

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Marzo 2017



En esta edición

Actualización de abril a la base de datos de tarifas fijas de Medicare de 2017	8
Actualización de abril de 2017 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios	13
Solicitud CMS-8550 revisada: Inscripción solo para ordenar, certificar o prescribir	22

CMS publica actualización de abril de 2017 del conjunto de códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud

Número de *MLN Matters*®: MM9869
Número de petición de cambio relacionado: CR 9869
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de febrero de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3723CP
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

NUCC HPTC actualizado lo más pronto posible después del 1 de abril de 2017.

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/MM9869.pdf>.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización programada del 1 de abril de los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC).

El Comité Nacional de Reclamaciones Uniformes (NUCC) mantiene el conjunto de HPTC para la clasificación estandarizada de proveedores del cuidado de la salud y lo actualiza dos veces al año con cambios efectivos a partir del 1 de abril y el 1 de octubre.

La petición de cambio (CR) 9869 ordena a los contratistas administrativos de Medicare que implementen el conjunto



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9869, 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/R3723CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3723, CR 9869

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.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Códigos de procedimiento

CMS publica actualización de abril de 2017 del conjunto de códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud...1

EDI

CMS publica actualizaciones del código de observación de remesas de pago, código de denegación de ajuste de reclamaciones, Medicare Remit Easy Print y PC Print3

CMS actualiza el manual de reclamaciones para corregir los mensajes de remesas de pago3

Inscripción de proveedores

Revalidación de la inscripción del proveedor – ciclo 24

Cobertura

Disforia de género y cirugía de reasignación de género4

CMS publica las revisiones de codificación de ICD-10 a las determinaciones de cobertura nacional5

CMS publica las revisiones de codificación de la ICD-10 a nueve determinaciones de cobertura nacional5

Facturación

CMS presenta dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare6

CMS prepara nuevos modelos de pago de episodios para cirugía de cadera y cirugía de corazón abierto7

Tarifas

Actualización trimestral de abril de 2017 para equipo médico duradero, próstéticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS)7

Actualización de abril a la base de datos de tarifas fijas de Medicare de 20178

Implementación de código nuevo de la vacuna contra el virus de la influenza8

CMS actualiza las cuotas de costos de viaje de Medicare para la recolección de especímenes9

Recursos educativos

Calendario de eventos10

MLN Connects® para el 23 de febrero de 201711

MLN Connects® para el 2 de marzo de 201711

MLN Connects® para el 9 de marzo de 201711

MLN Connects® para el 16 de marzo de 201712

Parte A

Hospital

Directrices para los códigos de estado de alta del paciente y las políticas de transferencia hospitalaria revisadas...13

Actualización de abril de 2017 del sistema de pago prospectivo hospitalario para pacientes ambulatorios (OPPS)13

Aclaración de los requerimientos de orden de admisión y de revisión médica14

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) para la versión 18.1 de abril de 201714

Sistema de pago prospectivo

Sistema de pago prospectivo (PPS) de los centros de salud federalmente calificados (FQHC) - actualizaciones periódicas de los archivos15

Implementación de planificación de atención anticipada para las reclamaciones del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios15

MSP

Servicios de procesamiento no autorizados por centro de administración de no veteranos en centro que no es para administración de veteranos16

Determinaciones locales de cobertura de Parte A

Aclaración de LCD

Sistema Rezum® para uso en el manejo de la hipertrofia prostática benigna - aclaraciones acerca de la tecnología del sistema y facturación correcta18

Revisiones a las LCD existentes

Monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B18

Paclitaxel (Taxol®) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B18

Servicios no cubiertos – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B19

Panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama - revisiones de la LCD de la Parte A y Parte B20

Terapia de viscosuplementación de la rodilla -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B20

Contactos de Parte A21

Parte B

ASC

Actualización del sistema de pagos de centro de cirugía ambulatoria (ASC) de abril de 201722

Asuntos de procesamiento

Reprocesamiento código HCPCS J7328 ...22

Inscripción del proveedor

Solicitud CMS-8550 revisada: Inscripción para ordenar, certificar o prescribir.....22

Rehabilitación

CMS actualiza la edición de servicios de terapia profesional23

Lista de MEDPARD disponible23

Determinaciones locales de cobertura de Parte B

Aclaración de LCD

Hyaluronan o derivado, Gel-Syn (código HCPCS J7328) – aclaración de facturación25

Sistema Rezum® para uso en el manejo de la hipertrofia prostática benigna - aclaraciones acerca de la tecnología del sistema y facturación correcta25

Revisiones a las LCD existentes

Terapia de viscosuplementación de la rodilla -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B25

Servicios no cubiertos – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B26

Monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B27

Panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama - revisiones de la LCD de la Parte A y Parte B27

Paclitaxel (Taxol®) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B27

Contactos de Parte B de Puerto Rico

Rico28

Información de contacto Florida29

Información de contacto las Islas Vírgenes de los Estados Unidos

Unidos30

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© 2016 American Medical Association (or such other date of publication of CPT®). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT®. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-10 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

Third-party websites:

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

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

EDI

CMS publica actualizaciones del código de observación de remesas de pago, código de denegación de ajuste de reclamaciones, Medicare Remit Easy Print y PC Print

Número de *MLN Matters*[®]: MM9878
Número de petición de cambio relacionado: CR 9878
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de febrero de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3725CP
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la petición de cambio (CR) 9878 que actualiza las listas del código de observación de remesas de pago (RARC) y del código de denegación de ajuste de reclamaciones (CARC).

La CR 9878 también requiere una actualización de Medicare Remit Easy Print (MREP) y el software PC Print. Si utiliza el software *MREP* o *PC Print*, asegúrese de obtener la última versión publicada el 3 de julio de 2017 o antes.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es

CMS actualiza el manual de reclamaciones para corregir los mensajes de remesas de pago

Número de *MLN Matters*[®]: MM9906
Número de petición de cambio relacionado: CR 9906
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de febrero de 2017
Fecha de efectividad: 25 de mayo de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3721CP
Fecha de implementación: 25 de mayo de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han publicado recientemente la petición de cambio (CR) 9906, la cual revisa los Capítulos 12, 17 y 23 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare para asegurar que toda codificación de remesas de pago es consistente con las reglamentaciones de operación estándar nacionales. También proporciona un formato para mostrar consistentemente la codificación de las remesas de pago a lo largo de este manual.

Reglamentación Operativa 360: Uso Uniforme de CARC y RARCs, regula la manera en la cual pueden utilizarse los códigos de grupo, los códigos de denegación de ajuste de reclamaciones (CARCs) y los códigos de observación de remesas de pago (RARCs). La reglamentación requiere códigos específicos, los cuales deben ser utilizados en combinación entre sí si se aplica uno de los escenarios

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9878.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9878, 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/R3725CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3725, CR 9878

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.

empresariales mencionados. La CR 9906 actualiza los capítulos 12, 17 y 23 del manual para reflejar el formato estándar establecido por estas reglamentaciones.

