

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Junio 2017



En esta edición

Cambios en la reclamación de Centro hospitalario de ESRD para acomodar diálisis para beneficiarios con AKI 15
Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas - nueva LCD de la Parte A y B 23

Detección de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana

Número de *MLN Matters*[®]: MM9980
Número de petición de cambio relacionado: CR 9980
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de mayo de 2017
Fecha de efectividad: 13 de abril de 2015
Número de transmisión de CR relacionado: R3778CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una petición de cambio (CR) 9403 para la detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La CR 9980 informa a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) que reconocerán los tres nuevos códigos (G0432, G0433 y G0435) para los servicios relacionados con la detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El artículo proporciona instrucciones detalladas de

facturación para estos códigos. La frecuencia de las pruebas y otras funciones para estos códigos son las mismas que las enumeradas en la CR 9403.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm9980.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9980, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3778CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3778, CR 9980

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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Recursos Preventivos

Detección de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana.....	1
Detección de infección del virus de hepatitis B.....	3

Ambulancia

Actualización del manual para aclarar la localización de la ambulancia y la evaluación de ALS.....	3
--	---

Cobertura

Medicare cubre la detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja.....	4
Nuevo enfoque para búsqueda de LCDs.....	4
Cobertura de Medicare de la descompresión lumbar guiada por imagen percutánea para LSS.....	5
Cambios en octubre al software de edición de NCD de laboratorio.....	5
Mantenimiento de NCD relacionado con las conversiones de ICD-10 y otras actualizaciones de codificación.....	6

EDI

Actualización de códigos de categoría de estado de reclamación y estado de reclamación.....	6
CMS publica actualización del código de observación de remesas de pago, código de denegación de ajuste de reclamación, Medicare Remit Easy Print y PC Print.....	7
CMS actualiza la lista de códigos para las combinaciones de CARC, RARC, y CAGC.....	7

Facturación

CMS presenta dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare.....	8
--	---

Tarifas

Actualización de julio de 2017 acerca de los cambios en los códigos de drogas y biológicos.....	8
---	---

Revalidación

Revalidación de la inscripción del proveedor – ciclo 2.....	9
---	---

Recursos Educativos

Calendario de eventos.....	10
MLN Connects® para el 25 de mayo de 2017.....	11
MLN Connects® para el 1 de junio de 2017.....	11
MLN Connects® para el 8 de junio de 2017.....	12
MLN Connects® para el 15 de junio de 2017.....	12
MLN Connects® para el 22 de junio de 2017.....	13

Parte A

Asuntos de procesamiento

Reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) con el código de denegación 32103 o 32104 - actualización.....	14
---	----

MSP

Servicios de procesamiento no autorizados por un centro de administración de veteranos (VA) en un centro que no es para administración de veteranos.....	14
--	----

ERSD

Cambios en la reclamación de centro hospitalario de ESRD para acomodar diálisis para beneficiarios con AKI.....	15
---	----

EDI

Guía con reclamaciones de centros para pacientes ambulatorios e ingreso de reclamaciones a través de pantallas de DDE para reducir que no se crucen reclamaciones.....	15
--	----

Sistema de pago prospectivo

CMS actualiza el precio del sistema de pago prospectivo para el centro de enfermería especializada de Medicare de 2018.....	16
---	----

Hospital

Versión 18.2 de especificaciones del I/OCE de julio de 2017.....	16
Actualización de julio de 2017 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) del hospital.....	17

Determinaciones Locales de Cobertura

Notificación anticipada al beneficiario.....	18
--	----

Revisión a las LCD existentes

Troponin - revisión a la LCD de la Parte A... 19	19
Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	19
Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A y Parte B están siendo revisadas.....	20
Vitamina D; hydroxy 25, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	20
Servicios no cubiertos – revisión de la LCD Parte A y Parte B.....	21
Bioretroalimentación – revisión a la LCD de la Parte A y B.....	22

LCD nuevas

Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas — nueva LCD de la Parte A y B.....	23
Sistema eclipse para el tratamiento de la incontinencia fecal en mujeres adultas - aclaración con respecto a la tecnología del dispositivo y facturación correcta... 23	23

LCD retiradas

Vinorelbine tartrate (Navelbine®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....	24
Terapia fotodinámica ocular (OPT) con verteporfina – LCD retirado de la Parte A y Parte B.....	24

Contactos Parte A

Facturación inadecuada de quiroprácticos para terapia.....	26
--	----

Noticias de facturación

Fin programado de la demostración de inmunoglobulina intravenosa.....	26
Dos códigos “K” nuevos para monitores de glucosa continua terapéuticos.....	27

Cirugía ambulatoria

Actualización de julio de 2017 del sistema de pago del ASC.....	27
---	----

Determinaciones Locales de Cobertura

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

Revisión a las LCD existentes

Epidural - revisión a la LCD de la Parte B... 29	29
Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	29
Múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) de la Parte A y Parte B están siendo revisadas.....	30
Vitamina D; hydroxy 25, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	30
Servicios no cubiertos – revisión de la LCD Parte A y Parte B.....	31
Bioretroalimentación – revisión a la LCD de la Parte A y B.....	32

LCD nuevas

Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas — nueva LCD de la Parte A y Parte B.....	33
Sistema eclipse para el tratamiento de la incontinencia fecal en mujeres adultas - aclaración con respecto a la tecnología del dispositivo y facturación correcta... 33	33

LCD retiradas

Vinorelbine tartrate (Navelbine®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B.....	34
Terapia fotodinámica ocular (OPT) con verteporfina – LCD retirado de la Parte A y Parte B.....	34

Contactos Parte B de Puerto Rico

Información de contacto Florida

Información de contacto Islas Vírgenes

de los Estados Unidos

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

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

Third-party websites:

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

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

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: 9 de junio de 2017
Fecha de efectividad: 28 de septiembre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3793CP y R197NCD
Fecha de implementación: 2 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 revisado el 9 de junio para reflejar una petición de cambio (CR) actualizada que cambió la fecha de implementación del 1 de enero de 2018 al 2 de enero de 2018. Toda la demás información permanece sin cambios.

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 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 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3793CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R197NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3793 y CMS Pub. 100-03, Transmittal 197, 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.

Ambulancia

Actualización del manual para aclarar la localidad de la ambulancia y la evaluación de ALS

Número de *MLN Matters*®: MM10110
Número de petición de cambio relacionado: CR 10110
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de junio de 2017
Fecha de efectividad: 18 de septiembre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R236BP
Fecha de implementación: 18 de septiembre de 2017

Resumen

La petición de cambio 10110 describe las revisiones del *Medicare Benefit Policy Manual (Manual de Políticas de Beneficios de Medicare)*, el cual aclara las definiciones de localidad y servicios de ambulancia terrestre para la evaluación de soporte de vida avanzado (ALS).

- Localidad - el área de servicio que rodea a la institución a la cual normalmente viajan o se espera que viajen para recibir servicios hospitalarios o de enfermería especializada.
- Si se realiza una evaluación de ALS, los servicios serán cubiertos en el nivel de emergencia de ALS si es médicamente necesario y se cumplen todos los demás requisitos de cobertura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm10110.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10110, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R236BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 236, CR 10110

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

Cobertura

Medicare cubre la detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja

Número de *MLN Matters*®: MM9246 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9246
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de octubre de 2015
 Fecha de efectividad: 5 de febrero de 2015
 Número de transmisión de CR relacionado: R3374CP y R185NCD
 Fecha de implementación: 4 de enero de 2016

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han sido autorizados para añadir cobertura para la detección del cáncer de pulmón como un “servicio preventivo adicional.” El servicio debe cumplir con todos los criterios descritos en la determinación de cobertura nacional. Este artículo fue revisado el 12 de junio para aclarar que centros de pruebas de diagnóstico independientes (IDTF) pueden ser centros elegibles. Toda la demás información permanece sin cambios

Resumen

La sección 1861(ddd)(1) del Social Security Act (the Act) autoriza a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a añadir cobertura de “additional preventive services” (“servicios preventivos adicionales”) a través del proceso de la determinación de cobertura nacional (NCD). Los “servicios preventivos adicionales” deben cumplir con todos los siguientes requisitos:

- Ser razonables y necesarios para la prevención o detección temprana de enfermedad o discapacidad;
- Ser recomendados con una calificación de A o B

por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF); y

- Ser apropiados para individuos que tengan derecho a beneficios bajo la Parte A o inscritos bajo la Parte B
- Como resultado, CMS emitió la determinación de cobertura nacional (NCD) 210.14 el 21 de agosto proporcionando cobertura para la detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT).

