

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Mayo 2017



## En esta edición

Nuevos códigos de especialidad de médico C7, C8, y C9 .....	8
Aclaración de la revisión médica de las reclamaciones hospitalarias para el pago de la Parte A .....	14
Actualización de julio de las nuevas pruebas exentas .....	24

## Indicador de QMB en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de cobro por servicios de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM9911 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9911  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017  
Fecha de efectividad: Reclamaciones procesadas a partir del 2 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3764CP  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

*El artículo fue revisado el 1 de mayo para reflejar una CR 9911 revisada emitida el 28 de abril. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR 9911 son revisados. Toda la demás información sigue siendo la misma.*

### Resumen

La petición de cambio 9911 publica información acerca del indicador de beneficiario de Medicare calificado (QMB-qualified Medicare beneficiary) que modifica los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare para ayudar a los proveedores a identificar más fácilmente el estado de QMB de cada paciente.

El archivo de trabajo común obtendrá indicadores de QMB que identifican el estado de QMB a los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare. Esta mejora del sistema provocará notificaciones a los proveedores (a través de la remesa de pago del

proveedor) y a los beneficiarios (a través de la notificación resumida de Medicare) para reflejar que el beneficiario está inscrito en el programa de QMB y no tiene responsabilidad de costo compartido de Medicare.

### 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/MM9911.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9911, 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/R3764CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3764, CR 9911

*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.*



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

### Facturación

Indicador de QMB en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de cobro por servicios de Medicare .....	1
CMS prepara nuevos modelos de pago de episodios para cirugía de cadera y cirugía de corazón abierto.....	3
CMS presenta dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare.....	3
Pago por servicios de sedación moderada prestados junto con exámenes de detección de cáncer colorectal.....	4
Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare.....	4

### Autorización previa

El proceso de autorización previa .....	5
---	---

### Pruebas clínicas

Informe de la Oficina del Inspector General: trasplante de células madre .....	5
--	---

### Tarifas

Implementación de código nuevo de la vacuna contra el virus de la influenza.....	6
Actualización trimestral de julio para las tarifas fijas de DMEPOS de 2017 .....	6
Actualización de julio de 2017 de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud .....	7
Actualización trimestral de abril de 2017 de tarifas fijas de DMEPOS .....	7

### Inscripción del proveedor

Nuevos códigos de especialidad de médico C7, C8, y C9 .....	8
Directrices del manual actualizadas para los pagos por EFT y cambio de propiedad .....	8

### Remesas de pago

Problema identificado con ciertas remesas de pago .....	9
---	---

### Recursos preventivos

Detección de infección del virus de la hepatitis B.....	9
---	---

### Recursos educativos

Calendario de eventos.....	10
MLN Connects® para el 27 de abril de 2017 .....	11
MLN Connects® Edición Especial -- 28 de abril de 2017 .....	11
MLN Connects® para el 4 de mayo de 2017 .....	12
MLN Connects® para el 11 de mayo de 2017.....	12
MLN Connects® para el 18 de mayo de 2017 .....	12

## Parte A

### Hospital

Aclaración de la revisión médica de las reclamaciones hospitalarias para el pago de la Parte A.....	14
Mensajería de remesas de pago para el mínimo semanal de 20 horas para servicios del PHP .....	14

### Facturación

CMS actualiza los procedimientos de reporte para la evaluación del virus Hepatitis C en adultos.....	15
Actualizar la edición del FISS para incluir el campo de código de diagnóstico de admisión .....	15
Actualizar la edición del FISS para incluir todos los tres campos de código de razón de visita del paciente .....	16

### ESRD

Implementación de modificador CG para tipo de factura 72x.....	16
--	----

## Asuntos de procesamiento

Problemas de procesamiento de la Parte A de los errores del IOCE para las reclamaciones del OPPS .....	17
--	----

### Salud mental

Limitación extraordinaria para los servicios de los centros de salud mental comunitarios del OPPS .....	17
---	----

### Revisión médica

Resultados de la investigación generalizada para MS DRG 885 y revisión de prepago.....	18
--	----

### Determinaciones locales de cobertura de

Parte A .....	19
---------------	----

### Revisiones a las LCD existentes

Gemcitabine (Gemzar®) -- revisión a la LCD de Parte A y B.....	20
--	----

### LCD retiradas

Telescopio miniatura implantable (IMT) -- LCD de la Parte A y Parte B retirada .....	20
Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A y Parte B están siendo retiradas .....	20

Contactos de Parte A .....	21
----------------------------	----

## Parte B

### Revisión médica

Revisión de investigación generalizada para servicios de ambulancia (HCPCS A0427 y A0428).....	22
Resultados de la investigación generalizada para el código 99214 de evaluación y manejo (E&M) .....	22

### Laboratorio clínico

Implementación del MCS de la tarifa fija reestructurada de laboratorio clínico .....	23
Actualización de julio de las nuevas pruebas exentas .....	24

### Facturación

Cambios a arreglos de facturación recíproca y arreglos de compensación de honorarios por hora .....	24
Dos códigos "K" nuevos para monitores de glucosa continua terapéuticos .....	25

### MSP

Reporte de tipo de MSP en reclamaciones electrónicas .....	25
--	----

### Preguntas y denegaciones

Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas .....	26
---	----

### Determinaciones locales de cobertura de

Parte B .....	28
---------------	----

### LCD retiradas

Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte B están siendo retiradas .....	29
Telescopio miniatura implantable (IMT) -- LCD de la Parte A y Parte B retirada .....	29
Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A y Parte B están siendo retiradas .....	29

### Revisiones a las LCD existentes

Gemcitabine (Gemzar®) -- revisión a la LCD de Parte A y B.....	30
--	----

Contactos de Parte B de Puerto Rico.....	31
--	----

Información de contacto Florida.....	32
--------------------------------------	----

Información de contacto las Islas Vírgenes de los Estados Unidos .....	33
--	----

## Medicare A y B Al Día

### Publications staff

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

*ICD-10 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2015 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.*

## Facturación

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

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9916 *Rescindido*  
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

*Este artículo ha sido rescindido ya que la petición de cambio (CR) 9916 fue rescindida. La CR será reemplazada en una fecha posterior.*

### Resumen

Este artículo ha sido rescindido ya que la petición de cambio (CR) 9916 fue rescindida. La CR será reemplazada en una fecha posterior.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9916.pdf>.



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

# CMS presenta dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9893 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9893  
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de mayo de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R1845OTN  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

*Este artículo fue revisado el 10 de mayo debido a la publicación de una petición de cambio (CR) actualizada. La fecha de la CR, su número de transmisión y el enlace a la transmisión cambiaron. Todo el resto de la información permanece igual.*

### 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*<sup>®</sup> 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/R1845OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1845, 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 dirijan a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*

## Pago por servicios de sedación moderada prestados junto con exámenes de detección de cáncer colorectal

Número de *MLN Matters*®: MM10075  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10075  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3763CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10075 asegura el pago exacto del programa para servicios de sedación moderada prestados en conjunto con servicios de colonoscopia de detección, el cual incluye la exención de ambos el coseguro y el deducible para estos servicios.

La CR 10075 operacionaliza la exención existente para servicios de sedación moderada prestados en conjunto con y en apoyo de exámenes de detección de cáncer colorectal.

**Nota:** Los contratistas administrativos de Medicare ajustarán reclamaciones impactadas que usted lleve a su atención. Las reclamaciones no serán ajustadas

automáticamente.