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/MM9906.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9906, 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/R3721CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3721, CR 9906

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

Revalidación de la inscripción del proveedor – ciclo 2

Número de *MLN Matters*®: SE1605 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

*Este artículo está destinado a todos los proveedores y suplidores que están inscritos en Medicare y necesitan hacer la revalidación. Fue revisado el 15 de marzo de 2017 para actualizar la tabla en la página 6 del artículo de *MLN Matters*® y se agregó información adicional después de esa tabla. Toda la demás información no ha cambiado.*

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) completaron su ronda inicial de revalidaciones y resumirán los ciclos regulares de revalidación. En un esfuerzo por simplificar el proceso de revalidación y reducir la carga de proveedor/suplidor, CMS ha implementado varias mejoras del proceso de revalidación que son capturados en este artículo de



edición especial.

Nota especial: El esfuerzo revalidación de inscripción del proveedor de Medicare no cambia otros aspectos del proceso de inscripción. Los suplidores/proveedores deben seguir presentando cambios como siempre han hecho. Si usted también recibe una solicitud de revalidación del contratista, debe responder por separado a esa petición.

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/SE1605.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1605

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

específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Cobertura

Disforia de género y cirugía de reasignación de género

Número de *MLN Matters*®: MM9981
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9981
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de marzo de 2017
 Fecha de efectividad: 30 de agosto de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R194NCD
 Fecha de implementación: 4 de abril de 2017

Resumen

Para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 30 de agosto de 2016, las determinaciones de cobertura para la cirugía de reasignación de género, bajo la sección 1862(a)(1)(A) de la Ley del Seguro Social y cualesquiera otros requisitos estatutarios relevantes, continuarán siendo realizadas por los contratistas administrativos locales de Medicare (MACs) sobre una base de caso por caso.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD); sin embargo, emitieron un párrafo explicativo acerca de cirugía de reasignación de género en el

Manual de NCD de Medicare, capítulo 1, parte 2, sección 140.9 (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/mm9981.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9981, 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/R194NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-03, Transmittal 194, CR 9981

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 las revisiones de codificación de ICD-10 a las determinaciones de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*[®]: MM9861

Número de petición de cambio relacionado: CR 9861

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2017

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016 – a menos que se indique lo contrario en requisitos individuales

Número de transmisión de CR relacionado: R1792OTN

Fecha de implementación: 3 de marzo de 2017 – sistemas locales MAC; 3 de abril de 2017 – sistemas compartidos FISS, MCS, CWF

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la petición de cambio (CR) 9861 que actualiza los códigos de diagnóstico específicos de 16 determinaciones de cobertura nacional (NCDs).

No se incluyen cambios relacionados con las políticas con estas actualizaciones. Todos los cambios relacionados con las políticas de las NCDs se siguen aplicando mediante el proceso actual de NCD. La CR 9861 hace ajustes a las siguientes 16 NCDs:

- NCD 40.1 - Diabetes Outpatient Self-Management Training (capacitación para el auto manejo de la diabetes para pacientes ambulatorios)
- NCD 40.7 - Outpatient Intravenous Insulin Treatment (tratamiento de insulina intravenosa para pacientes ambulatorios)
- NCD 80.2 - Photodynamic Therapy (terapia fotodinámica) (también NCD 80.2.1, 80.3, 80.3.1)
- NCD 80.11 – Vitrectomy (vitrectomía)
- NCD 100.1 - Bariatric Surgery (cirugía bariátrica)
- NCD 110.4 – Extracorporeal Photopheresis (fotoféresis extracorpórea)
- NCD 110.18 – Aprepitant (aprepitant)
- NCD 110.23 - Stem Cell Transplantation (transplante de células madre)

- NCD 180.1 - Medical Nutrition Therapy (terapia médica nutricional)
- NCD 190.1 – Histocompatibility Testing (pruebas de histocompatibilidad)
- NCD 210.3 - Colorectal Cancer Screening (detección de cáncer colorrectal)
- NCD 220.4 – Mammograms (mamografías)
- NCD 220.6.17 - Positron Emission Tomography (PET) for Solid Tumors (tomografía por emisión de positrones (PET) para tumores sólidos)
- NCD 260.3.1 - Islet Cell Transplants (transplantes de células de islote)
- NCD 260.5 - Intestinal and Multi-Visceral Transplants (transplantes intestinales y multi-viscerales)
- NCD 270.6 - Infrared Therapy Devices (dispositivos de terapia infrarroja)

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/MM9861.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9861, 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/R1792OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1792, CR 9861

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 las revisiones de codificación de la ICD-10 a nueve determinaciones de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*[®]: MM9982

Número de petición de cambio relacionado: CR 9982

Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de febrero de 2017

Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017 (a menos que se indique lo contrario en NCDs individuales)

Número de transmisión de CR relacionado: R1798OTN

Fecha de implementación: 20 de marzo de 2017, para ediciones de MAC y el 3 de julio de 2017, para sistemas compartidos

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente una petición de cambio (CR) 9982 que actualiza los códigos de diagnóstico específicos para nueve determinaciones de cobertura nacional (NCD).

No se incluyen cambios relacionados con las políticas con estas actualizaciones. Todos los cambios relacionados con las políticas de las NCDs se siguen aplicando mediante el proceso actual de NCD. La CR 9982 hace ajustes a las siguientes nueve NCDs:

- NCD20.31 - Intensive Cardiac Rehabilitation (ICR) (Rehabilitación Cardíaca Intensiva [ICR])
- NCD20.31.1 - ICR Pritkin Program (Programa ICR Pritkin)
- NCD20.31.2 - ICR Ornish Program (Programa ICR Ornish)
- NCD20.31.3 - ICR Benson-Henry Program (Programa ICR Benson Henry)
- NCD20.34 - Left Atrial Appendage Closure (Cierre del Apéndice Auricular Izquierdo)

Ver **CMS**, en la página 6

CMS

De la página 5

- NCD190.3 - Cytogenetic Studies (Estudios Citogenéticos)
- NCD260.3.1 - Islet Cell Transplants in Clinical Trials (Transplantes de Células de Islote en Ensayos Clínicos)
- NCD270.1 - Electrical Stimulation & Electromagnetic Therapy for Treatment of Wounds (Estimulación Eléctrica y Terapia Electromagnética para el Tratamiento de Heridas)
- NCD220.4 – Mammograms (Mamografías)

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/MM9982.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9982, 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/R1798OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1798, CR 9982

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

CMS presenta dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9893

Número de petición de cambio relacionado: CR 9893

Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2017

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017

Número de transmisión de CR relacionado: R1787OTN

Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecerán dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare para los procesos de reserva cuando un beneficiario de Medicare reciba una asignación de fondos de un acuerdo de responsabilidad o, adjudicación que se utilice para pagar los gastos médicos futuros de un beneficiario.

CMS establecerá un seguro de responsabilidad del acuerdo de reserva de Medicare (liability insurance Medicare set-aside arrangement-LMSA), y un seguro sin culpa del acuerdo de reserva de Medicare (no-fault insurance Medicare set-aside arrangement-NFMSA). Un LMSA o un NFMSA es una asignación de fondos de una responsabilidad o un acuerdo automático/sin culpa, juicio, adjudicación u otro pago que se utiliza para pagar los gastos médicos futuros o recetas de medicamentos futuras de un individuo que de lo contrario serían reembolsables por Medicare.

