare de Parte B por artículos y servicios cubiertos.

La lista de MEDPARD estará disponible en el sitio web del proveedor de First Coast en <https://medicareespanol.fcso.com/MEDPARD/>.

Fuente: Pub 100-04, Transmittal 3397, CR 9368

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



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

email: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<http://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

### Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

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

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica del SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<http://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.medicare.gov>



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**