### 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/MM10075.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10075, 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/R3763CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3763, CR 10075

*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.*

## Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1128 *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

*Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Este artículo fue revisado el 12 de mayo para modificar el lenguaje de los beneficiarios de facturación inscritos en el programa de QMB. Toda la demás información es la misma.*

### Resumen

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Esto incluye deducible, coseguro y copagos, conocidos como "balance billing." La sección 1902(n)(3) (B) del Social Security Act, según lo modificado por la sección 4714 del Balanced Budget Act de 1997, prohíbe a los proveedores de Medicare facturar el balance a los QMB por el costo compartido de Medicare. Los QMB no tienen obligación legal para hacer pago adicional a un proveedor o al plan de salud administrado por Medicare por el costo compartido de Parte A o Parte B. **Los proveedores que facturen inapropiadamente a los**



**QMB por el costo compartido de Medicare están sujetos a sanciones.**

### 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/SE1128.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1128

*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.*

## Autorización previa

### El proceso de autorización previa

Número de *MLN Matters*®: MM9940 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9940  
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de enero de 2017  
Fecha de efectividad: 21 de febrero de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R698PI  
Fecha de implementación: 21 de febrero de 2017

*La petición de cambio (CR) 9940 actualiza el Manual de Integridad del Programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para permitir que el contratista administrativo de Medicare lleve a cabo procesos de autorización previa, según las instrucciones de CMS a través de instrucciones operativas individualizadas. Este artículo fue revisado el 1 de mayo para incluir una nueva dirección web para la lista de autorización previa requerida. Toda la demás información permanece igual.*

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 9940 actualiza el Manual de Integridad del Programa de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para permitir que el contratista administrativo de Medicare lleve a cabo procesos de autorización previa, según las instrucciones de CMS a través de instrucciones operativas individualizadas.

La autorización previa es un proceso mediante el cual se determina la cobertura antes de proporcionar o facturar

el servicio. Este proceso permite al proveedor presentar documentación antes de proporcionar o facturar el servicio. El contratista entonces alertará al remitente de cualquier problema potencial con la información enviada.

#### 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/MM9940.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9940, 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/R698PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 698, CR 9940

*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.*

## Pruebas clínicas

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

Número de *MLN Matters*®: SE1624 *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 aborda los problemas de facturación relacionados con los trasplantes de células madre, que clarifica en qué lugar los proveedores deben realizar la facturación de los servicios. Este artículo fue revisado el 1 de mayo para hacer un número de clarificaciones y para borrar la tabla que estaba en el artículo.*

#### Resumen

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

procedimientos como pacientes hospitalizados cuando debían haberlos presentado como pacientes ambulatorios. Este artículo proporciona la aclaración necesaria para que se realice la facturación de estos servicios correctamente.

#### Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1624

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

**Tarifas**

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

Número de *MLN Matters*®: MM9876 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9876  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de abril de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3754CP  
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

*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. Este artículo fue revisado el 21 de abril para reflejar una CR 9876 revisada emitida ese día. En el artículo se revisan la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR. Toda la demás información sigue siendo la misma.*

### 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/R3754CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3754, 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.*

## Actualización trimestral de julio para las tarifas fijas de DMEPOS de 2017

Número de *MLN Matters*®: MM10071  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10071  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3760CP  
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

### Resumen

Las tarifas fijas de los equipos médicos duraderos, prostéticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) se actualizan trimestralmente para implementar los montos de tarifas fijas para los códigos nuevos y existentes, según corresponda, y aplicar cambios en las políticas de pago.

Este artículo proporciona información acerca de los siguientes artículos procesados por el contratista regional de DME:

- Modificador KU para accesorios de silla de ruedas de rehabilitación compleja y cojines de asiento y respaldo
- Monitor de glucosa continua (CGM) terapéutico.

### 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/mm10071.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10071, 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/R3760CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3760, CR 10071

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

## Actualización de julio de 2017 de la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10104  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10104  
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de mayo de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3772CP  
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10104 añade numerosos nuevos códigos de procedimiento, todos los cuales no tienen cantidades de pago (RVUs-unidades de valor relativo) para ellos por varias razones. La mayoría de estos tienen un estado C de código de procedimiento, lo que significa que los contratistas establecerán RVUs y cantidades de pago para estos servicios.

La CR también añade códigos de procedimiento 0004U y 0005U a la base de datos con código de cobertura de C (criterio de contratista). Estos códigos no tienen precios desarrollados en este momento. La cobertura y el pago serán determinados por el contratista administrativo de Medicare.

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 lleven a su atención.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual*

## Actualización trimestral de abril de 2017 de tarifas fijas de DMEPOS

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9988 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9988  
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de mayo de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3768CP  
Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

*Este artículo fue revisado el 5 de mayo para reflejar una petición de cambio (CR) 9988 revisada emitida ese día. La CR fue revisada para borrar un ejemplo que estaba en la CR original. Ese ejemplo se ha eliminado del artículo. Además, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR 9988 se revisan en el artículo.*

### 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

(Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 30.1, esto debe ser considerado el aviso de 30 días de un cambio a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud programado para el 3 de julio de 2017.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10104.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10104, 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/R3772CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3772, CR 10104

*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.*

- Pago por ajustes de volumen de oxígeno y equipo portátil de oxígeno.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/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/R3768CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3768, 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.*

Inscripción del proveedor

## Nuevos códigos de especialidad de médico C7, C8, y C9

Número de *MLN Matters*®: MM9957  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9957  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R283FM y R3762CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

**Resumen**

Los códigos de especialidad del médico de Medicare describen los tipos específicos/únicos de medicina que los médicos (y algunos otros proveedores) practican. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) utilizan códigos de especialidad para fines programáticos y de procesamiento de reclamaciones. Los médicos se designan a sí mismos su especialidad de médico de Medicare en la solicitud de inscripción de Medicare.

La petición de cambio (CR) 9957 establece los siguientes códigos nuevos de especialidad de médico:

- C7** – Insuficiencia cardíaca avanzada y cardiología de trasplante
- C8** – Toxicología médica
- C9** - Trasplante de células hematopoyéticas y terapia celular.



**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/MM9957.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9957, 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/R3762CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R283FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3762, CR 9957  
 CMS Pub. 100-06, Transmittal 283, CR 9957

*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.*

## Directrices del manual actualizadas para los pagos por EFT y cambio de propiedad

Número de *MLN Matters*®: SE17012  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9953  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de mayo de 2017  
 Fecha de efectividad: 15 de mayo de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R715PI  
 Fecha de implementación: 15 de mayo de 2017

**Resumen**

La petición de cambio 9953 fue emitida indicando que después que se haya procesado un cambio de propiedad (change of ownership, CHOW), sólo se permite al comprador presentar reclamaciones.

El artículo de edición especial SE17012 aclara el lenguaje en el Capítulo 15, Sección 15.7.7.1.5 del *Medicare Program Integrity Manual* (Manual de Integridad del Programa de Medicare) relacionado con los pagos por transferencia electrónica de fondos (EFT) y los CHOWs.

**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/SE17012.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9953, 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/R715PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 715, CR 9953

*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.*



## Remesas de pago

### Problema identificado con ciertas remesas de pago

First Coast Service Options, Inc. (First Coast) ha identificado un problema con remesas de pago emitidas para reclamaciones procesadas entre el 1 de enero de 2017 y el 9 de febrero de 2017. Específicamente, las remesas de pago para reclamaciones procesadas desde el 1 de enero de 2017 hasta el 9 de febrero de 2017, que cumplieron con todos los criterios que se indican a continuación muestran los montos de reducción de pagos incorrectos.

- Cuando se aplicaron las reducciones de pago de reportes de calidad del sistema de reporte de calidad médica (PQRS), registro de salud electrónico (EHR) y/o centro quirúrgico ambulatorio (ASC) y el servicio tenía una cantidad facturada mayor de uno y el código de procedimiento tiene un indicador de Reducción de Pago de Procedimiento Múltiple (MPPR) distinto a uno.