Medicare no paga gastos médicos futuros asociados con un acuerdo, juicio, adjudicación u otro pago porque “se ha realizado” pago por dichos artículos o servicios mediante el uso de fondos de LMSA o NFMSA. Los contratistas administrativos de Medicare negarán tales reclamaciones utilizando el código de denegación de ajuste de reclamación (CARC) 201 y el código de grupo “PR” se utilizará cuando se denieguen reclamaciones basadas en



el registro auxiliar abierto MSP de LMSA o NFMSA.

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/MM9893.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9893, 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/R1787OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1787, CR 9893

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 prepara nuevos modelos de pago de episodios para cirugía de cadera y cirugía de corazón abierto

Número de *MLN Matters*®: MM9916
Número de petición de cambio relacionado: CR 9916
Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de febrero de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R169DEMO
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la petición de cambio (CR) 9916, que prepara los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare para la implementación de tres nuevos modelos de pago de episodios (EPM) de infarto agudo de miocardio (AMI), bypass de arteria coronaria (CABG) y tratamiento quirúrgico de fractura de cadera y fémur (SHFFT).

Bajo los EPMs, los hospitales de cuidados agudos en ciertas áreas geográficas seleccionadas asumirán responsabilidad de calidad y pago por pagos agrupados retrospectivamente para los episodios de AMI, CABG y/o SHFFT. Todos los cuidados relacionados dentro de los 90 días posteriores al alta hospitalaria se incluirán en el episodio de cuidado.

CMS requerirá que todos los hospitales pagados bajo el sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados

y ubicados en áreas geográficas seleccionadas participen en los EPM, con excepciones limitadas. La atención a los beneficiarios elegibles que reciben cuidados en estos hospitales se incluirá automáticamente en el modelo.

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/MM9916.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9916, 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/R169DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 169, CR 9916

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

Actualización trimestral de abril de 2017 para equipo médico duradero, prostéticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS)

Número de *MLN Matters*®: MM9988
Número de petición de cambio relacionado: CR 9988
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de marzo de 2017
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3729CP
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Este artículo proporciona información relativa a los siguientes elementos procesados por el contratista regional de DME:

- Modificador KU para accesorios de silla de ruedas de rehabilitación compleja y cojines de asiento y respaldo
- Nota para la CR 8822 Reclasificación de cierto DME a la categoría de pago de renta limitada
- Pago por ajustes de volumen de oxígeno y equipo portátil de oxígeno



<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm9988.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9988, 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/R3729CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3729, CR 9988

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

Actualización de abril a la base de datos de tarifas fijas de Medicare de 2017

Número de *MLN Matters*®: MM9977
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9977
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de febrero de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3719CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 9977 incluye numerosas actualizaciones de estado del procedimiento. Entre estos cambios se encuentran las actualizaciones de pago (RVU) a los códigos de procedimiento 97161-97168. Los precios para estos códigos están disponibles en https://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos/.

La CR también añade códigos de procedimiento 0001U-0003U a la base de datos. Estos códigos no tienen precios desarrollados en este momento.

Los contratistas no buscarán sus archivos para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o para pagar las reclamaciones de forma retroactiva, sin embargo, ajustarán las reclamaciones que le den a su atención.

De acuerdo con el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare (Publicación 100-04),

Capítulo 23, Sección 30.1, esto debe considerarse el aviso de 30 días de un cambio al plan de tarifas fijas de médicos de Medicare de 2017 programado para el 3 de abril de 2017.

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/MM9977.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9977, 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/R3719CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3719, CR 9977

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.

Implementación de código nuevo de la vacuna contra el virus de la influenza

Número de *MLN Matters*®: MM9876
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9876
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de febrero de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3711CP
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que para las fechas de servicio en y después del 1 de julio de 2017, el código de virus de influenza 90682 será pagado por Medicare.

La petición de cambio (CR) 9876 proporciona instrucciones para el pago y modificaciones para el archivo de trabajo común (CWF) para incluir el código de vacuna contra el virus de la influenza 90682 (vacuna contra el virus de la influenza, tetravalente (RIV4), derivada del ADN recombinante, proteína hemaglutinina (HA), libre de preservantes y antibióticos, para uso intramuscular) para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de julio de 2017.

Efectivo para las fechas de servicio en o después del 1 de agosto de 2017, los contratistas administrativos de Medicare (MAC) pagarán el código 90682 utilizando

[el precio de las vacunas contra la gripe estacional](#) (en inglés). Los MACs denegarán las reclamaciones de la Parte B presentadas con el código 90682 para las fechas de servicio del 1 de enero de 2017 al 30 de junio de 2017.

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/MM9876.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9876, 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/R3711CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3711, CR 9876

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 actualiza las cuotas de costos de viaje de Medicare para la recolección de especímenes

Número de *MLN Matters*[®]: MM9960

Número de petición de cambio relacionado: CR 9960

Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de febrero de 2017

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017

Número de transmisión de CR relacionado: R3717CP

Fecha de implementación: 12 de mayo de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente la petición de cambio (CR) 9960 que revisa el pago de costos de viaje cuando se facturan por millaje utilizando el código P9603 del *Health Care Common Procedure Coding System* (HCPCS) y cuando se facturan en base a una cuota fija utilizando el código HCPCS P9604.

CMS calculó el gasto por milla utilizando la cuota de millaje Federal de \$0.535 por milla más \$0.45 adicional por milla para cubrir el tiempo de un técnico y los costos de viaje. El costo por viaje de la base de cuota fija de viaje es de \$9.85.

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/MM9960.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9960, 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/R3717CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3717, CR 9960

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)



Recursos educativos

Calendario de eventos

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/143443.asp>

Abril de 2017

Medicare Te Informa 2017 Dorado

Cuando: 20 y 21 de abril de 2017
 Hora: 8:00-3:30 PM ET
 Tipo: *Cara a cara*

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

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0368653.asp>

Servicios de E/M: Documentación de las visitas a los centros de enfermería (B)

Cuando: 25 de abril 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/0371067.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____
 Título del registrante: _____
 Nombre del proveedor: _____
 Número de teléfono: _____
 Dirección de email: _____
 Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Manténgase revisando nuestro sitio web <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 23 de febrero de 2017

MLN Connects® para el 23 de febrero de 2017

Vea en esta edición como un PDF

Noticia y anuncios

- CMS Otorga Aproximadamente \$100 Millones para Ayudar a Pequeñas Prácticas a Tener Éxito en el Programa de Pago de Calidad
- Fecha Límite para la Presentación de Datos de la NHSN para IRF y LTCH QRP: Ampliada hasta el 15 de mayo

Cumplimiento del proveedor

- Reporte de Cambios en la Propiedad

Próximos eventos

- Convocatoria a SNF VBP: Entendiendo el Reporte de Comentarios Confidenciales de su Centro — 15 de marzo
- Convocatoria a Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de Demencia y QAPI — 21 de marzo

MLN Connects® para el 2 de marzo de 2017

MLN Connects® para el 2 de marzo de 2017

Vea en esta edición como un PDF

Noticia y anuncios

- IRF y LTCH QRP Vista Previa de Reportes Disponible: Revisión para el 30 de marzo
- Marzo es el Mes Nacional de Concientización acerca del Cáncer Colorrectal