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9246.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9246, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R3374CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R185NCD.pdf>

Fuente: CMS Pub 100-04 y 03, Trans # 3374 y 185, CR 9246

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.

Nuevo enfoque para búsqueda de LCDs

La base de datos de cobertura médica de Medicare (MCD) de Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ofrece a los proveedores más funcionalidades, opciones y mejores cronologías que la herramienta previa auspiciada por First Coast Service Options (First Coast). La herramienta de búsqueda provista por First Coast fue retirada el 12 de junio de 2017.

Las opciones disponibles dentro de la MCD le ayudarán a encontrar determinaciones de cobertura local (LCDs) y determinaciones de cobertura nacional (NCDs). Previamente, la búsqueda de datos de First Coast para las LCD era actualizada semanalmente basada en una descarga que estaba disponible de uno a dos días más tarde que la MCD. La MCD ofrece nueva información de cobertura local cada jueves, mientras que la información de cobertura nacional se actualiza en tiempo real.

Múltiples maneras de localizar y ver los datos

BÚSQUEDA RÁPIDA – La MCD ayuda los usuarios a localizar ambas bases de datos de NCD y LCD

utilizando una variedad de criterios tales como palabras clave, diagnóstico/procedimiento, y fecha.

La búsqueda rápida se encuentra en la parte superior derecha de la [página de información general](#) de la MCD (en inglés).

Haga clic en [ADVANCED SEARCH \(BÚSQUEDA AVANZADA\)](#) (en inglés) para utilizar filtros adicionales para encontrar exactamente lo que anda buscando.

[INDEXES \(INDICES\)](#) – Provee a los usuarios listas pre-definidas de documentos de cobertura nacional y local.

[REPORTS \(REPORTES\)](#) (en inglés) – Provee a los usuarios con reportes de cobertura de datos nacional y local.

[DOWNLOADS \(DESCARGAS\)](#) (en inglés) – Le permite a los usuarios descargar series completas de LCDs y artículos y la serie completa de NCDs.

Ayuda utilizando la MCD

Para más información acerca de cómo utilizar la MCD, [haga clic aquí](#).

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

Cobertura de Medicare de la descompresión lumbar guiada por imagen percutánea para LSS

Número de *MLN Matters*®: MM10089
Número de petición de cambio relacionado: CR 10089
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de mayo de 2017
Fecha de efectividad: 7 de diciembre de 2016
Números de transmisiones de CR relacionados: R3787CP y R196NCD
Fecha de implementación: 27 de junio de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 10089 anuncia que para las fechas de servicio en o después del 7 de diciembre de 2016, Medicare cubrirá la descompresión lumbar guiada por imagen percutánea bajo la cobertura con evidencia para los beneficiarios con estenosis espinal lumbar (LSS) inscritos en un estudio prospectivo longitudinal aprobado. **Nota:** La CR 10089 no sustituye sino que se suma a la CR 8757 y CR 8954.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10089.pdf>

Las instrucciones oficiales para la petición de cambio (CR) 10089, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC están disponibles en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3787CP.pdf> y en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R196NCD.pdf>.

Fuentes: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3787, CR 10089; CMS Pub. 100-03, Transmittal 196, CR 10089

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.

Cambios en octubre al software de edición de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*®: MM10156
Número de petición de cambio relacionado: CR 10156
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de junio de 2017
Fecha de efectividad: 2 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3797CP
Fecha de implementación: 3 de octubre de 2017

Resumen

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

La petición de cambio (CR) 10156 enumera numerosos cambios en los códigos aplicables a las varias listas de códigos de NCD de laboratorio para octubre de 2017. **Nota:** Los MACs no buscarán archivos para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o para pagar las reclamaciones de forma retroactiva, pero ajustarán las reclamaciones que usted lleve a su atención.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10156.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10156, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3797CP.pdf>.



Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3797, CR 10156

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.

Mantenimiento de NCD relacionado con las conversiones de ICD-10 y otras actualizaciones de codificación

Número de *MLN Matters*®: MM10086
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10086
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de mayo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1854OTN
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017,
 ediciones del sistema compartido; 14 de julio de 2017,
 ediciones locales

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicaron recientemente la petición de cambio (CR) 10086 que actualiza los códigos de diagnóstico específicos de las determinaciones de cobertura nacional (NCDs). No se incluyen cambios relacionados con las políticas con estas actualizaciones. Cualquier cambio relacionado con las políticas continuará implementándose a través del proceso actual de NCD de larga duración. La CR 10086 hace ajustes a las siguientes nueve NCDs:

- NCD20.29 - Hyperbaric Oxygen (HBO)
- NCD40.7 - Outpatient Intravenous Insulin Therapy
- NCD80.2 - Photodynamic Therapy
- NCD80.2.1 - Ocular Photodynamic Therapy
- NCD80.3 - Photosensitive Drugs
- NCD80.3.1 - Verteporfin
- NCD80.11 - Vitrectomy
- NCD100.1 - Bariatric Surgery
- NCD110.4 - Extracorporeal Photopheresis
- NCD110.23 - Stem Cell Transplantation
- NCD190.3 - Cytogenetic Studies

- NCD190.11 - Home Prothrombin Time/International Normalized Ratio (PT/INR)
- NCD210.13 - Screening for Hepatitis C Virus
- NCD220.4 - Mammograms
- NCD220.6.17 - PET for Solid Tumors
- NCD270.1 - Electrical Stimulation Electromagnetic Therapy for Treatment of Wounds
- NCD20.31, 20.31.1, 20.31.2, 20.31.3 - Intensive Cardiac Rehabilitation.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10086.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10086, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1854OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1854, CR 10086

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.

EDI

Actualización de códigos de categoría de estado de reclamación y estado de reclamación

Número de *MLN Matters*®: MM10043
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10043
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de mayo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3782CP
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

Después de la reunión de junio del Comité de Mantenimiento del Código Nacional, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de categoría de estado de reclamación de Medicare y los códigos de estado de reclamación. Los conjuntos de códigos estarán disponibles (en inglés) en:

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

Los cambios de código aprobados en la reunión de junio de 2017 se publicarán en los sitios anteriores en o alrededor del 1 de julio y se utilizarán en la edición de todas las transacciones de reclamación electrónica

mediante la implementación de la petición de cambio 10043, que está programada para el 2 de octubre de 2017.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10043.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10043, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3782CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3782, CR 10043

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

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

Número de *MLN Matters*®: MM10040
Número de petición de cambio relacionado: CR 10040
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de mayo de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3780CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la petición de cambio (CR) 10040, la cual actualiza las listas de los códigos de observación de remesas de pago (RARC) y de los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC).