**Nota:** El indicador de MPPR se puede localizar mediante la herramienta de [búsqueda de tarifas fijas](#). La [herramienta de búsqueda de tarifas fijas -- guía de ayuda](#) puede ayudar a utilizar la herramienta de búsqueda y localizar el indicador de MPPR.

Aunque las remesas de pago impactadas están mostrando un monto más alto para las reducciones que lo que realmente se tomó en las reclamaciones, el monto de pago real es correcto. Este problema fue causado por una reciente actualización del sistema de procesamiento interno de Medicare y fue corregido el 10 de febrero de 2017. First Coast no ajustará las reclamaciones impactadas para producir remesas de pago corregidas, pero quiere asegurarle que se han emitido los pagos correctos para estas reclamaciones.

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

## Recursos preventivos

### Detección de infección del virus de hepatitis B

Número de *MLN Matters*®: MM9859 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9859  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017  
Fecha de efectividad: 28 de septiembre de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: R3761CP y R195NCD  
Fecha de implementación: 1 de enero de 2018

*La petición de cambio 9859 provee que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid han determinado que, efectivo el 28 de septiembre de 2016, Medicare puede cubrir la detección de infección del virus de hepatitis B (HBV) bajo ciertas condiciones. Este artículo fue cambiado el 17 de mayo para aclarar el lenguaje relacionado con las especialidades del proveedor (en negrita en la página 3). Toda la demás información no ha cambiado.*

#### Resumen

Efectivo para servicios prestados en o después del 28 de septiembre de 2016, Medicare puede cubrir la detección de infección del virus de hepatitis B (HBV), cuando se cumplan los requisitos, para beneficiarios que cumplan con cualquiera de las siguientes condiciones:

- Asintomático, adolescentes y adultas no embarazadas en alto riesgo de infección de HBV
- Primera visita prenatal está cubierta para mujeres embarazadas y luego re detección cuando den a luz para aquellas con factores de riesgo nuevos o de continuidad



**Nota:** El Coseguro de Medicare y el deducible de la Parte B no se aplican para este servicio preventivo adicional.

#### 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/MM9859.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9859, 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/R3761CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R195NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3761, CR 9859  
CMS Pub. 100-03, Transmittal 195, CR 9859

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

**Recursos educativos**

**Calendario de eventos**

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

**Junio de 2017**

Teleconferencia Pregúntele al contratista (ACT): Servicios de manejo de cuidado crónico (B)

Cuando: 7 de junio de 2017  
 Hora: 11:30 AM-1:00 PM ET  
 Tipo: *Webcast*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0372849.asp>

Cardiología: Documentación de los procedimientos de imagen de perfusión miocárdica

Cuando: 7 de junio de 2017  
 Hora: 2:00-3:30 PM ET  
 Tipo: *Webcast*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** español  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0372659.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A

Cuando: 13 de junio de 2017  
 Hora: 10:00-11:30 AM ET  
 Tipo: *Webcast*  
**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0369646.asp>

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

**Dos formas fáciles de inscribirse**

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

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

**Nota:**

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_  
 Título del registrante: \_\_\_\_\_  
 Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de email: \_\_\_\_\_  
 Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

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



## MLN Connects® para el 27 de abril de 2017

*MLN Connects® para el 27 de abril de 2017*

*[Vea esta edición como PDF](#)*

### Noticia y anuncios

- Clínicos: Carta de Estado de Participación en el MIPS
- El Período de Revisión y Disputa del Programa de Pagos Abiertos del Año 2016 Termina el 15 de Mayo
- Programas de Incentivos de EHR: Enviar Comentarios acerca de Cambios Propuestos antes del 13 de Junio
- Comentarios Públicos acerca de Elementos de Datos de la Ley IMPACT antes del 26 de Junio
- Revisión de los Reportes de Calidad de IRF y Reportes Correctos Disponibles
- Programa de Pago de Calidad: Nuevos Videos para Prácticas Pequeñas, Rurales y Sin Servicios
- Programas de Incentivos de EHR: Agencia de Salud Pública y Reportes del Registro de Datos Clínicos
- Notificación Anticipada del Beneficiario Actualizada
- Uso de Drogas Antipsicóticas en Residencias de Ancianos: Actualización de Tendencia
- Abril es el Mes de Concientización de las ETS: Hable, Examine, Trate

### Cumplimiento del proveedor

- Declaraciones de Elección de Hospicio Falta información requerida o tienen otras vulnerabilidades

### Reclamaciones, precios y códigos

- Hospitales y SNFs: Reclamaciones Detenidas

## MLN Connects® Edición Especial -- 28 de abril de 2017

### En Esta Edición:

1. Centros de Enfermería Especializada: Pagos y Cambios de Políticas Propuestos para el FY 2018
2. Centros de Rehabilitación para Pacientes Internos: Pagos y Cambios de Políticas Propuestos para el FY 2018
3. Beneficio de Hospicio de Medicare: Actualizaciones al Índice Salarial y a las Tasas de Pago Propuestos para el FY 2018

### Centros de Enfermería Especializada: Pagos y Cambios de Políticas Propuestos para el FY 2018

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron un reglamento propuesto (CMS-1679-P) para el año fiscal FY 2018 detallando las tasas de pago de

Relacionadas con Reclamaciones de la VA

### Próximos eventos

- Webcast de Capacitación al Proveedor de Revisión y Corrección de Reportes de QRP para IRF, LTCH y SNF – 2 de mayo
- Webinar acerca de Informe Comparativo de Facturación sobre el Manejo de los Cuidados de Transición — 21 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters® acerca de la Próxima Generación de la ACO – Implementación del Mecanismo de Pago de Pago todo Incluido Basado en la Población — Nuevo
- Convocatoria a Pagos Abiertos: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Beneficio de Salud en el Hogar de Medicare — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Codificación de Diagnóstico: Uso del ICD-10-CM — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Guías para Enseñar a Médicos, Internistas y Residentes — Revisado
- Folleto de Preguntas Frecuentes de PECOS — Recordatorio

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

Medicare y los programas de calidad para Centros de Enfermería Especializada (SNFs). Además, CMS publicó un Aviso Anticipado de Propuesta de Reglamentación (CMS-1686-ANPRM), que solicita comentarios acerca de revisiones potenciales al sistema de pago para SNF, basado en investigación realizada bajo el proyecto de Investigación de Modelo de Pago para SNF.

Detalles del reglamento propuesto:

- Cambios a tasas de pago bajo el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de los SNF
- Programa de Reporte de Calidad para SNF
- Programa de Compra Basada en el Valor de SNF
- Programa de Incentivo de Calidad de Enfermedades Renales en Etapa Final

Ver **MLN**, en la página 13

## MLN Connects® para el 4 de mayo de 2017

*MLN Connects® para el 4 de mayo de 2017*

*Vea esta edición como PDF* 

### Noticia y anuncios

- Monto Revisado de las Tarifas Fijas Combinadas de DMEPOS
- Desarrollo y Mantenimiento de Medidas de Calidad de TEP en el QRP del SN: Nominaciones para el 12 de Mayo
- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare de 2018: Presente Notificación de Intención de Solicitud para el 31 de mayo
- MIPS: Presentar Medidas para la Categoría de Rendimiento de Información de Atención Anticipada antes del 30 de junio
- Conjunto de Artículos de Hospicio V2.00.0 Recibe la Aprobación de la OMB
- Programas de Incentivos de EHR: Revisión de los Requerimientos del Programa de 2017
- El Día de la Higiene de las Manos es el 5 de Mayo

### Cumplimiento del proveedor

- Dispositivos Cocleares Reemplazados Sin Costo: Facture Correctamente

### Próximos eventos

- Webinar 101 acerca de Reporte del Grupo del MIPS — 11 de mayo

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Convocatoria al Programa de Ahorros Compartidos de Medicare: Grabación de audio y transcripción — Nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Fraude y Abuso de Medicare: Prevención, Detección y Reporte — Revisado
- Folleto de Transporte de Ambulancia de Medicare — Revisado
- ¿Está Buscando la Información más Reciente acerca de la Política Nacional de Medicare?