Cumplimiento del proveedor

- Cuidado de la Salud en el Hogar: Se Requiere Certificación Adecuada

Próximos eventos

- Convocatoria a SNF VBP: Entendiendo el Reporte de Comentarios Confidenciales de su Centro — 15 de marzo
- Convocatoria a Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de Demencia y QAPI — 21 de marzo

MLN Connects® para el 9 de marzo de 2017

MLN Connects® para el 9 de marzo de 2017

Vea en esta edición como un PDF

Noticia y anuncios

- Iniciativa para la Eliminación del Número de Seguro Social: Nuevos Detalles
- Laboratorios Clínicos: Reporte los Datos de Laboratorio

- Webinar de Reporte Comparativo de Facturación de Terapia Física — 29 de marzo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Recopilación de Datos acerca de Orientación Sexual e Identidad de Género en los Entornos de Cuidados de Salud — nuevo
- Grabaciones de Audio y Transcripciones de Llamadas Recientes — nuevo
- Instrucciones de Notificación de Observación para Pacientes Ambulatorios Artículo de MLN Matters — revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Cuidados Intensivos y el IPPS — 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 2 de marzo de 2017

- Capacitación de Proveedores de Programas de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar — 3 y 4 de mayo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Folleto del Hospital de Acceso Crítico — revisado
- Hoja Informativa de Servicios de Manejo de Cuidados Transicionales — revisado
- Hoja Informativa del Software MREP — recordatorio
- Hoja Informativa de Principios Básicos de HIPPA para Proveedores: Reglamentaciones de Notificación de Privacidad, Seguridad y Violación — recordatorio
- Hoja Informativa de Información de Contacto de Asistencia Técnica de PECOS — 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 9 de marzo de 2017

hasta el 31 de marzo

- Nueva Publicación de PEPPER para Hospitales de Cuidados Intensivos de Corto Plazo
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicios: Vuelva a Ejecutar sus Reportes de Medidas de Calidad
- LTCHs: Excepciones a la Moratoria sobre el Aumento de

Ver **MLN**, en la página 12

MLN

De la página 11

- Camas
- Monitores de Glucosa Continua Terapéuticos Clasificados como Equipos Médicos Duraderos
- Continúa la Actividad de la Influenza: ¿Están sus pacientes protegidos?

Cumplimiento del proveedor

- Servicios Quiroprácticos: Alta Tasa de Pago Inadecuado dentro de la Parte B de Medicare

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de Precio Promedio de Venta para Abril de 2017 Disponibles

Próximos eventos

- Convocatoria a SNF VBP: Entendiendo el Reporte de Comentarios Confidenciales de su Centro — 15 de marzo
- Convocatoria a Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de Demencia y QAPI — 21 de marzo
- Webinar del Modelo Ampliado del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare — 22 de marzo
- Webinar del Modelo ACO Track 1+ de Medicare — 22 de marzo
- Convocatoria a la Metodología de Tarifas Ajustadas de DMEPOS para áreas que no son de licitación: Participación de las Partes Interesadas en la Sección 16008 de la 21st. Century Cures Act — 23 de marzo

- Convocatoria a Ley IMPACT: Actividades de Datos de Evaluación de Pacientes Estandarizadas — 29 de marzo
- Convocatoria a Pagos Abiertos: Prepárese para Revisar los Datos Reportados — 13 de abril

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Herramienta Educativa de los Recursos de Inscripción de Medicare — nuevo
- Convocatoria a Servicios de Manejo de Cuidados Crónicos: Grabación de Audio y Transcripción — nuevo
- Convocatoria a Ley IMPACT: Grabación de Audio y Transcripción — nuevo
- Herramientas Educativas de Conjunto de Productos y Recursos — revisado
- Hoja Informativa de Centro de Salud Calificado Federalmente — revisado
- Hoja Informativa del PECOS para proveedores de DMEPOS — revisado
- Hoja Informativa de Información de Contacto de la Asistencia Técnica de PECOS — recordatorio
- Hoja Informativa acerca de la Planificación Anticipada — 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 16 de marzo de 2017

MLN Connects® para el 16 de marzo de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Solicitud CMS-8550 Revisada: Inscripción solo para Ordenar, Certificar o Prescribir
- Reporte de Facturación Comparativa sobre Pruebas de Función Sudomotor en Abril
- IRF y LTCH QRP Vista Previa de Reportes Disponible: Revisión para el 30 de marzo
- Mejore la Salud Durante el *National Nutrition Month*®

Cumplimiento del proveedor

- Denegaciones en los Centros de Enfermería Especializada para Pacientes Internados

Reclamaciones, precios y códigos

- Corrección del pago de manejo de cuidados crónicos para los RHC y los FQHC

Próximos eventos

- Convocatoria a Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de Demencia y QAPI — 21 de marzo
- Webinar del Modelo ACO Track 1+ de Medicare — 22 de marzo

- Convocatoria a la Metodología de Tarifas Ajustadas de DMEPOS para áreas que no son de licitación: Participación de las Partes Interesadas en la Sección 16008 de la 21st. Century Cures Act — 23 de marzo
- Convocatoria a Ley IMPACT: Actividades de Datos de Evaluación de Pacientes Estandarizadas — 29 de marzo
- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare ACO: Preparándose para Aplicar para el Programa del Año 2018 — 6 de abril
- Convocatoria a Pagos Abiertos: Prepárese para Revisar los Datos Reportados — 13 de abril
- LTCH Programa de calidad de informes de capacitación para el proveedor - 11 de agosto
- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare ACO: Completando el Proceso de Solicitud de 2018 — 19 de abril
- Webinar acerca del Reporte Comparativo de Facturación en Pruebas de Función Sudomotoras — 10 de mayo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Hoja informativa de Centro de Salud Rural — revisado

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

Hospital

Directrices para los códigos de estado de alta del paciente y las políticas de transferencia hospitalaria revisadas

Número de *MLN Matters*[®]: SE0801 *Rescindido*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo fue rescindido el 15 de marzo de 2017.

Resumen

Este artículo fue rescindido el 15 de marzo de 2017.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es

Actualización de abril de 2017 del sistema de pago prospectivo hospitalario para pacientes ambulatorios (OPPS)

Número de *MLN Matters*[®]: MM10005
Número de petición de cambio relacionado: CR 10005
Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de marzo de 2017
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3728CP
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

El editor de códigos integrados para pacientes ambulatorios (I/OCE) de abril de 2017 reflejará el *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS), la clasificación de pagos ambulatorios (APC), el modificador del HCPCS y adiciones, cambios y supresiones de códigos de ingresos identificados en la CR 10005.

Los principales cambios e instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en las actualizaciones del OPPS de abril de 2017 son las siguientes:

- Códigos CPT[®] de análisis de laboratorio patentado (PLA) vigentes a partir del 1 de febrero de 2017,
- Cambios en la codificación de las pruebas de drogas presuntivas a partir del 1 de enero de 2017,
- Aclaración acerca del código HCPCS G0498,
- Código complementario de prótesis de retina Argus (C1842), y
- Numerosos cambios en medicamentos, productos biológicos y radiofármacos.

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/MM10005.pdf>.

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/SE0801.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE0801

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



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10005, 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/R3728CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3728, CR 10005

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.