La CR 10040 también llama a una actualización del software Medicare Remit Easy Print (MREP) y PC Print. Si usted utiliza el software *MREP* o *PC Print*, asegúrese de obtener la versión más reciente la cual es publicada en o antes del 2 de octubre de 2017.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10040.pdf>
La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10040, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3780CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3780, CR 10040

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

CMS actualiza la lista de códigos para las combinaciones de CARC, RARC, y CAGC

Número de *MLN Matters*®: MM10041
Número de petición de cambio relacionado: CR 10041
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de mayo de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3781CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

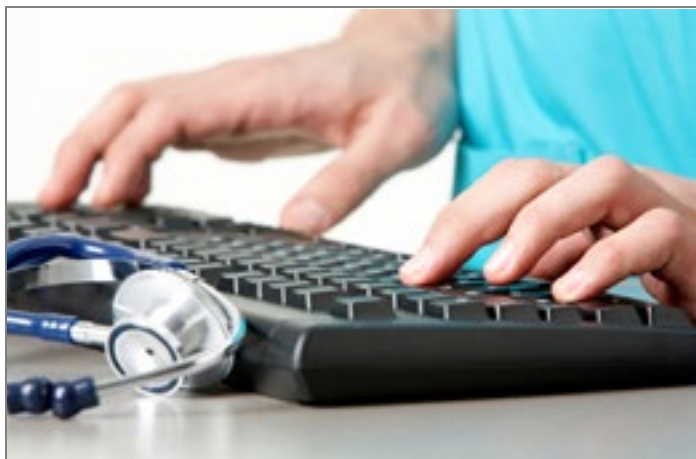
La petición de cambio 10041 instruye a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) y a los administradores del sistema compartido de Medicare, actualizar los sistemas basados en la lista de combinación de códigos del Comité de Normas de Funcionamiento para el Intercambio de Información (CORE) a ser publicada el o alrededor del 10 de junio de 2017.

Además, si usted utiliza el software PC Print o Medicare Remit Easy Print (MREP) proporcionado por su MAC, asegúrese de obtener la versión más reciente de software cuando esté disponible.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10041.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10041, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en:



<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3781CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3781, CR 10041

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

Facturación

CMS presenta dos nuevos tipos de pagador secundario de Medicare

Número de *MLN Matters*[®]: MM9893 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9893
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de junio de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R1857OTN
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

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, juicio, adjudicación u otro pago que se utilice para pagar los gastos médicos futuros de un beneficiario. Este artículo fue revisado el 9 de junio para reflejar una petición de cambio (CR) actualizada, la cual resultó en cambios a la fecha de publicación de la CR, número de transmisión y el enlace a la transmisión. Todo la demás 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 de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9893.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9893, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1857OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1857, CR 9893

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

Tarifas

Actualización de julio de 2017 acerca de los cambios en los códigos de drogas y biológicos

Número de *MLN Matters*[®]: MM10107
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10107
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3776CP
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 10107 le informa a los proveedores y suplidores de Medicare que comenzando el 3 de julio de 2017, los siguientes códigos serán añadidos a los cambios de códigos de drogas de julio de 2017: Q9984, Q9985, Q9986, Q9988, y Q9989. **Nota:** Comenzando el 1 de julio de 2017, el código J1725 (Inyección de caproato de hidroxiprogesterona, 1 mg) ya no será pagado por Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es:

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10107.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10107, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3776CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3776, CR 10107

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.

Revalidación

Revalidación de la inscripción del proveedor – ciclo 2

Número de *MLN Matters*®: SE 1605 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo está destinado a todos los proveedores y suplidores que están inscritos en Medicare y necesitan hacer la revalidación. Fue revisado el 15 de junio para cambiar la fecha de efectividad de las desactivaciones debido a falta de facturaciones desde cinco días desde la fecha de la carta de desactivación a 10 días.

Resumen

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

Nota especial:

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

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1605.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1605

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Julio de 2017

Servicios de ambulancia: La urgencia de la documentación adecuada (B)

Cuando: 11 de julio 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/0376855.asp>

Medicare Speaks 2017 Tampa

Cuando: 26-27 de julio de 2017
 Hora: 7:30 AM-4:15 PM ET
 Tipo: *Cara a cara*

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

https://medicareespanol.fcso.com/medicare_speaks/0371647.asp

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® para el 25 de mayo de 2017

MLN Connects® para el 25 de mayo de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Recordatorio de la Iniciativa de Remoción de Número de Seguro Social: Prepare sus Sistemas
- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare de 2018: Presente Notificación de Intención de Solicitud para el 31 de mayo
- Programa de Pago de Calidad: Guía de Recursos de Asistencia Técnica Disponible
- Manual del Usuario de la Medida de Calidad del QRP de SNF
- Simplificación Administrativa: Obtenga lo Básico
- Mayo es el Mes Nacional de la Osteoporosis

Cumplimiento del proveedor

- Servicios de Ambulancia de Apoyo Vital Avanzado: Documentación Insuficiente

Reclamaciones, precios y códigos

- Julio de 2016 archivo de actualización de OPPS Pricer

Próximos eventos

- Convocatoria a Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y QAPI — 15 de junio
- Webcast acerca de Certificado CLIA de Microscopía realizada por el Proveedor — 28 de junio
- Webinar acerca de CBR en Servicios de Anestesia para Procedimientos Endoscópicos Inferiores — 12 de julio

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Los ABCs de la Herramienta Educativa de Examen Físico Preventivo Inicial — 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 1 de junio de 2017

MLN Connects® para el 1 de junio de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Nuevas Tarjetas de Medicare Ofrecen Mayor Protección a Más de 57.7 Millones de Estadounidenses
- Programas de Incentivos de EHR: Presente Comentarios acerca de Cambios Propuestos antes del 13 de junio
- Nuevos Recursos del Programa de Pago de Calidad Disponibles
- Revisión de los Requerimientos del Programa de Incentivos de EHR de 2017
- Recursos y Herramientas de eCQM del CY 2017

Cumplimiento del proveedor

- Desfibriladores Externos Automáticos: Documentación de Registro Médico Inadecuada

Reclamaciones, precios y códigos

- Hospicios: Presentar Ajustes para Corregir los Errores de Pago

Próximos eventos

- Convocatoria a Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y QAPI — 15 de junio
- Webcast acerca de Certificado CLIA de Microscopía realizada por el Proveedor — 28 de junio
- Convocatoria a Mejoras en el Proceso de Apelación de Reclamaciones de Medicare y en el Muestreo Estadístico — 29 de junio

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN acerca de Solución Necesaria para los Hospicios que Envían los Pagos de RHC y SIA al Final de la Vida — Nuevo
- Folleto acerca de Servicios de SBIRT — Revisado
- Aspectos Básicos de Medicare: Video de Información General de Reclamaciones de la Parte A y B — Recordatorio
- Folleto acerca de Fraude y Abuso de Medicare: Prevención, Detección y Reporte — Recordatorio

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

MLN Connects® para el 8 de junio de 2017

MLN Connects® para el 8 de junio de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Hospitales y SNFS: Reduzca el Riesgo de Legionella en los Sistemas de Agua
- Estado del Participante de Cualificación Predictiva del APM Anunciado
- Hospicios: Revisión de Reportes Preliminares del Primer Proveedor para el 30 de junio
- IRFs y LTCHs: Revisión de Reportes Preliminares del Proveedor del QRP para el 30 de junio
- Comparación de Actualización Trimestral del IRF y LTCH
- SNFQRPativa disponible
- PEPPER para Hospitales de Cuidado Agudo de Corto Plazo Disponible
- Recursos del Programa de Pago de Calidad Disponibles
- Webinar acerca de ONC eMeasurement y Mejora de Calidad: Grabación Disponible
- Revisión de Propuestas a los Acuerdos de Arbitraje de Centros de Cuidado a Largo Plazo
- Día Mundial de No al Tabaco

Cumplimiento del proveedor

- Reclamaciones Duplicadas No Serán Pagadas

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de Julio de 2017 de Promedio de Precios de Venta Disponibles

Próximos eventos

- Convocatoria a Asociación Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y QAPI — 15 de junio
- Webcast acerca de Certificado CLIA de Microscopía realizada por el Proveedor — 28 de junio
- Convocatoria a Mejoras en el Proceso de Apelación de Reclamaciones de Medicare y en el Muestreo Estadístico — 29 de junio