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 11 de mayo de 2017

*MLN Connects® para el 11 de mayo de 2017*

*Vea esta edición como PDF* 

### Noticia y anuncios

- Período de Revisión y Disputa del Programa de Pagos Abiertos del Año 2016 Finalizan el 15 de Mayo
- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare de 2018: Presente Notificación de Intención de Solicitud para el 31 de mayo
- Herramienta de Búsqueda para Ayudar a Determinar el Estado de Participación de MIPS
- Especificaciones de eCQM Actualizadas para el año calendario (CY) 2018 Disponibles
- Nuevo PEPPERS Disponible para Hospicios, SNFs, IRFs, IPFs, CAHs, LTCHs
- Solicitando Redeterminaciones de Apelaciones
- Semana Nacional de la Salud de la Mujer Comienza el Día de las Madres

### Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS: Catéteres de Punta Coudé

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Convocatoria de Cirugía Global: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Convocatoria de Preparativos de Emergencia: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Folleto de Recursos para Beneficiarios de Medicare — Revisado
- Folleto de Referencia de Facturación de SNF — Revisado
- Folleto de Beneficiarios Elegibles Duales Bajo Medicare y Medicaid — 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 18 de mayo de 2017

*MLN Connects® para el 18 de mayo de 2017*

*Vea esta edición como PDF* 

### Noticia y anuncios

- Laboratorios Clínicos: Datos de Laboratorio Vencen el 30 de mayo
- Programa de Reporte de Calidad de los SNF: Fecha Límite de Presentación Extendida al 1 de junio

- Mes Nacional de Concientización de la Salud Mental de 2017

### Cumplimiento del proveedor

- Reportando Cambios de Propiedad

### Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de ICD-10-PCS de 2018 Disponibles

Ver **MLN**, en la página 13

## MLN

De la página 12

### Próximos eventos

- Webinar acerca de Criterios de Participación en el Programa de Pago de Calidad — 22 de mayo
- Convocatoria a Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y QAPI — 15 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización de las Directrices del Manual para Pagos de Transferencia Electrónica de Fondos y Cambios de Propiedad —

## MLN

De la página 11

- Solicitud de Información
- Composición del Equipo de Encuesta

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): CMS aceptará comentarios hasta el 26 de junio
- [Notificación anticipada de la propuesta de reglamentación](#): CMS aceptará comentarios hasta el 26 de junio
- Página web de la [Investigación de Modelo de Pago del PPS para SNF](#)
- Página web de [PPS de SNF](#)
- Página web de [QRP para SNF](#)
- Página web del programa de [VBP para SNF](#)

Vea el texto completo del extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitido el 27 de abril).

### Centros de Rehabilitación para Pacientes Internos: Pago y Cambios de Política Propuestos para el FY 2018

CMS emitió un reglamento propuesto (CMS-1671-P) en el que se describen las políticas y las tasas de pago de Medicare para el FY 2018 propuestas para el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Centro de Rehabilitación para Pacientes Internos (IRF) y el Programa de Reporte de Calidad para IRF. Además del reglamento propuesto, CMS está publicando una Solicitud de Información para recibir retroalimentación continua acerca del Programa de Medicare.

Detalles del reglamento propuesto:

- Actualizaciones propuestas para las tasas de pago para IRF
- Propuesta de eliminación de la multa de pago del 25 por ciento por las transmisiones tardías del IRF-Instrumento de Evaluación del Paciente
- Propuestas de refinamiento a la metodología presunta del reglamento del 60 por ciento
- Solicitud de comentarios acerca de los criterios utilizados para clasificar facilidades de pago en el PPS para IRF
- Propuesta de revisiones técnicas del proceso de IRF
- Cambios propuestos al QRP para IRF

Nuevo

- Artículo de MLN Matters acerca de la Prohibición en Facturación de Personas Elegibles por Vía Dual Inscritos en el Programa de QBM — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Evitando el Fraude y el Abuso de Medicare: Una Hoja de Ruta para Médicos — Recordatorio

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

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): CMS aceptará comentarios hasta el 26 de junio

Vea el texto completo del extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitido el 27 de abril).

### Beneficio de Hospicio de Medicare: Actualizaciones Propuestas al Índice Salarial y Tasas de Pago para el FY 2018

CMS emitió un reglamento propuesto (CMS-1675-P) que actualizaría las tasas de pago de Medicare para el año fiscal 2018 y el índice salarial para los hospicios que sirven a los beneficiarios de Medicare y publica Solicitud de Información dentro del reglamento propuesto. Este reglamento propuesto actualizaría el índice salarial de hospicio, las tasas de pago y el monto máximo para el año fiscal 2018.

Detalles del reglamento propuesto:

- Cambios de rutina anuales de fijación de tasas
- Discusión y solicitud de comentarios acerca de fuentes de información clínica para la certificación de enfermedad terminal
- Encuesta de Experiencia de Cuidado de Hospicio CAHPS®
- Conceptos de medición de calidad bajo consideración para años futuros
- Nuevos mecanismos de recolección de datos bajo consideración: Hospice Evaluation & Assessment Reporting Tool (HEART)
- Reporte Público

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): CMS aceptará comentarios hasta el 26 de junio
- Página web de [Centro de Hospicio](#)

Vea el texto completo del extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitido el 27 de abril).

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

**Hospital**

## Aclaración de la revisión médica de las reclamaciones hospitalarias para el pago de la Parte A

Número de *MLN Matters*®: MM10080  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10080  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de mayo de 2017  
 Fecha de efectividad: 13 de junio de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R716PI  
 Fecha de implementación: 13 de junio de 2017

**Resumen**

La petición de cambio 10080 actualiza el *Medicare Program Integrity Manual (PIM)* (Manual de Integridad del Programa de Medicare, PIM), Capítulo 6, Sección 6.5.2, para asegurar la consistencia con las reglamentaciones recientes y aclara los requerimientos de revisión médica para el pago de la Parte A de estado de reclamaciones de hospitalización de corta estancia (más comúnmente denominado regla de “dos medianoche”).

**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/MM10080.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10080, 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/R716PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 716, CR 10080

*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.*

## Mensajería de remesas de pago para el mínimo semanal de 20 horas para servicios del PHP

Número de *MLN Matters*®: MM9880  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9880  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1833OTN  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

**Resumen**

Las regulaciones estipulan que el programa de hospitalización parcial (PHP) está dirigido a pacientes que requieren un mínimo de 20 horas por semana de servicios terapéuticos como se evidencia en su plan de atención.

La petición de cambio (CR) 9880 implementa mensajería informativa que transmite información suplementaria y educativa al proveedor que presenta reclamaciones de servicios del PHP donde el paciente no recibió el mínimo de 20 horas semanales de servicios terapéuticos.

**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/MM9880.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9880, 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/R1833OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1833, CR 9880

*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 actualiza los procedimientos de reporte para la evaluación del virus Hepatitis C en adultos

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9360 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9360  
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de noviembre de 2015  
Fecha de efectividad: 2 de junio de 2014  
Número de transmisión de CR relacionado: R3393CP  
Fecha de implementación: 4 de abril de 2016

*Este artículo fue revisado el 2 de mayo para corregir los tipos de facturación para la evaluación del HCV distintos al espécimen de laboratorio de un no-paciente. Toda la demás información es la misma.*

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente actualizaron los procedimientos de reporte y facturación de la evaluación del virus Hepatitis C (HCV) en adultos cubiertos por Medicare.