Aclaración de los requerimientos de orden de admisión y de revisión médica

Número de *MLN Matters*®: MM9979
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9979
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de marzo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R234BP
 Fecha de implementación: 12 de junio de 2017

Resumen

En respuesta a las preocupaciones acerca de la provisión de servicios de observación por períodos de tiempo cada vez más largos y en respuesta a las preocupaciones de las partes interesadas acerca de la claridad y la idoneidad de las pautas de admisión y revisión médica de pacientes hospitalizados, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicaron varias aclaraciones y cambios en la política en el Año Fiscal (FY) 2014 Sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS, por sus siglas en inglés)/Hospital de Cuidado a Largo Plazo (LTCH, por sus siglas en inglés), reglamento final del PPS y reglamento posterior. Estas aclaraciones y cambios permanecen en el texto de los reglamentos finales. Sin embargo, el Manual de Políticas de Beneficios no ha sido actualizado para reflejar las mismas aclaraciones y cambios. La CR 9979 resuelve ese problema. El

reglamento final del IPPS/LTCH del PPS del año fiscal 2014 también se aplica a los hospitales de acceso crítico (CAHs).

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/MM9979.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9979, 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/R234BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 234, CR 9979

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

Especificaciones del editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) para la versión 18.1 de abril de 2017

Número de *MLN Matters*®: MM10002
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10002
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de marzo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3735CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 10002 proporciona instrucciones y especificaciones para el editor de códigos ambulatorios integrados (I/OCE) utilizado para las reclamaciones de sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) y no de OPPS. Las especificaciones del I/OCE serán publicadas en <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/OutpatientCodeEdit/index.html?redirect=/OutpatientCodeEdit/> (en inglés). Estas especificaciones contienen los apéndices mencionados en la tabla que se discute a continuación.

Cambios clave del I/OCE para abril de 2017

Una tabla en el artículo de *MLN Matters*® resume las modificaciones del I/OCE para la versión v18.1 de abril de



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/MM10002.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10002, 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/R3735CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3735, CR 10002

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.

Sistema de pago prospectivo

Sistema de pago prospectivo (PPS) de los centros de salud federalmente calificados (FQHC) - actualizaciones periódicas de los archivos

Número de *MLN Matters*[®]: MM10021
Número de petición de cambio relacionado: CR10021
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de marzo de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3734CP
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

Efectivo para las fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2016, el Indian Health Service (IHS) y los centros y organizaciones de comunidades indígenas pueden tratar de obtener la certificación como un centro de salud federalmente calificado (FQHC) de comunidad indígena con derechos adquiridos (GFT) si el centro u organización cumple con los criterios específicos descritos en la petición de cambio (CR) 10021.

La CR 10021 ordena a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) que ajusten todas las reclamaciones de FQHC (77X) para los FQHC de GFT presentadas con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2017, hasta el 30 de junio de 2017, pagadas a la tarifa anterior.

Nota: Desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de

diciembre de 2017, la tarifa del PPS de un FQHC de GFT es de \$ 349.

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/MM10021.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10021, 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/R3734CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3734, CR 10021

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.

Implementación de planificación de atención anticipada para las reclamaciones del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*[®]: MM9862
Número de petición de cambio relacionado: CR 9862
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de febrero de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R1795OTN
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente directrices de codificación para la facturación separada del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios, aquellas reclamaciones por servicios de planificación de atención anticipada proporcionados a los beneficiarios de Medicare. CMS hizo el código de *Current Procedural Terminology (CPT)*[®] 99497 para la planificación de atención anticipada (ACP) pagadero por separado para las reclamaciones del OPPS bajo ciertas condiciones. El artículo también proporciona información acerca de cuándo los servicios de ACP se proporcionan como parte de una visita anual de bienestar del beneficiario.

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/MM9862.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9862, 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/R1795OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1795, CR 9862

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.

MSP

Servicios de procesamiento no autorizados por un centro de administración de no veteranos (VA) en un centro que no es para administración de veteranos (VA)

Número de *MLN Matters*®: MM9818 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9818
 Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de febrero de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R3718CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

La petición de cambio (CR) 9818 aclara cómo los contratistas de Medicare procesarán reclamos de pacientes hospitalizados por servicios en un centro de administración de no veteranos (VA) que no fue autorizada por la VA. Además, el artículo aborda otros problemas relacionados con el mismo tema. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid revisaron este artículo el 17 de febrero de 2017, cambiando la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR. Toda la información restante permanece igual.

Resumen

La petición de cambio (CR) 9818 brinda aclaraciones para abordar lo siguiente:

- Corrige una interpretación errónea de los cambios realizados con CR 8198.
- Aclara cómo los contratistas de Medicare procesarán reclamos de pacientes internados por servicios en un centro que no es de administración de veteranos (VA) y que no fueron autorizados por la VA.
- Cuando un beneficiario elegible para la VA opte por recibir servicios en una instalación certificada por Medicare para la cual la VA no ha autorizado, el centro utilizará el código de condición 26 para indicar que el paciente es un paciente elegible para VA y opta por recibir servicios en un proveedor certificado

de Medicare en lugar de un centro de VA. El centro también utilizará el código de valor 42 con el monto del pago de VA por los días autorizados.

- Los contratistas administrativos de Medicare aceptarán el código de valor '42' en reclamaciones de pacientes internados con tipos de códigos de factura 11X, 18X, 21X, 41X y 51X. Los MAC calcularán el pago de Medicare para una reclamación para pacientes hospitalizados cuando el código de condición '26' y el código de valor '42' estén presentes en una reclamación. Sin embargo, los MACs devolverá la reclamación al proveedor si el CC '26' está presente sin el VC '42' o viceversa.

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/MM9818.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9818, 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/R3718CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3718, CR 9818

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.

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.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, 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**.

Aclaración de LCD

Sistema Rezum® para uso en el manejo de la hipertrofia prostática benigna - aclaraciones acerca de la tecnología del sistema y facturación correcta

El 27 de agosto de 2015, la FDA autorizó la comercialización del Sistema Rezum® para aliviar los síntomas del tracto urinario inferior secundarios a la hiperplasia prostática benigna. Este procedimiento implica la inyección transuretral de vapor en la próstata. Una vez inyectado, el vapor se condensa al agua, impartiendo energía convectiva al tejido, causando la muerte celular y el daño. La tecnología utiliza la radiofrecuencia (RF) para hervir el agua para crear el vapor que se inyecta, pero no imparte radiofrecuencia directamente al tejido de la próstata.

Las reclamaciones de procedimientos que impliquen Rezum® deben codificarse como Current Procedural Terminology® (CPT®) código 53899 (procedimiento no

listado, sistema urinario). La reclamación también debe indicar que el procedimiento Rezum® se realizó en la casilla 19 del formulario CMS 1500 (o su equivalente electrónico).

Las reclamaciones de procedimientos que impliquen la inyección de vapor transuretral Rezum® no deben codificarse como CPT® 53852 (destrucción transuretral del tejido prostático, por termoterapia con radiofrecuencia). El código CPT® 53852 está destinado a la tecnología de destrucción de tejidos prostáticos transuretrales que imparte radiofrecuencia directamente al tejido prostático.