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Curso de Capacitación Basado en la Web de Visión general del Programa de Calidad de Pago — Nuevo
- Artículo de MLN Matters® acerca de Fin Programado de la Demostración de Inmunoglobulina Intravenosa — Nuevo
- Folleto de Evitando el Fraude y el Abuso de Medicare: Una Hoja de Ruta para Médicos — Recordatorio
- Folleto de Pagador Secundario de Medicare — Recordatorio

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

MLN Connects® para el 15 de junio de 2017

MLN Connects® para el 15 de junio de 2017

Vea en esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Reportes de Grupo del MIPS: El Período de Registro Finaliza el 30 de Junio
- Categorías de Desempeño del MIPS: Aceptación de Medidas y Actividades Futuras Hasta el 30 de Junio
- Servicios de Manejo de Cuidado Crónico: Nuevos Materiales de Cuidado Conectado
- Semana Nacional de la Salud Masculina 2017
- Análisis Condado por Condado de la Participación del Asegurador Proyectado Actual en Intercambios de Seguros de Salud

Cumplimiento del proveedor

- Minuto del Proveedor de CMS: Tomografías Computarizadas Video

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de 2018 del código ICD-10-CM Disponibles

Próximos eventos

- ESRD QIP: Revisando los PY de su centro hospitalario 2017 Desempeño de datos de llamadas — 2 de agosto Foro Especial de Puertas Abiertas de la Ley IMPACT — 20 de junio
- Webcast acerca de Certificado CLIA de Microscopía realizada por el Proveedor — 28 de junio
- Webinar acerca de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson — 28 de junio
- Convocatoria a Mejoras en el Proceso de Apelación de Reclamaciones de Medicare y en el Muestreo Estadístico — 29 de junio

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters® acerca de Guía a los Proveedores que Presentan Reclamaciones de Centros para Pacientes Ambulatorios y Aquellos Que Ingresan Datos de las Reclamaciones a través de las Pantallas de DDE para Reducir la Incidencia de que se Cruzen Reclamaciones — Nuevo

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 22 de junio de 2017

MLN Connects® para el 22 de junio de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- CMS Propone Actualizaciones al Programa de Pago de Calidad para Aumentar Flexibilidad y Reducir Gravámenes
- Próximo en Abril 2018: Nueva Tarjeta de Medicare – Número Nuevo
- Programa de Pago de Calidad: Nuevos Recursos Disponibles
- Programa de Pago de Calidad: Ver Grabaciones de Webinars Recientes
- Reporte Anual del Plan de Desarrollo de Medida de Calidad
- Revisión y Reportes Correctos Disponibles del QRP del SNF
- Datos de 2015 de Utilización y Pago de Médico y Otro Suplidor
- Datos de 2015 de Utilización y Pago de Referencia de DMEPOS
- Hospicio de QRP: Clarificación de la Guía de Codificación para el Conjunto de Artículos de Hospicio
- IRFs y LTCHs: Recordatorio de Revisión de Reportes Preliminares del Proveedor del QRP para el 30 de junio

- Hospicios: Recordatorio de Revisión de Reportes Preliminares del Proveedor para el 30 de junio
- Programa de Subvenciones de Investigación para Minorías: Aplicar para el 10 de julio

Cumplimiento del proveedor

- Declaraciones de Elección de Hospicio Carecen de Información Requerida o Tienen Otras Vulnerabilidades

Próximos eventos

- Webcast acerca de Certificado CLIA de Microscopía Realizada por el Proveedor — 28 de junio
- Convocatoria a Mejoras en el Proceso de Apelación de Reclamaciones de Medicare y en el Muestreo Estadístico — 29 de junio
- Sesión de Escucha de Reglamentación Propuesta del Programa de Pago de Calidad Año 2 — 5 de julio
- Convocatoria a Creando y Verificando Su Identificador de Proveedor Nacional — 12 de julio

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Revalidación de la Inscripción del Proveedor – Ciclo 2 Artículo de MLN Matters — Revisado
- Cumpliendo con los Requerimientos de Documentación de Registros Médicos — Revisado

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

Medicare Learning Network®

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

Asuntos de procesamiento

Reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) con el código de denegación 32103 o 32104 - actualización

Problema

Se produjo un error con el archivo de referencia cruzada del Identificador Nacional del Proveedor (NPI) en el sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) el 16 de mayo de 2017. Las reclamaciones están siendo devueltas al proveedor (RTP) con el código de denegación 32103 o 32104.

Resolución

Los códigos de denegación 32103 y 32104 se reestablecieron en la ubicación de estado SMNP11; el problema ha sido identificado y corregido. Las reclamaciones retenidas en esta ubicación están siendo liberadas para procesar.

Estado/fecha de resolución

Cerrado. 24 de mayo de 2017.

Acción del proveedor

Los proveedores deben volver a presentar las reclamaciones afectadas (F9). Las reclamaciones presentadas a través de entrada de datos directo (DDE) el 16 de mayo o el 17 de mayo de 2017, puede que no estén disponibles para ser vistas en la opción de archivo RTP de correcciones de reclamaciones, si no están presentes, favor de re facturar como nueva presentación para procesamiento.

Problemas actuales de procesamiento

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

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

MSP

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

Número de *MLN Matters*®: MM9818 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 9818
 Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de mayo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013
 Número de transmisión de CR relacionado: R3779CP
 Fecha de implementación: 3 de abril de 2017

La petición de cambio (CR) 9818 aclara cómo los contratistas de Medicare procesarán reclamaciones de pacientes hospitalizados por servicios prestados a un beneficiario de Medicare parcialmente cubierto por la Administración de Veteranos (VA) en un centro que no es para administración de veteranos (VA). Además, el artículo aborda otros problemas relacionados con el mismo tema. Este artículo fue revisado el 25 de mayo debido a una petición de cambio (CR) actualizada que aclaró el lenguaje, que se indica en este artículo (en negrita) en la página 2. El número de transmisión, la fecha de publicación y el enlace a la CR también cambiaron. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

Para reclamaciones de pacientes hospitalizados donde la Administración de Veteranos (VA) es el pagador, los servicios cubiertos son exclusiones al programa de Medicare según la Sección 1862 de la Ley del Seguro Social. La petición de cambio (CR) 9818 brinda aclaraciones para abordar lo siguiente:

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

26 para indicar que el paciente es un paciente elegible para VA y opta por recibir servicios en un proveedor certificado de Medicare en lugar de un centro de VA. El centro también utilizará el código de valor 42 con el monto del pago de VA por los días autorizados. Los contratistas administrativos de Medicare aceptarán el código de valor '42' en reclamaciones de pacientes internados con tipos de códigos de factura 11X, 18X, 21X, 41X y 51X. Los MAC calcularán el pago de Medicare para una reclamación para pacientes hospitalizados cuando el código de condición '26' y el código de valor '42' estén presentes en una reclamación. Sin embargo, los MACs devolverá la reclamación al proveedor si el CC '26' está presente sin el VC '42' o viceversa.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9818.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9818, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3779CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3779, CR 9818

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

ERSD

Cambios en la reclamación de centro hospitalario de ESRD para acomodar diálisis para beneficiarios con AKI

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

A partir del 1 de enero de 2017, los centros hospitalarios de tratamiento de enfermedad renal en estado terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) comenzarán a prestar servicios de diálisis renal a los beneficiarios de Medicare diagnosticados con lesión renal aguda (IRA). Este artículo fue revisado el 19 de junio para referirse al código G0491 como un código HCPCS en lugar de un código CPT®. Además, se hizo una aclaración en la página 3 en los párrafos relacionados con las condiciones de cobertura de ESRD y el ajuste de pago de bajo volumen. También se agrega información acerca del hogar o la autodiálisis, la facturación de servicios médicos, el pago de estimulantes de eritropoyetina, telesalud y modificadores, códigos de valor, códigos de condición y códigos de ocurrencia a partir de la página 4. Se agregó un enlace a la petición de cambio 9807.