Con la actualización, CMS añade el tipo de facturación (TOB) 014x para la evaluación de HCV cuando es presentada para el espécimen de laboratorio de un no-paciente (código HCPCS G0472). En una versión anterior, CMS omitió el TOB 014x de la lista de TOB aplicables para la evaluación del HCV. Esta actualización incluye los siguientes TOB adecuados para la evaluación del HCV **distintos al** espécimen de laboratorio de un no-paciente:

- 013x
- 085x

## Actualizar la edición del FISS para incluir el campo de código de diagnóstico de admisión

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM9753  
Número de petición de cambio relacionado: CR 9753  
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R1832OTN  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

La petición de cambio 9753 actualiza varias ediciones del sistema para examinar el campo de diagnóstico de admisión. La edición del FISS se está actualizando para asegurar que todas las ediciones de determinación de cobertura nacional (NCD) dentro de los rangos de códigos de razón 3xxx y 59xxx que están vinculados a los campos de código de diagnóstico incluyan el campo de diagnóstico de admisión para reclamaciones de pacientes hospitalizados en tipos de factura (TOB) 011x, 012x, 018x, 021x y 022x.

### Información adicional

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

Los contratistas administrativos de Medicare no buscarán reclamaciones con G0472, presentadas bajo el TOB 014x con fechas de servicio a partir del 2 de junio de 2014, pero recibidas antes del 4 de abril de 2016. Los MAC pueden ajustar dichas reclamaciones que sean traídas a su atención.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9360.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9360, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3393CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3393, CR 9360

*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.*

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9753.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9753, 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/R1832OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1832, CR 9753

*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.*

## Actualizar la edición del FISS para incluir todos los tres campos de código de razón de visita del paciente

Número de *MLN Matters*®: MM9672 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9672  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de mayo de 2017  
 Fecha de efectividad: Reclamaciones recibidas en o después del 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1852OTN  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

*La petición de cambio (CR) 9672 provee información acerca de cambios que actualizan la lógica en el sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) para permitir editar los campos extendidos de la razón de visita del paciente (PRV). La CR 9672 no realiza cambios de política. Este artículo fue revisado el 18 de mayo para reflejar la CR 9672 revisada publicada el 17 de mayo. El artículo fue revisado para cambiar la fecha de efectividad e implementación, la fecha de emisión, número de transmisión de la CR, y la dirección web para acceder a la CR. Toda la demás información permanece igual.*

### Resumen

La petición de cambio (CR) 9672 provee información acerca de cambios que actualizan la lógica en el sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) para permitir editar los campos extendidos de la razón de visita del

paciente (PRV). La CR 9672 no realiza cambios de política.

### 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/MM9672.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9672, 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/R1852OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1840, CR 9672

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

## ESRD

## Implementación de modificador CG para tipo de factura 72x

Número de *MLN Matters*®: MM9989  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9989  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de mayo de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1849OTN  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

La petición de cambio 9989 provee información acerca de la implementación del modificador CG para líneas de reclamación de diálisis que no cumplen con los requisitos de justificación médica del contratista administrativo de Medicare para los tratamientos de diálisis para el tipo de factura (TOB) 72x. El modificador CG indica que la instalación de salud certifica que el tratamiento adicional no cumple con los requisitos de justificación médica y no debe pagarse por separado.

Medicare denegará las líneas de reclamación para TOB 72x con códigos de ingresos 0821 o 0881, código de procedimiento 90999, y modificador CG.



### 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/MM9989.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9989, 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/R1849OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1849, CR 9989

*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

# Problemas de procesamiento de la Parte A de los errores del IOCE para las reclamaciones del OPPS

### Problema

First Coast ha tomado conciencia de los problemas con los servicios del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) debido a los errores lógicos del Editor de Código para Pacientes Ambulatorios Integrado (IOCE).

### Resolución

Este problema se ha resuelto con correcciones lógicas del IOCE en la publicación trimestral de abril de 2017.

### Estado/fecha de resolución

Abierto. Las correcciones del IOCE fueron implementadas el 1 de abril de 2017.

### Acción del proveedor

Reenvíe las reclamaciones para las situaciones y calificaciones que se enumeran a continuación.

### Clasificación de pago ambulatorio comprensivo

**(C-APC)** – Para este error lógico, los pagos atípicos no se calcularon cuando deberían haber sido.

- Tipo de factura (TOB) 13X
- Fechas de servicio (DOS) del 1 de enero de 2015 hasta el 1 de abril de 2017
- Reclamaciones procesadas del 1 de enero de 2017 hasta el 1 de abril de 2017
- Indicador de estado (IOCE flag 1) = J1
- Se esperaba un pago atípico pero no se recibió debido al servicio compuesto identificado en la misma reclamación

**APC Condicional** – Para este error lógico, la lógica del

programa del APC condicional del IOCE se desactivó accidentalmente cuando la lógica de empaquetado cambió de un nivel de aplicación de “fecha de servicio” (“date of service”) a una “reclamación” (“claim”) y está causando que todas las líneas con un indicador de estado de “Q1”, “Q2” y “Q3 se empaquen por error.

- TOB 13X
- Reclamaciones recibidas del 1 de enero de 2017 hasta el 1 de abril de 2017
- No hay reembolso por reclamación
- Todas las líneas contenían edición W7047

### Lógica para los servicios de Observación y Nueva Tecnología de APC facturados con modificador PN

– Para este error lógico, los servicios de Observación y Nueva Tecnología de APC facturados con el modificador PN estaban llevando a la edición W7101.

- TOB 13X
- DOS del 1 de enero de 2017 hasta el 1 de abril de 2017
- Reclamaciones procesadas del 1 de enero de 2017 hasta el 1 de abril de 2017
- Líneas de observación que contenían el modificador PN que llevaban a la edición W7101

### Problemas actuales de procesamiento

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

## Salud mental

# Limitación extraordinaria para los servicios de los centros de salud mental comunitarios del OPPS

Número de *MLN Matters*®: MM9671

Número de petición de cambio relacionado: CR 9671

Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2016

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017

Número de transmisión de CR relacionado: R1705OTN

Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

### Resumen

En la reglamentación final del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de 2017, se finalizaron las limitaciones que los centros de salud mental comunitarios (CMCH) no pueden ser pagados más del ocho por ciento de sus pagos totales extraordinarios anuales hasta la fecha.

En apoyo a este requisito, la petición de cambio 9671 implementa un proceso en donde los sistemas de Medicare acumulan un total anual hasta la fecha de lo siguiente durante el procesamiento de reclamación para cada proveedor de los CMHC:

- El total de pagos que el proveedor de los CMHC ha recibido
- El total de pagos extraordinarios que han recibido

Estos totales son luego comparados para determinar si un proveedor de los CMHC ha sido pagado ocho por ciento de su total anual hasta la fecha en pagos extraordinarios; los pagos extraordinarios que excedan esta limitación no serán pagados.

Ver **LIMITACIÓN**, en la página 18

## LIMITACIÓN

De la página 17

### 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/MM9671.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9671, 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/R1705OTN.pdf](#).

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1705, CR 9671

*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.*

## Revisión médica

# Resultados de la investigación generalizada para MS DRG 885 y revisión de prepago

First Coast Service Options Inc. (First Coast) llevó a cabo dos investigaciones generalizadas (WSPs) en respuesta al programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) y datos de 30 días de readmisión con tendencias superiores a los datos de comparación nacionales. Las WSPs fueron para el grupo relacionado por diagnóstico y severidad de Medicare de pacientes hospitalizados (MS DRG) 885 (Psicosis con readmisiones dentro de 30 días y admisiones que exceden cuatro días o más).