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

Revisión a las LCD existentes

Monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

Identificador de LCD: L36393 (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la actualización de HCPCS de 2017 (CR9752), los códigos HCPCS G0477-G0479 fueron borrados y reemplazados por los códigos CPT® 80305-80307 en la sección “Códigos CPT® / HCPCS” de la determinación de cobertura local (LCD) para el monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 9 de marzo de 2017**, para

servicios prestados **en o después del 1 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](#).

Paclitaxel (Taxol®) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33730 (Florida/Puerto Rico/Islands Vírgenes de los Estados Unidos)

Se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para paclitaxel (Taxol®) basados en una solicitud de reconsideración para agregar la neoplasia maligna de la vulva a la lista de indicaciones sin etiqueta en la sección “Indicaciones y Limitaciones de la Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD. Además, los códigos de diagnóstico C51.8 y C51.9 de la ICD-10-CM se agregaron a la sección “Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 17 de marzo de 2017**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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 no cubiertos – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33777 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los siguientes servicios fueron evaluados y determinados que no se consideran médicamente razonables y necesarios en este momento basados en la evidencia publicada actualmente disponible (por ejemplo, literatura médica revisada por pares y estudios publicados). Por lo tanto, se han añadido los siguientes códigos de procedimiento a la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos:

- 0437T Implantation of non-biologic or synthetic implant (e.g., polypropylene) for fascial reinforcement of the abdominal wall (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0438T Transperineal placement of biodegradable material, peri-prostatic (via needle), single or multiple, includes image guidance
- 0439T Myocardial contrast perfusion echocardiography, at rest or with stress, for assessment of myocardial ischemia or viability (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0440T Ablation, percutaneous, cryoablation, includes imaging guidance; upper extremity distal/peripheral nerve
- 0441T Ablation, percutaneous, cryoablation, includes imaging guidance; lower extremity distal/peripheral nerve
- 0442T Ablation, percutaneous, cryoablation, includes imaging guidance; nerve plexus or other truncal nerve (e.g., brachial plexus, pudendal nerve)
- 0443T Real time spectral analysis of prostate tissue by fluorescence spectroscopy, including imaging guidance (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0444T Initial placement of a drug-eluting ocular insert under one or more eyelids, including fitting, training, and insertion, unilateral or bilateral
- 0445T Subsequent placement of a drug-eluting ocular insert under one or more eyelids, including re-training, and removal of existing insert, unilateral or bilateral
- L8699+ Prosthetic implant, not otherwise specified (when used for hydrogel application of a spacer to increase the distance between the prostate and anterior rectal wall)

Adicionalmente, el código CPT® 84999+ [Cancer Type ID], se removió de los códigos de procedimiento no listados de Parte A y Parte B.

Al determinar si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista se ocupa de la calidad de la evidencia según el Manual de Integridad del Programa. Al abordar los artículos y la información relacionada en el dominio público, la jurisdicción N (JN) contratista administrativo de Medicare (MAC) llegó a la determinación que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, consistente en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos y artículos de revisión

que reportan datos limitados de seguridad y eficacia para estos procedimientos. Debido a la falta de evidencia de alta calidad, el JN MAC concluyó que hay evidencia científica insuficiente para apoyar estos procedimientos, y por lo tanto no se consideran razonables y necesarios según la Sección 1862 (a) (1) (a) de la Ley de Seguridad Social.

Cualquier reclamación denegada tendría derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere que un clínico lo revise para confirmar cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para su revisión toda la documentación médica pertinente y la información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Una parte interesada puede solicitar una reconsideración de una LCD después que el borrador esté finalizado, el período de notificación ha terminado y el borrador se vuelve activo. En el caso de los servicios no cubiertos LCD, el interesado puede solicitar la lista de los artículos y la información relacionada en el dominio público que fueron considerados por el departamento de política médica en la toma de la decisión de no cobertura. Si el interesado tiene nueva información basada en la evaluación de la lista de artículos y la información relacionada, se puede iniciar una solicitud de reconsideración de LCD. Es responsabilidad de las partes interesadas solicitar la lista de evidencia del contratista y presentar los artículos adicionales, datos e información relacionada en apoyo de su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requisitos de reconsideración de LCD que se describen en el sitio web.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD para la adición de códigos CPT 0437T, 0438T/L8699, 0439T, 0440T - 0442T, 0443T y 0444T - 0445T y es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de mayo de 2017**.

La revisión de LCD para la eliminación del código CPT 84999+ [Cancer Type ID], es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 27 de marzo de 2017**, para fechas de servicio **a partir del 1 de enero de 2016**.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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](#).

Panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama - revisiones de la LCD de la Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33586 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama se revisó con base en una petición de reconsideración para añadir el código Current Procedural Terminology® (CPT®) 81479 [Procedimiento de patología molecular no listado] para MammaPrint® con indicaciones limitadas. Las secciones “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica”, “Códigos CPT® / HCPCS”, “Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” y “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” fueron actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 17 de marzo de 2017**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).



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

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

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación de la rodilla se revisó en base a una solicitud de reconsideración para corregir la dosis y la duración del tratamiento para GenVisc 850®, de acuerdo con las directrices de la *Food and Drug Administration* (FDA). La columna “Dosis Semanal/Inyecciones por semana” fue revisada para que lea “25 mg/1”, la columna “Dosis Total” fue revisada para que lea “75 a 125 mg” y la columna “Duración del Tratamiento” fue revisada para que lea “3 a 5 semanas/curso único de tratamiento por rodilla” en la sección “Directrices de utilización” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 1 de enero de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

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

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

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

877-660-1759 (TTY-FL/USVI)

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

855-416-4199

Sitios web

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

[Formulario en línea \(haga clic aquí\)](#)

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recaldo 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

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc. QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo

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

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

800-HHS-TIPS (800-447-8477)

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

ASC

Actualización del sistema de pagos de centro de cirugía ambulatoria (ASC) de abril de 2017

Número de *MLN Matters*®: MM9998
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9998
 Fecha de emisión de CR relacionado: 3 de marzo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3726CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

Resumen

Incluidos en el artículo de *MLN Matters*® para la CR 9998 se encuentran actualizaciones a las tasas de pago de los medicamentos y productos biológicos a pagar por separado, incluidos los descriptores de los nuevos códigos HCPCS de Nivel II para medicamentos y productos biológicos (archivos de medicamento de ASC).

No hay una tarifa fija de ASC (ASCFS) que se emita este trimestre.

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/mm9998.pdf>.

www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm9998.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9998, 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/R3726CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3726, CR 9998

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.

Asuntos de procesamiento

Reprocesamiento del código HCPCS J7328

Problema

El código J7328 del Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) (Hyaluronan o derivado, gel-syn) fue pagado en exceso por error por las fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2016.

Solución

El contratista administrativo de Medicare actualizó la tasa de pago para permitir \$ 365.70 por 16.8mg efectivo para reclamaciones procesadas a partir del 6 de diciembre de 2016.

Estado/fecha resuelto

Cerrado/6 de diciembre de 2016.

Acción del proveedor

Los proveedores deben presentar reembolsos voluntarios de cantidades pagadas en exceso.

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.