Resumen

A partir del 1 de enero de 2017, los centros hospitalarios de enfermedad renal en estado terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) comenzarán a prestar servicios de diálisis

renal a los beneficiarios de Medicare diagnosticados con lesión renal aguda (AKI).

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

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9598, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/Downloads/R1759OTN.pdf>.

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

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

EDI

Guía con reclamaciones de centros para pacientes ambulatorios e ingreso de reclamaciones a través de pantallas de DDE para reducir que no se crucen reclamaciones

Número de *MLN Matters*[®]: SE17015
Número de petición de cambio relacionado: 10103
Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de junio de 2017
Fecha de efectividad: 7 de agosto de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: 7 de agosto de 2017

Resumen

Este artículo ayuda a las oficinas de facturación a presentar correctamente reclamaciones institucionales sobre las 837 reclamaciones entrantes de centros para pacientes ambulatorios así como las reclamaciones de acceso al sistema remoto (DDE). A partir del 7 de agosto de 2017, se aplicarán dos ediciones de devuelto al proveedor (RTP). Las ediciones abordarán los siguientes dos problemas de facturación:

- Uso de la información presente a la admisión (POA) acerca de reclamaciones institucionales entrantes por

servicios que incurrieron en el ambiente del centro hospitalario para pacientes ambulatorios

- Introducir los recuentos de días de hospitalización como parte del ingreso de reclamaciones de DDE.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17015.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE17015

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

Sistema de pago prospectivo

CMS actualiza el precio del sistema de pago prospectivo para el centro de enfermería especializada de Medicare de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10118
 Número de petición de cambio relacionado: CR10118
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de junio de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3796CP
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización del precio del sistema de pago prospectivo del centro de enfermería especializada del año fiscal 2018 de la Parte A de Medicare.

Cada julio, CMS publica *las tarifas de pago* (en inglés) del centro de enfermería especializada (SNF) para el próximo año fiscal en el *Federal Register (Registro Federal)*. La metodología de actualización es similar a la utilizada en el año anterior, que incluye un ajuste de error de pronóstico siempre que la diferencia entre la variación prevista y real en el mercado del SNF supere 0,5 puntos porcentuales. Sin embargo, para el año fiscal 2018, el factor de aumento del pago de SNF es de 1,0 por ciento, como lo requiere la Sección 411 (a) de la Medicare

Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA) de 2015.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10118.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10118, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3796CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3796, CR 10118

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.

Hospital

Versión 18.2 de especificaciones del I/OCE de julio de 2017

Número de *MLN Matters*®: MM10115
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10115
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3777CP
 Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 10115 provee instrucciones y especificaciones para la versión 18.2 del editor de códigos de pacientes ambulatorios integrados (I/OCE) utilizado para el sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios (OPPS) y reclamaciones no-OPPS. Las especificaciones del I/OCE serán publicadas en <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/OutpatientCodeEdit/index.html> (en inglés).

Una tabla en el artículo de *MLN Matters*® resume las modificaciones del I/OCE para la publicación de la v18.2 de julio 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/MM10115.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10115, 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/R3777CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3777, CR 10115

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 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) del hospital

Número de *MLN Matters*®: MM10122
Número de petición de cambio relacionado: CR 10122
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de mayo de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3783CP
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

Resumen

El editor de código para pacientes ambulatorios integrado (I/OCE) de julio de 2017 reflejará las adiciones, cambios y supresiones de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), la clasificación de pago ambulatorio (APC), el modificador HCPCS y el código de ingreso, identificados en la CR 10122.

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

- Implementación de códigos CPT® 0469T-0478T
- Códigos CPT® 0004U-0005U de análisis de laboratorio patentado (PLA)
- Nuevos códigos de procedimiento a pagar por separado C9745-C9747
- Nuevos procedimientos que requieren la inserción de un dispositivo
- Nuevo código para la prueba de patógenos para las plaquetas sanguíneas, Medicamentos, productos

- biológicos y radiofarmacéuticos
- Aplicación de coaseguro y deducible para el código G0404
- Cambios en la lógica del precio del OPPS
- Determinaciones de cobertura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10122.pdf>.

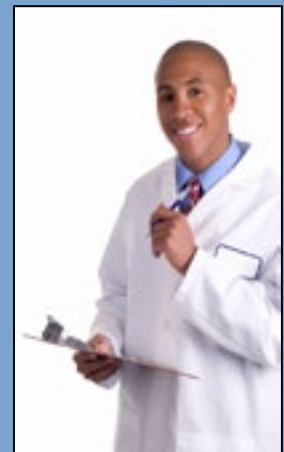
La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10115, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3777CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3777, CR 10122

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

Requerimientos de firma de Medicare

El requerimiento de Medicare para autenticar el archivo médico es asegurar que los servicios prestados han sido completamente documentados y autenticados por el autor del ingreso en el archivo médico. [Haga clic aquí](#) para más información acerca de los requerimientos de firma de Medicare y cómo adherirse a estos puede prevenir que sus reclamaciones sean afectadas.



Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisión a las LCD existentes

Troponin – revisión a la LCD de la Parte A

Identificador de LCD: L33974 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la petición de cambio (CR) 8776, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) realizaron cambios operativos en la facturación de las pruebas de laboratorio para pagos separados.

Por lo tanto, se revisó la determinación de cobertura local (LCD) de troponina para eliminar el lenguaje relacionado con los servicios de laboratorio y el tipo de factura (TOB) 13X en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas en o después del 12 de mayo de 2017, por servicios prestados en o después del 1 de enero de 2014. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de CMS de Medicare en

<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

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

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

Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33407 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) fue revisada para añadir dos nuevas indicaciones aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) (Neovascularización Coroidea Miópica y Retinopatía Diabética) a la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD. Además, los códigos de diagnóstico ICD-10-CM: E10.319, E10.3291-E10.3293, E10.3391-E10.3393, E10.3491-E10.3493, E10.3591-E10.3593, E11.319, E11.3291-E11.3293, E11.3391-E11.3393, E11.3491-E11.3493, E11.3591-E11.3593, E13.319, E13.3291-E13.3293, E13.3391-E13.3393, E13.3491-E13.3493, E13.3591-E13.3593, y H35.051-H35.053 fueron añadidos a la sección de los “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para el código J2778 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la adición de Neovascularización Coroidea Miópica es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del 1 de junio de 2017, para servicios prestados en o después del 5 de enero de 2017. La revisión relacionada a la adición de Retinopatía Diabética es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del 1 de junio de 2017, para servicios prestados



en o después del 15 de abril de 2017.

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

Las 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 revisadas

LCD ID números: L33261, L33267, L33279, L34042, L33661, L34003, L34011, L34014, L34018, L34021, L34022, L33755, L33754, L34031, L33985, L34029 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la petición de cambio (CR) 8776, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) realizaron cambios operativos en la facturación de las pruebas de laboratorio para pagos separados. Por lo tanto, las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) fueron revisadas para eliminar el lenguaje relacionado con los servicios de laboratorio y el tipo de factura (TOB) 13X en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD.

- Allergy Testing (Pruebas de Alergia)
- B-Type Natriuretic Peptide (BNP) (Péptido Natriurético Tipo B (BNP))
- Circulating Tumor Cell Testing (Prueba de Células Tumoraes Circulantes)
- Creatine Kinase (CK), (CPK) (Creatinina Quinasa)
- Flow Cytometry (Citometría de Flujo)
- Hepatitis B Surface Antibody and Surface Antigen (Anticuerpo de Superficie y Antígeno de Superficie de la Hepatitis B)
- Ionized Calcium (Calcio Ionizado)
- Magnesium (Magnesio)
- Parathormone (Parathyroid Hormone) (Hormona Paratiroidea)

- Sedimentation Rate, Erythrocyte (Tasa de Sedimentación, Eritrocito)
- Serum Phosphorus (Fósforo en Suero)
- Susceptibility Studies (Estudios de Susceptibilidad)
- Syphilis Test (Prueba de Sífilis)
- Total Calcium (Calcio Total)
- Transplantation Immune Cell Function Assay (ImmuKnow) (Ensayo de la Función Celular Inmunológica de Transplante)
- Urinalysis (Análisis de Orina)

Fecha de vigencia

Estas revisiones de LCD son efectivas para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de mayo de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2014**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

Las 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](#).