### Conjunto de hallazgos de la investigación generalizada para MS DRG 885 de Psicosis

- Tasa de error general de 63.62 por ciento
  - 20 proveedores resultaron con tasas de error que van de 0-100 por ciento
  - 16 proveedores tuvieron denegaciones por requerimientos de documentación que no se cumplieron de acuerdo con las Pautas de Medicare
  - cuatro proveedores tuvieron tasas de error de cero por ciento

### Conjunto de hallazgos de la investigación generalizada para MS DRG 885 con 30 días de readmisión

- Tasa de error general de 40.85 por ciento
  - 20 proveedores resultaron con tasas de error

- que van de 0-100 por ciento
- dos proveedores con tasas de error del 100% no presentaron documentación
- siete proveedores tuvieron denegaciones por requerimientos de documentación que no se cumplieron de acuerdo a las Pautas de Medicare o por necesidad médica
- 11 proveedores tuvieron tasas de error de cero por ciento

Como medida de seguimiento debido a las altas tasas de error First Coast ha decidido colocar estadías de hospitalización de MS DRG 885 de tres+ días en revisión de prepago.

Las [pautas del manual electrónico \(IOM\)](#) (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, Manual de Políticas de Beneficios de Medicare, Capítulo 2 - Servicios de Hospitalización Psiquiátrica para Pacientes Internos proveerán regulaciones específicas para cumplir con los requerimientos de necesidad médica y documentación.

First Coast implementará el umbral de prepago para la revisión de MS DRG 885 se aplicará a reclamaciones procesadas a partir del 3 de mayo de 2017.

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

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](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**.

## Revisión a las LCD existentes

### Gemcitabine (Gemzar®) -- revisión a la LCD de Parte A y B

#### LCD ID número: L33726 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para gemcitabine (Gemzar®) fue revisada para agregar la indicación “cánceres de la nasofaringe” a la sección “indicaciones fuera de etiqueta” de la LCD. También, los códigos de ICD-10-CM: C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C14.0, C14.2, C30.0, D37.05, Z85.21, Z85.22 y Z85.810, Z85.818, y Z85.819 fueron agregados a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para el código J9201 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases

para la Decisión” de la LCD.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 16 de mayo de 2017**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

**Nota:** Para revisar las determinaciones de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## LCD retiradas

### Telescopio miniatura implantable (IMT) – LCD de la Parte A y Parte B retirada

#### LCD ID número: L33377 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la determinación de cobertura local (LCD) de revisión de análisis de datos del telescopio miniatura implantable (IMT), se determinó que esta LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

#### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 10 de mayo de 2017**. Las LCD de First

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

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

**Nota:** Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

### Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A y Parte B están siendo retiradas

#### LCD ID números: L33987, L34000, L33708, L33596, L34020 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la revisión de análisis de datos de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que estas LCDs ya no son requeridas y, por lo tanto, están siendo retiradas.

- L33987 – Posturografía Dinámica Computarizada (Computerized Dynamic Posturography)
- L34000 – Ganciclovir y Cidofovir
- L33708 – Plerixafor (Mozobil®)
- L33596 – Parche de Qutenza (capsaicin) 8%
- L34020 – Sargramostim (GM-CSF, Leukine®)

#### Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es efectivo para servicios prestados **en o después del 10 de mayo de 2017**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

**Nota:** Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [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](mailto:FCSOSPOTHelp@fcso.com)

855-416-4199

#### Sitios web

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

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

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Reclamaciones/correspondencia

**Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.**

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

#### Medicare EDI

#### Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

#### Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

#### Solicitudes de FOIA

#### Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Consultas generales

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

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

#### Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

#### Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

Planes de reembolso, reportes de costo, recibos y aprobaciones, determinaciones tentativas de acuerdos para proveedores, reportes de reembolso dor, acuerdos de reportes de costo, tasa de determinaciones provisionales, TEFRA límite objetivo y excepciones al costo límite rutinario SNF

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

#### Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

#### Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

#### Redeterminaciones

#### Florida:

Medicare Part A. Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

#### Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

#### 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 próstéticos,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

#### Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

#### Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

#### Contacte a CMS

#### Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) ([www.cms.gov](http://www.cms.gov))

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

#### Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

#### Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

**Revisión médica**

## Revisión de investigación generalizada para servicios de ambulancia (HCPCS A0427 y A0428)

Los servicios de ambulancia revisados por el programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) de la Parte B para First Coast Service Options Inc. (First Coast) continúan teniendo una alta tasa de error. First Coast llevó a cabo dos revisiones de investigaciones generalizadas (WSP) pos pago para las fechas de servicio del 1 de febrero de 2016 al 31 de julio de 2016, en respuesta al análisis de datos por aberraciones a los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) A0427 (Soporte de vida avanzado, emergencia de nivel 1 [ALS 1]) con el modificador RH (de residencia al hospital); y, A0428 (suporte de vida básico, no emergencia, [BLS]) con el modificador HN (de hospital a centro de cuidado extendido [ECF] o centro de enfermería especializada [SNF]).

Los resultados de la investigación generalizada fueron los siguientes:

- Código HCPCS A0427- RH (ALS) y A0425-RH- la tasa de error global fue del 15.64 por ciento
- Código HCPCS A0428-HN (BLS) y A0425-HN- la tasa de error global fue del 33.61 por ciento
- Código HCPCS A0425- millaje del suelo, por milla estatal.

Los servicios fueron denegados por las siguientes razones descritas en el manual electrónico de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 100-02 Manual de Políticas de Beneficios de Medicare Capítulo 10 -

## Resultados de la investigación generalizada para el código 99214 de evaluación y manejo (E&M)

El análisis de los datos pertenecientes a los servicios de evaluación y manejo indica una alta tasa de error del programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT). El código de Current Procedural Terminology (CPT®) 99214, (visita de paciente ambulatorio/oficina, paciente establecido) ha sido sobre utilizado comparado a otros códigos de servicio de E&M de CPT®. Los errores identificados incluyen utilización inapropiada de códigos de CPT® de E&M de alto nivel que fueron codificados a un nivel inferior de cuidado, no se presentó

Servicios de Ambulancia <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c10.pdf> (en inglés):

- La documentación presentada en el expediente médico no apoyaba la condición del paciente era tal que el uso de otros medios de transporte estaba contraindicado.
  - No se presentó documentación suficiente (por ejemplo, no se presentó el formulario de firma, la declaración de certificación del médico [PCS] no se presentó o estuvo incompleta y/o el expediente médico incluyó información contradictoria).
  - El expediente médico no incluyó la documentación para apoyar el servicio prestado.

**Acciones de First Coast**

En respuesta al alto porcentaje de tasas de error y los riesgos continuos de pagos indebidos asociados con los servicios de ambulancia facturados, First Coast ofrecerá un webcast educativo el 11 de

julio de 2017. Seguido del webcast, una auditoría de revisión médica de prepago para códigos HCPCS A0428 y A0425 con el modificador HN se implementará para las reclamaciones procesadas en o después del 1 de agosto de 2017, en la Florida. La nueva auditoría se basará en un umbral de reclamaciones presentadas para pago en un esfuerzo por reducir las tasas de error para este servicio de ambulancia.

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



documentación médica para la fecha de servicio facturada, y documentación insuficiente para apoyar el código 99214, lo cual se define en el manual de CPT® de la siguiente manera:

Visita de oficina u otra visita ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente establecido, que requiere por lo menos 2 de estos 3 componentes claves:

- Una historia detallada;
- Una examinación detallada;

Ver **RESULTADOS**, en la página 23

## RESULTADOS

De la página 22

- Tomar decisiones médicas de complejidad moderada.