Inscripción del proveedor

Solicitud CMS-8550 revisada: Inscripción solo para ordenar, certificar o prescribir

Los médicos y los profesionales de la salud deben utilizar la solicitud revisada CMS-8550 (Médicos y otros profesionales elegibles para ordenar, certificar y prescribir) a partir del 1 de enero de 2018. La solicitud revisada será publicada en la lista de formularios de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (<https://go.usa.gov/xX3Sa> (en inglés)) a principios del verano. Los contratistas administrativos de Medicare aceptarán las versiones actuales y revisadas del CMS-8550 hasta el 31 de diciembre de 2017. Visite la [página web de Inscripción del Proveedor-Supridor de Medicare](#) (en inglés) para obtener más información acerca de la inscripción de

Medicare. Los cambios en el formulario incluyen:

- Nuevo título: Los profesionales no inscritos que prescriben medicamentos de la Parte D también utilizan este formulario.
- Nuevas especialidades: Se agregó cardiología intervencionista y otras cinco especialidades; cirujanos orales (solo dentista) divididos en cirujano oral y dentista.
- Ahora es opcional que los proveedores agreguen una persona de contacto adicional.
- Correcciones editoriales y del formato en respuesta a comentarios públicos.

Rehabilitación

CMS actualiza la edición de servicios de terapia profesional

Número de *MLN Matters*®: MM9933
Número de petición de cambio relacionado: CR 9933
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de enero de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R1775OTN
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron recientemente la petición de cambio (CR) 9933 que instruye a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) para que apliquen ciertas ediciones de codificación a los nuevos códigos de *Current Procedural Terminology*® (CPT®) que son utilizados para reportar evaluaciones y re-evaluaciones de terapia física (PT) y terapia ocupacional (OT), a partir del 1 de enero de 2017.

Ocho nuevos códigos CPT® (97161-97168) fueron creados para reemplazar los códigos existentes (97001-97004) para reportar evaluaciones y re-evaluaciones de PT y OT. Los nuevos descriptores de código CPT® incluyen componentes específicos que son requeridos para reportar, así como los típicos tiempos cara a cara.

Esta política de pago requiere que cada nuevo código de procedimiento de evaluación de PT - 97161, 97162, 97163 o 97164 - vaya acompañado del modificador GP; y, (b) cada nuevo código para un procedimiento de evaluación de OT - 97165, 97166, 97167 o 97168 - sea reportado con el modificador GO.

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/>



[MM9933.pdf](#).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9933, 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/R1775OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1775, CR 9933

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.

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 3648, CR 9794

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

¿Le gustaría encontrar las determinaciones de cobertura local en 10 segundos o menos? La búsqueda de LCD de First Coast, disponible en 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 con el **modificador GA** o **GZ**.

Aclaración de LCD

Hyaluronan o derivado, Gel-Syn (código HCPCS J7328) – aclaración de facturación

La dosis semanal para Gel-Syn es de 16.8 mg durante la duración de tres semanas/curso único de tratamiento por rodilla. Sin embargo, el código HCPCS J7328 se factura actualmente con una cantidad facturada (Q/B) que refleja “01680”, que es equivalente a 168 mg. Para

facturar correctamente la dosis semanal de 16.8 mg el Q/B debe ser facturado como “00168”. La facturación correcta del código HCPCS J7328 evitará un retraso en el procesamiento de las reclamaciones de los proveedores.

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

Sistema Rezum® para uso en el manejo de la hipertrofia prostática benigna - aclaraciones acerca de la tecnología del sistema y facturación correcta

El 27 de agosto de 2015, la FDA autorizó la comercialización del Sistema Rezum® para aliviar los síntomas del tracto urinario inferior secundarios a la hiperplasia prostática benigna. Este procedimiento implica la inyección transuretral de vapor en la próstata. Una vez inyectado, el vapor se condensa al agua, impartiendo energía convectiva al tejido, causando la muerte celular y el daño. La tecnología utiliza la radiofrecuencia (RF) para hervir el agua para crear el vapor que se inyecta, pero no imparte radiofrecuencia directamente al tejido de la próstata.

Las reclamaciones de procedimientos que impliquen Rezum® deben codificarse como Current Procedural Terminology® (CPT®) código 53899 (procedimiento no

listado, sistema urinario). La reclamación también debe indicar que el procedimiento Rezum® se realizó en la casilla 19 del formulario CMS 1500 (o su equivalente electrónico).

Las reclamaciones de procedimientos que impliquen la inyección de vapor transuretral Rezum® no deben codificarse como CPT® 53852 (destrucción transuretral del tejido prostático, por termoterapia con radiofrecuencia). El código CPT® 53852 está destinado a la tecnología de destrucción de tejidos prostáticos transuretrales que imparte radiofrecuencia directamente al tejido prostático.

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

Revisión a las LCD existentes

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación de la rodilla se revisó en base a una solicitud de reconsideración para corregir la dosis y la duración del tratamiento para GenVisc 850®, de acuerdo con las directrices de la *Food and Drug Administration* (FDA). La columna “Dosis Semanal/Inyecciones por semana” fue revisada para que lea “25 mg/1”, la columna “Dosis Total” fue revisada para que lea “75 a 125 mg” y la columna “Duración del Tratamiento” fue revisada para que lea “3 a 5 semanas/curso único de tratamiento por rodilla” en la sección “Directrices de utilización” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 1 de enero de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2016**. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de 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 no cubiertos – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33777 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los siguientes servicios fueron evaluados y determinados que no se consideran médicamente razonables y necesarios en este momento basados en la evidencia publicada actualmente disponible (por ejemplo, literatura médica revisada por pares y estudios publicados). Por lo tanto, se han añadido los siguientes códigos de procedimiento a la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos:

- 0437T Implantation of non-biologic or synthetic implant (e.g., polypropylene) for fascial reinforcement of the abdominal wall (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0438T Transperineal placement of biodegradable material, peri-prostatic (via needle), single or multiple, includes image guidance
- 0439T Myocardial contrast perfusion echocardiography, at rest or with stress, for assessment of myocardial ischemia or viability (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0440T Ablation, percutaneous, cryoablation, includes imaging guidance; upper extremity distal/peripheral nerve
- 0441T Ablation, percutaneous, cryoablation, includes imaging guidance; lower extremity distal/peripheral nerve
- 0442T Ablation, percutaneous, cryoablation, includes imaging guidance; nerve plexus or other truncal nerve (e.g., brachial plexus, pudendal nerve)
- 0443T Real time spectral analysis of prostate tissue by fluorescence spectroscopy, including imaging guidance (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0444T Initial placement of a drug-eluting ocular insert under one or more eyelids, including fitting, training, and insertion, unilateral or bilateral
- 0445T Subsequent placement of a drug-eluting ocular insert under one or more eyelids, including re-training, and removal of existing insert, unilateral or bilateral
- L8699+ Prosthetic implant, not otherwise specified (when used for hydrogel application of a spacer to increase the distance between the prostate and anterior rectal wall)

Adicionalmente, el código CPT® 84999+ [Cancer Type ID], se removió de los códigos de procedimiento no listados de Parte A y Parte B.