Vitamina D; hydroxy 25, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la solicitud de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; hydroxy 25, incluye fracción(es), si se realiza, fue revisada para añadir múltiples indicaciones a la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD, y en apoyo a los códigos ICD-10-CM:

A15.0—A19.9, B38.1— B38.9, B39.1— B39.9, C82.00— C82.99, D80.0— D80.9, D86.0— D86.9, D89.810— D89.813, E67.8, E68, E83.59, E84.0, E84.19— E84.8, G73.7, J63.2, K50.00— K51.319, K51.50—K52.0, K74.1, K74.2, K83.8, K86.0— K86.1, K86.81— K86.89, K87, K90.81, L40.0— L40.9, M32.0— M32.9, M33.00— M33.99, M36.0, M60.80— M60.9, M79.1, M79.7, M81.6, M85.80, Q78.0, Q78.2, Z68.30—Z68.45, Z79.3, Z79.51— Z79.52, Z79.891—Z79.899, Z98.0, y Z98.84 fueron agregados a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Así mismo, se actualizó la sección Fuentes de Información de la LCD.

Además, sobre la base de la solicitud de cambio (CR) 8776, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) realizaron cambios operativos en las pruebas de laboratorio de facturación para pagos separados.

Por lo tanto, la LCD de vitamina D; hidroxy 25, incluye fracción(es), si se realiza, fue revisada para eliminar el lenguaje relacionado con los servicios de laboratorio y el tipo de factura (TOB) 13X en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada a la adición de múltiples indicaciones es efectiva para servicios prestados **en o después del 22 de junio de 2017**.

Esta revisión de LCD relacionada a servicios de laboratorio y el TOB 13X es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de mayo de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2014**.

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

Las 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](#).

Servicios no cubiertos – revisión de la LCD Parte A y Parte B

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

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

- 0446T Creation of subcutaneous pocket with insertion of implantable interstitial glucose sensor, including system activation and patient training
- 0447T Removal of implantable interstitial glucose sensor from subcutaneous pocket via incision
- 0448T Removal of implantable interstitial glucose sensor with creation of subcutaneous pocket at different anatomic site and insertion of new implantable sensor, including system activation
- 0449T Insertion of aqueous drainage device, without extraocular reservoir, internal approach, into the subconjunctival space; initial device
- 0450T Insertion of aqueous drainage device, without extraocular reservoir, internal approach, into the subconjunctival space; each additional device (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0451T Insertion or replacement of a permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, endovascular approach, and programming of sensing and therapeutic parameters; complete system (counterpulsation device, vascular graft, implantable vascular hemostatic seal, mechano-electrical skin interface and subcutaneous electrodes)
- 0452T Insertion or replacement of a permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, endovascular approach, and programming of sensing and therapeutic parameters; aortic counterpulsation device and vascular hemostatic seal
- 0453T Insertion or replacement of a permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, endovascular approach, and programming of sensing and therapeutic parameters; mechano-electrical skin interface
- 0454T Insertion or replacement of a permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, endovascular approach, and programming of sensing and therapeutic parameters; subcutaneous electrode
- 0455T Removal of permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system; complete system (aortic counterpulsation device, vascular hemostatic seal, mechano-electrical skin interface and electrodes)
- 0456T Removal of permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system; aortic counterpulsation device and vascular hemostatic sea
- 0457T Removal of permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system; mechano-electrical skin interface

- 0458T Removal of permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system; subcutaneous electrode
- 0459T Relocation of skin pocket with replacement of implanted aortic counterpulsation ventricular assist device, mechano- electrical skin interface and electrodes
- 0460T Repositioning of previously implanted aortic counterpulsation ventricular assist device; subcutaneous electrode
- 0461T Repositioning of previously implanted aortic counterpulsation ventricular assist device; aortic counterpulsation device
- 0462T Programming device evaluation (in person) with iterative adjustment of the implantable mechano-electrical skin interface and/or external driver to test the function of the device and select optimal permanent programmed values with analysis, including review and report, implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, per day
- 0463T Interrogation device evaluation (in person) with analysis, review and report, includes connection, recording and disconnection per patient encounter, implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, per day
- 0464T Visual evoked potential, testing for glaucoma, with interpretation and report
- 0466T Insertion of chest wall respiratory sensor electrode or electrode array, including connection to pulse generator (list separately in addition to code for primary procedure)
- 0467T Revision or replacement of chest wall respiratory sensor electrode or electrode array, including connection to existing pulse generator
- 0468T Removal of chest wall respiratory sensor electrode or electrode array
- 64568 Incision for implantation of cranial nerve (e.g., vagus nerve) neurostimulator electrode array and pulse generator [when specified as implantation of hypoglossal nerve stimulator]

Además, el texto explicativo (++Cubierto si cumple la cubierta de CMS con evidencia de criterios de desarrollo de pruebas [CED]) fue añadido en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD relacionada a los códigos de procedimiento 0387T, 0388T, 0389T, 0390T y 0391T. En adición, basado en la CR 8776, el siguiente texto fue removido de la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD: “De acuerdo a la CR 8572, comenzando en año calendario (CY) 2014, el pago para la mayoría de las pruebas de laboratorio (excepto para pruebas de patología molecular) será agrupado según el OPPS, por lo tanto las pruebas de laboratorio clínicas listadas a continuación, para el tipo de factura (TOB) 13x (hospital para pacientes ambulatorios), son agrupadas en este entorno.” Al determinar si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista se ocupa de la calidad de la evidencia según el manual de Integridad del Programa. Al abordar los artículos e información relacionada en el dominio público, la jurisdicción N (JN) contratista administrativo de Medicare (MAC) llegó a

Ver **SERVICIOS**, de la página 21

la determinación que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, consistente en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos y artículos de revisión que reportan datos limitados de seguridad y eficacia para estos procedimientos.

Debido a la falta de evidencia de alta calidad, el JN MAC concluyó que hay evidencia científica insuficiente para apoyar estos procedimientos, y por lo tanto no se consideran razonables y necesarios según la sección 1862(a)(1)(a) de la Ley de Seguridad Social. Cualquier reclamación denegada tendría derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere que un clínico lo revise para confirmar cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para su revisión toda la documentación médica pertinente y la información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

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

reconsideración de LCD que se describen en el sitio web.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD relacionada a la adición de códigos de procedimiento 0446T - 0448T, 0449T - 0450T, 0451T - 0463T, 0464T, 0466T – 0468T y código CPT 64568 es efectiva para servicios prestados en o después del 24 de julio de 2017.

La revisión de LCD relacionada a la adición del texto explicativo añadido para los códigos de procedimiento 0387T – 0391T es efectivo para reclamaciones procesadas **en o después del 24 de julio de 2017**, para servicios prestados **en o después del 18 de enero de 2017**.

La revisión de LCD relacionada a la remoción del texto que hace referencia al empaque de pruebas de laboratorio para el tipo de facturación 13x es de fecha efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de mayo de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2014**.

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

Las 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](#).

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

LCD ID número: L33615 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una petición de reconsideración de determinación de cobertura local (LCD), la LCD para bioretroalimentación fue revisada en la sección de la LCD “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” para remover el lenguaje que requería la presencia continua del médico o profesional de la salud (NPP) y reemplazarlo con lenguaje que requiere la supervisión directa del médico o NPP. El lenguaje se leerá de la siguiente manera: El médico y/o profesional de la salud (NPP) debe proveer supervisión directa durante la capacitación de bioretroalimentación cuando el servicio es administrado en la oficina del médico. Supervisión directa en la oficina médica no significa que el médico deba estar presente en el mismo cuarto con su asistente. Sin embargo, el médico debe estar presente en la sala de oficina e inmediatamente disponible para proveer asistencia y dirección durante el tiempo en que el(la) asistente provee los servicios (Manual Electrónico [IOM] de Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [CMS], Publicación 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15, Sección 60.1 – Incidente a Servicios Médicos Profesionales).