Asesoramiento y/o coordinación del cuidado con otros médicos, otros profesionales de la salud cualificados, o agencias se proveen en consistencia con la naturaleza y las necesidades del/los problemas(s) del paciente y/o familia. Usualmente, los problemas presentados son de severidad moderada a alta. Típicamente, se brindan 25 minutos de cara a cara con el paciente y/o familia.

First Coast Service Options Inc. (First Coast) condujo una investigación generalizada posterior al pago del código CPT® 99214 para las tres especialidades principales de proveedores que facturan este código: 06-Cardiología, 11-Medicina Interna, y 08-Práctica de Familia. Las tasas generales de error fueron de 15.79 por ciento, 19.08 por ciento, y 24.46 por ciento, respectivamente. Los servicios fueron denegados debido a los siguientes resultados:

- La documentación no cumplía con el criterio de “incidente a” según se describe en el manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CSM), Publicación (Pub) 100-02, Manual de Política de Beneficios de Medicare, Capítulo 15, Sección 60.2;
- No se presentó documentación médica para la fecha del servicio facturado; y/o
- Los servicios fueron recodificados en base a

la necesidad médica de la visita y el nivel de componentes de E&M demostrados en los expedientes médicos.

First Coast y CMS ofrecen múltiples recursos acerca de las guías de documentación para niveles de servicio para E&M en:

- La [página de servicios de Evaluación y Manejo](#) de First Coast que ofrece enlaces a herramientas, acceso a la hoja de trabajo interactiva de E&M, preguntas frecuentes, aprendizaje en línea, y recursos adicionales.
- Las [directrices del manual electrónico de CMS](#) (en inglés) abordando múltiples tipos y configuraciones pertenecientes a los servicios de E&M.

### Respuesta de First Coast

En respuesta a la alta tasa de error para el proveedor de la especialidad 08-Práctica de Familia, los continuos errores de CERT, y el riesgo de pagos indebidos, First Coast implementará una auditoría de umbral de pago anticipado para las reclamaciones presentadas en o antes del 3 de mayo de 2017 para el código CPT® 99214, que se aplicará a todos los proveedores de la especialidad 08-Práctica de Familia dentro de la jurisdicción de First Coast de Florida.

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

## Laboratorio clínico

# Implementación del MCS de la tarifa fija reestructurada de laboratorio clínico

Número de *MLN Matters*®: MM10057  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10057  
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de mayo de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: RR1846OTN  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron un reglamento final el 23 de junio de 2016, el cual implementó revisiones extensas a las metodologías de pago y cobertura para las pruebas de laboratorio clínico pagadas bajo las tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS).

La petición de cambio 10057 instruye al administrador del Medicare multi-carrier system (MCS) para que incorpore la CLFS revisada al sistema compartido.

### 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/MM10057.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10057, 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/R1846OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1846, CR 10057

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

## Actualización de julio de las nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*®: MM10055  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10055  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de mayo de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3771CP  
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

### Resumen

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

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

### 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/MM10055.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10055, 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/R3771CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3771, CR 10055

*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

## Cambios a arreglos de facturación recíproca y arreglos de compensación de honorarios por hora

Número de *MLN Matters*®: MM10090  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10090  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de mayo de 2017  
 Fecha de efectividad: 13 de junio de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3774CP  
 Fecha de implementación: 13 de junio de 2017

### Resumen

La petición de cambio 10090 implementa servicios de terapia física para pacientes ambulatorios prestados por terapeutas físicos en un área de escasez de profesionales de la salud, un área médicamente subatendida, o en un área rural para que puedan ser facturados bajo facturación recíproca y arreglos de compensación de honorarios por hora de la misma manera que un médico.

**Nota:** Los descriptores de los modificadores Q5 y Q6 serán enmendados para incluir terapeutas físicos en adición a médicos en el futuro cercano en una actualización trimestral.

### 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/MM10090.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10090, 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/R3774CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3774, CR 10090

*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.*



## Dos códigos “K” nuevos para monitores de glucosa continua terapéuticos

Número de *MLN Matters*®: MM10013  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10013  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de abril de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3751CP  
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

### Resumen

La petición de cambio 10013 incluirá los dos códigos siguientes para los monitores de glucosa continua (CGM) terapéuticos, los cuales se añadirán al conjunto de códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), a partir del 1 de julio de 2017.

- K0553 Provisión de suministro para monitor de glucosa continua (CGM) terapéutico, incluye todos los suministros y accesorios, 1 unidad de servicio = 1 mes de suministro
- K0554 Receptor (monitor), dedicado, para el uso con el sistema del monitor de glucosa continua terapéutico.

**Nota:** La jurisdicción de facturación para ambos códigos será el contratista administrativo de Medicare de equipo

médico duradero.

### 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/MM10013.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10013, 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/R3751CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3751, CR 10013

*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

### Reporte de tipo de MSP en reclamaciones electrónicas

Por favor, tome unos minutos para asegurarse que obtiene la información del seguro de Medicare como pagador secundario (MSP) y reporte el tipo correcto de MSP correspondiente en sus solicitudes de reclamaciones secundarias de Medicare. **Efectivo para reclamaciones procesadas a partir del 27 de abril de 2017, el no proporcionar el tipo correcto de MSP dará como resultado de regreso una negación de reclamación no procesable (RUC) con el código de razón de ajuste de reclamación (CARC) 16 y el código de observación de remesa de pago (RARC) N245.** Estos mensajes indican que la información de la reclamación se reportó incorrectamente y debe presentar una nueva reclamación con el tipo de MSP correcto.

Al presentar una reclamación electrónica a Medicare, se le requiere que obtenga información del seguro de MSP del paciente. El seguro del paciente se clasifica como un plan de salud grupal (GHP) o un plan de salud no grupal (NGHP). Ejemplos de cobertura de GHP son trabajador de edad avanzada (WA), discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD). Estos tipos de cobertura se basan en el empleo actual o pasado. Ejemplos de cobertura de NGHP son automóvil/sin culpa, indemnización de trabajadores (WC) y responsabilidad. Estos tipos de cobertura suelen ser el resultado de un accidente, lesión o demanda legal. Aunque hay otros tipos de cobertura de MSP, estos son

los más comunes.

Recibimos muchas reclamaciones de MSP con el tipo de seguro incorrecto reportado. Es sumamente importante reportar el tipo de seguro de MSP correcto en una reclamación. Algunos ejemplos de tipos de seguros de MSP incorrectos son:

- Reporte del MSP tipo 47 (responsabilidad) como código predeterminado
- Reporte del MSP tipo 12 (WA) en lugar de 43 (discapacidad) o 13 (ESRD)

**Por favor refiérase a la tabla siguiente para el tipo de seguro de MSP de dos dígitos y una breve descripción de la provisión de MSP.**

Tipo de seguro de MSP	GHP or NGHP	Disposición de MSP
12	GHP	Trabajador de edad avanzada (Working aged) – Beneficiarios de 65 años de edad o más que están asegurados a través de su propio empleo o el de su cónyuge actual. El beneficiario debe tener 65 años o más. Debe haber al menos 20 o más empleados.

## REPORTE

De la página 25

43	GHP	Discapacidad (Disability) – Esta cobertura es para los beneficiarios que son menores de 65 años y discapacitados. El seguro se basa en su propio empleo actual o en el empleo actual de un miembro de la familia. Debe haber 100 o más empleados.
13	GHP	Enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease) - Esta cobertura es para beneficiarios inscritos con Medicare únicamente por insuficiencia renal y están asegurados por su cuenta o por el empleo actual o anterior de un miembro de la familia. Medicare es el pagador secundario durante los primeros 30 meses. No hay restricción de edad en este tipo de cobertura. El beneficiario puede tener menos o ser mayor de 65 años de edad.
14	NGHP	Automóvil/sin culpa (Automobile/No fault) - Seguro sin culpa que paga por los gastos médicos por lesiones sufridas por un accidente automovilístico. Esta cobertura no se basa en el empleo.