Al determinar si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista se ocupa de la calidad de la evidencia según el Manual de Integridad del Programa. Al abordar los artículos y la información relacionada en el dominio público, la jurisdicción N (JN) contratista administrativo de Medicare (MAC) llegó a la determinación que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, consistente en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos y artículos de revisión

que reportan datos limitados de seguridad y eficacia para estos procedimientos. Debido a la falta de evidencia de alta calidad, el JN MAC concluyó que hay evidencia científica insuficiente para apoyar estos procedimientos, y por lo tanto no se consideran razonables y necesarios según la Sección 1862 (a) (1) (a) de la Ley de Seguridad Social.

Cualquier reclamación denegada tendría derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere que un clínico lo revise para confirmar cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para su revisión toda la documentación médica pertinente y la información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

Una parte interesada puede solicitar una reconsideración de una LCD después que el borrador esté finalizado, el período de notificación ha terminado y el borrador se vuelve activo. En el caso de los servicios no cubiertos LCD, el interesado puede solicitar la lista de los artículos y la información relacionada en el dominio público que fueron considerados por el departamento de política médica en la toma de la decisión de no cobertura. Si el interesado tiene nueva información basada en la evaluación de la lista de artículos y la información relacionada, se puede iniciar una solicitud de reconsideración de LCD. Es responsabilidad de las partes interesadas solicitar la lista de evidencia del contratista y presentar los artículos adicionales, datos e información relacionada en apoyo de su solicitud de cobertura. La solicitud debe cumplir con los requisitos de reconsideración de LCD que se describen en el sitio web.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD para la adición de códigos CPT 0437T, 0438T/L8699, 0439T, 0440T - 0442T, 0443T y 0444T - 0445T y es efectiva para los servicios prestados **a partir del 1 de mayo de 2017**.

La revisión de LCD para la eliminación del código CPT 84999+ [Cancer Type ID], es efectiva para las reclamaciones procesadas **a partir del 27 de marzo de 2017**, para fechas de servicio **a partir del 1 de abril de 2015**.

Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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](#).

Monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

Identificador de LCD: L36393 (Florida/Puerto Rico/Islands Virgenes de los Estados Unidos)

Basados en la actualización de HCPCS de 2017 (CR9752), los códigos HCPCS G0477-G0479 fueron borrados y reemplazados por los códigos CPT® 80305-80307 en la sección “Códigos CPT® / HCPCS” de la determinación de cobertura local (LCD) para el monitoreo de sustancias controladas y pruebas de abuso de drogas.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas en o después del 9 de marzo de 2017, para

servicios prestados en o después del 1 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](#).

Panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama - revisiones de la LCD de la Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33586 (Florida/Puerto Rico/Islands Virgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama se revisó con base en una petición de reconsideración para añadir el código Current Procedural Terminology® (CPT®) 81479 [Procedimiento de patología molecular no listado] para MammaPrint® con indicaciones limitadas. Las secciones “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica”, “Códigos CPT® / HCPCS”, “Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” y “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” fueron actualizadas.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados en o después del 17 de marzo de 2017. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de 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](#).

Paclitaxel (Taxol®) – revisión a la LCD de Parte A y Parte B

Identificador de LCD: L33730 (Florida/Puerto Rico/Islands Virgenes de los Estados Unidos)

Se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para paclitaxel (Taxol®) basados en una solicitud de reconsideración para agregar la neoplasia maligna de la vulva a la lista de indicaciones sin etiqueta en la sección “Indicaciones y Limitaciones de la Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD. Además, los códigos de diagnóstico C51.8 y C51.9 de la ICD-10-CM se agregaron a la sección “Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

prestados en o después del 17 de marzo de 2017. Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

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

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

Números 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 de SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

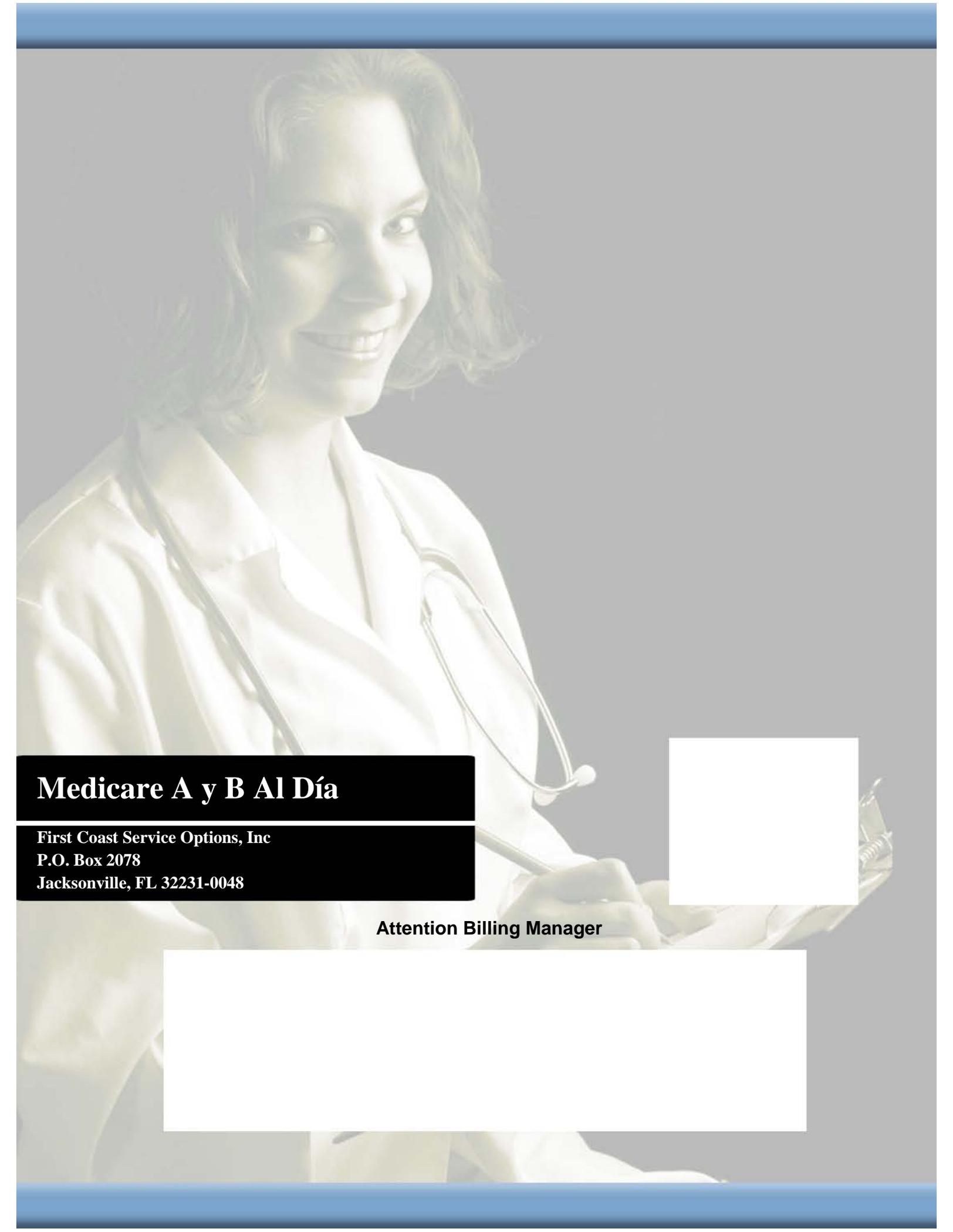
First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://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