En adición, los códigos CPT® 90875 y 90876 no están cubiertos nacionalmente por Medicare. Por lo tanto, estos códigos han sido removidos de la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD para remover el lenguaje que requiere la presencia continua del médico o NPP es efectiva para servicios prestados **en o después del 15 de junio de 2017**.

La revisión de la LCD para remover los códigos CPT® 90875 y 90876 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 15 de junio de 2017**.

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

Las 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](#).

LCD nuevas

Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas — nueva LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L36962 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada porque se identificaron discrepancias a través del grupo de comunicación de salvaguardias del programa (PSCG) relacionado a inyecciones de Eylea® (aflibercept) [código J0178 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)] para degeneración macular húmeda exudativa. Los proveedores estaban administrando inyecciones de Eylea® (aflibercept) a una frecuencia mayor que la indicada en el empaque de la medicación, así como tampoco estaban identificando cuál ojo (lado del cuerpo) estaba siendo tratado utilizando los modificadores LT/RT para la inyección intravital [código 67028 de Current Procedural Terminology (CPT®)]. Además, el análisis de datos identificó un aumento en la utilización de otros inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular, Lucentis® (Inyección de ranibizumab) (código J2778 de HCPCS) y Avastin® intravital (bevacizumab) (código C9257 de HCPCS).

Debido al riesgo de un alto error de pago de reclamación en dólares y para proveer dirección a los equipos de Revisión Médica de First Coast durante revisiones médicas, la LCD para los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas ha sido creada para abordar

las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos HCPCS, códigos de diagnóstico ICD-10-CM, guías de documentación y guías de utilización para Eylea® (aflibercept), así como para incorporar criterios existentes de cobertura para Macugen (inyección de sodio de pegaptanib), ranibizumab (Lucentis®), y bevacizumab intravital (Avastin®). En adición, las guías de codificación fueron creadas y anexadas a la LCD para proveer instrucciones en codificación y facturación para los códigos listados en la LCD. Las LCDs actuales para Macugen (inyección de sodio de pegaptanib) (L33919), ranibizumab (Lucentis®) (L33407), y bevacizumab intravital (Avastin®) (L33504) serán retiradas cuando la nueva LCD sea efectiva.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

Las 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](#).

Sistema eclipse para el tratamiento de la incontinencia fecal en mujeres adultas - aclaración con respecto a la tecnología del dispositivo y facturación correcta

El 12 de febrero de 2015, la Food and Drug Administration (FDA) autorizó la comercialización del sistema eclipse para el tratamiento de la incontinencia fecal (FI) en mujeres adultas. El sistema eclipse está destinado a tratar la FI en mujeres de 18 a 75 años de edad que han tenido cuatro o más episodios de FI en un período de dos semanas. El dispositivo incluye un globo inflable, que se coloca en la vagina. Al inflarse, el globo ejerce presión a través de la pared vaginal sobre el área rectal, reduciendo así el número de episodios de FI. El dispositivo se inicialmente instalado e inflado por un médico (con el uso de una bomba) y después de un ajuste adecuado, el paciente puede inflar y desinflar el dispositivo en el hogar según sea necesario. El dispositivo debe ser retirado periódicamente para su limpieza. Las reclamaciones por servicios que involucren el sistema

eclipse deben ser facturadas con el código Current Procedural Terminology (CPT®) 58999 (Procedimiento no listado, sistema genital femenino) y el código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) A4335 (suministro de incontinencia, varios). La reclamación también debe indicar que el procedimiento eclipse se realizó en el bloque 19 en el formulario de reclamación 1500 (o su equivalente electrónico) de los Centros o Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El pago del código HCPCS A4335 se incluye en el pago por el servicio médico y se agrupa al pago de otros servicios en el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS). Por lo tanto, no hay pago por separado.

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

LCD retiradas

Vinorelbine tartrate (Navelbine®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L34001 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de Vinorelbine tartrate (Navelbine®) y análisis de datos, 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 13 de junio de 2017.

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

Las 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](#).

Terapia fotodinámica ocular (OPT) con verteporfina – LCD retirado de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33705 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la revisión de análisis de datos de determinación de cobertura local (LCD) de terapia fotodinámica ocular (OPT) con verteporfina, se determinó que esta LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

Fecha de vigencia

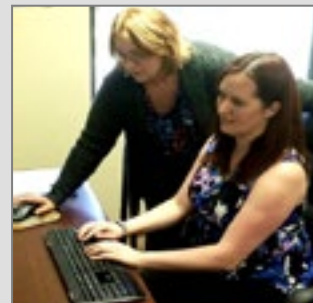
El retiro de esta LCD es efectivo para servicios prestados en o después del 13 de junio de 2017. Las LCDs están

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

Las 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](#).

“ Las animaciones de inscripción del proveedor fueron sumamente útiles. Esto para mí fue muy importante. Si usted es nuevo en Medicare, yo definitivamente revisaría dichas páginas. De hecho, si alguien fuera a establecer una nueva práctica de proveedores en Florida, yo le recomendaría comenzar con el sitio web de First Coast. ”



–Shirley Knoll, CPC
Therapy Management Corporation
Directora de facturación

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@fcsco.com

855-416-4199

Sitios web

medicare.fcsco.com

medicareespanol.fcsco.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@fcsco.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 prótesis,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

Servicios quiroprácticos

Facturación inadecuada de quiroprácticos para terapia

Las revisiones de auditoría de Medicare han encontrado que una parte significativa de las reclamaciones de servicios quiroprácticos se han pagado indebidamente debido a documentación insuficiente o la falta de necesidad médica. Estos errores generalizados contribuyen a la tasa de error de pago de First Coast Service Options (First Coast), medida por el programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT).

El pago de la reclamación correcta depende que los proveedores cumplan con los requisitos de Medicare para la cobertura, codificación y la documentación de los servicios. Este artículo fue creado para educar a los proveedores acerca de los errores más comunes y cómo evitarlos para cumplir con las regulaciones de Medicare.

Resumen de los errores de pago

Los errores más comunes detectados por los auditores de Medicare de las reclamaciones de servicios quiroprácticos son:

- Documentación insuficiente o ausente, tal como las firmas faltantes o la ausencia de la fecha de servicio en el registro médico
- Documentación que no justificó que se realizó todo el procedimiento(s) reportado tal como:
 - No hay documentación o la documentación es insuficiente en cuanto a que todos los niveles de manipulación de la columna vertebral reportados se hayan realizado
 - No hay documentación que cada manipulación reportada se realizó en un nivel espinal sintomático relevante
 - Documentación insuficiente o ausente en cuanto a que todos los procedimientos o servicios eran médicamente razonables y necesarios
 - Los elementos requeridos de la historia y el examen estaban ausentes

- El plan de tratamiento estuvo ausente o fue insuficiente
- Falta de necesidad médica para el tratamiento proporcionado como terapia de “mantenimiento”

Requerimientos de documentación, limitaciones de cobertura y necesidad médica

La cobertura de los servicios quiroprácticos se limita específicamente al tratamiento mediante manipulación manual (por ejemplo, mediante el uso de las manos) de la columna vertebral para corregir una subluxación. No se cubre ningún otro servicio de diagnóstico o terapéutico proporcionado por un quiropráctico o bajo la orden del quiropráctico. El registro es un indicador integral de la necesidad médica para el servicio prestado durante un encuentro. Los proveedores deben asegurarse que la documentación dentro de cada encuentro refleje el nivel de servicio realmente proporcionado y cumpla con los requisitos del pagador para el reembolso apropiado.