15	NGHP	Indemnización a los trabajadores (Workers' Compensation) - Se trata de un seguro que los empleadores están obligados a proporcionar a los empleados que se enferman o lesionan en el trabajo.
47	NGHP	Responsabilidad (Liability) - Seguro (incluyendo un plan autoasegurado) que provee pago basado en la supuesta responsabilidad legal del asegurado por lesión, enfermedad o daño a la propiedad. Algunos ejemplos de esta cobertura podrían ser responsabilidad por productos, negligencia y cobertura de propietarios.

Para obtener más información acerca de cómo presentar reclamaciones electrónicas de MSP y dónde indicar el tipo de MSP, revise [facturación del código correcto para el tipo de seguro de Medicare como pagador secundario](#).

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

## Preguntas y denegaciones

### Prevenga las denegaciones de reclamaciones duplicadas

Los proveedores son responsables de todas las reclamaciones presentadas a Medicare bajo su número de proveedor. Las reclamaciones duplicadas prevenibles son contraproducentes y costosas y la continua presentación a Medicare pueden llevar a una acción de la integridad del programa. Por favor comparta esta información con sus empresas de facturación, proveedores y casa de facturación.

Las ediciones del sistema de reclamaciones buscan servicios duplicados y repetidos dentro de lo pagado, finalizado, *pendiente* y los *detalles idénticos de la reclamación* en la historia. Las reclamaciones duplicadas y las líneas de reclamación son denegadas automáticamente. Reclamaciones duplicadas

*sospechosas* y líneas de reclamación se suspenden y se revisan por el contratista administrativo de Medicare (MAC) para tomar una determinación para pagar o denegar. [Haga clic aquí para obtener información adicional](#).

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

Ver **PREVENGA**, en la página 27

## PREVENGA

De la página 26

permitirá que la reclamación sea procesada y pagada, si es aplicable.

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

Revise sus procedimientos de facturación y el software. Si está facturando un servicio, procedimiento o artículo que no es un duplicado, agregue el modificador o modificadores apropiados antes de presentar la reclamación. A continuación se enumeran algunos ejemplos de modificadores que pueden utilizarse, según corresponda. Para una lista completa, revise el libro de códigos de Current Procedural Terminology® (CPT®).

- Modificador 59: servicio o procedimiento por el mismo proveedor, distinto o independiente de otros servicios, realizado en el mismo día. Servicios o procedimientos que normalmente se reportan juntos pero son apropiadas para ser facturados por separado bajo ciertas circunstancias Refiérase al artículo de *MLN Matters*® [SE1418](#) (en inglés) para más detalles acerca del uso 59, incluyendo numerosos ejemplos de codificación
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) establecieron cuatro nuevos modificadores, a partir del 1 de enero de 2015, para definir subconjuntos del modificador 59. Consulte el artículo de *MLN Matters*® [MM8863](#) (en inglés) para ver más detalles.
- Modificador 76: servicio o procedimiento *repetido* por el mismo proveedor, después del

procedimiento o servicio original

- Modificador 91: pruebas de laboratorio de diagnóstico clínico *repetidas*. Este modificador se añade sólo cuando los resultados de las pruebas adicionales son médicamente necesarias en el mismo día
  - Ejemplo: el laboratorio presenta una reclamación de Medicare para dos pruebas de lactato deshidrogenasa (LD), código CPT® 83615.
    - Línea 1: 83615
    - Línea 2: 83615 y modificador 91
- Los modificadores RT (lado derecho) y LT (lado izquierdo): anexas el modificador aplicable al código de procedimiento, *incluso si el diagnóstico indica el sitio exacto del procedimiento*.
  - Ejemplo: el proveedor presenta reclamación de Medicare para el código de diagnóstico M1711 (artrosis primaria unilateral, rodilla derecha) y/o código de diagnóstico M1712 (artrosis primaria unilateral, rodilla izquierda). El modificador RT debe adicionarse al código de procedimiento facturado con código de diagnóstico M1711. El modificador LT debe adicionarse al código de procedimiento facturado con código de diagnóstico M1712.

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

Fuente (en inglés): CMS *MLN Matters*® [MM8121](#), *manual electrónico (IOM) de CMS, publicación 100-04, capítulo 1, sección 120-Detección de Reclamaciones Duplicadas*, *CMS MLN Matters*® [MM8863](#) y el libro de códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) de la American Medical Association (AMA) de 2013.

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

## Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



## Determinaciones Locales de Cobertura

De acuerdo a las publicaciones especificadas por CMS, los contratistas de Medicare han cesado de distribuir a los proveedores, el texto completo en formulario impreso, de las determinaciones locales de cobertura (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <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](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**.

## LCD retiradas

# Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte B están siendo retiradas

**LCD ID números: L33807, L33902, L33928 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en la revisión de análisis de datos de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que estas LCDs ya no son requeridas y, por lo tanto, están siendo retiradas.

- L33807 – Acetato de caspofungina (Cancidas®)
- L33902 – Estudios Completos de Análisis de Movimiento
- L33928 – Estimulación Osteogénica

### Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es efectivo para servicios prestados **en o después del 10 de mayo de 2017**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

**Nota:** Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

# Telescopio miniatura implantable (IMT) – LCD de la Parte A y Parte B retirada

**LCD ID número: L33377 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en la determinación de cobertura local (LCD) de revisión de análisis de datos del telescopio miniatura implantable (IMT), se determinó que esta LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados **en o después del 10 de mayo de 2017**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección



de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

**Nota:** Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

# Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A y Parte B están siendo retiradas

**LCD ID números: L33987, L34000, L33708, L33596, L34020 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

Basado en la revisión de análisis de datos de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que estas LCDs ya no son requeridas y, por lo tanto, están siendo retiradas.

- L33987 – Posturografía Dinámica Computarizada (Computerized Dynamic Posturography)
- L34000 – Ganciclovir y Cidofovir
- L33708 – Plerixafor (Mozobil®)
- L33596 – Parche de Qutenza (capsaicin) 8%
- L34020 – Sargramostim (GM-CSF, Leukine®)

### Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es efectivo para servicios prestados **en o después del 10 de mayo de 2017**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

**Nota:** Para revisar las determinaciones locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Revisión a las LCD existentes

**Gemcitabine (Gemzar®) -- revisión a la LCD de Parte A y B****LCD ID número: L33726 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para gemcitabine (Gemzar®) fue revisada para agregar la indicación “cánceres de la nasofaringe” a la sección “indicaciones fuera de etiqueta” de la LCD. También, los códigos de ICD-10-CM: C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9, C12, C14.0, C14.2, C30.0, D37.05, Z85.21, Z85.22 y Z85.810, Z85.818, y Z85.819 fueron agregados a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para el código J9201 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD.

**Fecha de vigencia**

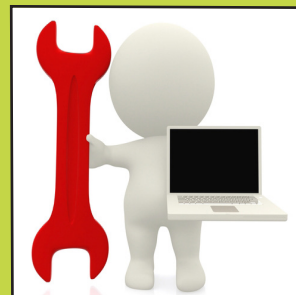
Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 16 de mayo de 2017**. Las LCD de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar en la selección de “Anexos” en el menú desplegable “Sección de navegación” en la parte superior de la página de LCD.

**Nota:** Para revisar las determinaciones cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

Formulario: <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](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<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](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

### Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

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](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

Formulario: <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](mailto:medical.policy@fcso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<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.fcsouniversity.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**