First Coast ha desarrollado una [lista de cotejo de documentación de servicios de quiropráctica](#) para ayudar a los proveedores a garantizar que se cumplan estos requerimientos. Tenga en cuenta, sin embargo, que esta lista de cotejo es para el uso interno de los proveedores y su finalización no constituye una garantía de cobertura. Se puede encontrar orientación adicional en la determinación de cobertura local (LCD) de First Coast L36617 - Servicios de Quiropráctica.

Fuente (en inglés): Manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) [Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 30.5 y Sección 240](#); IOM de CMS [Pub. 100-04, Capítulo 12, Sección 220](#); LCD ID L36617.

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

Noticias de facturación

Fin programado de la demostración de inmunoglobulina intravenosa

Número de *MLN Matters*®: SE 17008
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de mayo de 2017
 Fecha de efectividad: 30 de septiembre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

El propósito de esta edición especial del artículo de *MLN Matters*® es proveer un recordatorio de la fecha final programada para la demostración de inmunoglobulina intravenosa (IVIG). No se efectuará ningún pago para servicios de demostración prestados luego del 30 de septiembre de 2017. Las reclamaciones presentadas luego del 30 de septiembre para fechas de servicio en/antes del 30 de septiembre de 2017 continuarán siendo procesadas de acuerdo a las directrices de la demostración de IVIG. Favor de tener en cuenta que el tradicional sistema de pago por servicios mediante

tarifa fija de Medicare continuará pagando por la IVIG en el hogar pero, una vez la demostración termine, no se pagará por los servicios y suministros para administrar la droga a menos que el beneficiario esté recibiendo servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17008.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17008

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 de Medicare. La información ofrecida tiene la intención de brindar solamente un resumen general y no de sustituir ninguna ley o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material 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 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: CR 10013
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3775CP
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

La petición de cambio 10013 está agregando K0553 y K0554 al conjunto de códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) con la actualización de julio, que será procesada por el contratista administrativo de Medicare de equipo médico duradero. Este artículo fue revisado el 18 de mayo para reflejar la CR 10013 revisada, emitida el 18 de mayo. 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 permanece igual.

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 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 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3775CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3775, 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.

Cirugía ambulatoria

Actualización de julio de 2017 del sistema de pago del ASC

Número de *MLN Matters*[®]: MM10138 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: CR 10138
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de junio de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3792CP
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

La petición de cambio 10138 describe los cambios y las instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en la actualización de julio de 2017 del sistema de pago del centro de cirugía ambulatoria (ASC). Este artículo fue revisado el 9 de junio debido a la publicación de una petición de cambio (CR) revisada. La CR corrige un error en el indicador de pago de ASC para C9747 en la Tabla 2 (cambiado de J8 a G2). Toda la demás información permanece igual.

Resumen

La petición de cambio (CR) 10138 actualiza las tasas de pago del centro de cirugía ambulatoria (ASC) para los servicios quirúrgicos y auxiliares cubiertos (archivo ASCFS) y los medicamentos y productos biológicos que se pagan por separado, incluidos los descriptores de los nuevos códigos creados HCPCS de nivel II para medicamentos y productos biológicos (archivos ASC DRUG). También se incluye:

- Cambio al indicador de pago del ASC del código CPT[®] 90682
- Indicador de estado revisado para el código HCPCS J1725
- Determinaciones de cobertura.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm10138.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10138, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en:

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3792CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3792, CR 10138

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisión a las LCD existentes

Epidural — revisión a la LCD de la Parte B

Identificador de LCD: L33906 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en una correspondencia externa relativa a las denegaciones de los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 62320 y 62322 cuando se facturan en un hospital, la determinación de cobertura local (LCD) de epidural fue revisada para eliminar el lenguaje conflictivo con respecto a la cobertura de inyecciones interlaminares.

Además, los códigos CPT® 62320 y 62322 se añadieron a la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones

procesadas en o después del 13 de junio de 2017, para servicios prestados en o después del 1 de enero de 2017. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en

<https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

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

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

Ranibizumab (Lucentis®) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33407 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para ranibizumab (Lucentis®) fue revisada para añadir dos nuevas indicaciones aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) (Neovascularización Coroidea Miópica y Retinopatía Diabética) a la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD. Además, los códigos de diagnóstico ICD-10-CM: E10.319, E10.3291-E10.3293, E10.3391-E10.3393, E10.3491-E10.3493, E10.3591-E10.3593, E11.319, E11.3291-E11.3293, E11.3391-E11.3393, E11.3491-E11.3493, E11.3591-E11.3593, E13.319, E13.3291-E13.3293, E13.3391-E13.3393, E13.3491-E13.3493, E13.3591-E13.3593, y H35.051-H35.053 fueron añadidos a la sección de los “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para el código J2778 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la adición de Neovascularización Coroidea Miópica es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del 1 de junio de 2017, para servicios prestados en o después del 5 de enero de 2017. La revisión relacionada a la adición de Retinopatía Diabética es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del 1 de junio de 2017, para servicios prestados



en o después del 15 de abril de 2017.

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

Las 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 revisadas

LCD ID números: L33261, L33267, L33279, L34042, L33661, L34003, L34011, L34014, L34018, L34021, L34022, L33755, L33754, L34031, L33985, L34029 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Con base en la petición de cambio (CR) 8776, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) realizaron cambios operativos en la facturación de las pruebas de laboratorio para pagos separados. Por lo tanto, las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) fueron revisadas para eliminar el lenguaje relacionado con los servicios de laboratorio y el tipo de factura (TOB) 13X en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD.

- Allergy Testing (Pruebas de Alergia)
- B-Type Natriuretic Peptide (BNP) (Péptido Natriurético Tipo B (BNP))
- Circulating Tumor Cell Testing (Prueba de Células Tumorales Circulantes)
- Creatine Kinase (CK), (CPK) (Creatinina Quinasa)
- Flow Cytometry (Citometría de Flujo)
- Hepatitis B Surface Antibody and Surface Antigen (Anticuerpo de Superficie y Antígeno de Superficie de la Hepatitis B)
- Ionized Calcium (Calcio Ionizado)
- Magnesium (Magnesio)
- Parathormone (Parathyroid Hormone) (Hormona Paratiroidea)

- Sedimentation Rate, Erythrocyte (Tasa de Sedimentación, Eritrocito)
- Serum Phosphorus (Fósforo en Suero)
- Susceptibility Studies (Estudios de Susceptibilidad)
- Syphilis Test (Prueba de Sífilis)
- Total Calcium (Calcio Total)
- Transplantation Immune Cell Function Assay (ImmuKnow) (Ensayo de la Función Celular Inmunológica de Transplante)
- Urinalysis (Análisis de Orina)

Fecha de vigencia

Estas revisiones de LCD son efectivas para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de mayo de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2014**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

Las 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](#).

Vitamina D; hydroxy 25, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la solicitud de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; hydroxy 25, incluye fracción(es), si se realiza, fue revisada para añadir múltiples indicaciones a la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD, y en apoyo a los códigos ICD-10-CM:

A15.0—A19.9, B38.1— B38.9, B39.1— B39.9, C82.00— C82.99, D80.0— D80.9, D86.0— D86.9, D89.810— D89.813, E67.8, E68, E83.59, E84.0, E84.19— E84.8, G73.7, J63.2, K50.00— K51.319, K51.50—K52.0, K74.1, K74.2, K83.8, K86.0— K86.1, K86.81— K86.89, K87, K90.81, L40.0— L40.9, M32.0— M32.9, M33.00— M33.99, M36.0, M60.80— M60.9, M79.1, M79.7, M81.6, M85.80, Q78.0, Q78.2, Z68.30-Z68.45, Z79.3, Z79.51— Z79.52, Z79.891—Z79.899, Z98.0, y Z98.84 fueron agregados a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Así mismo, se actualizó la sección Fuentes de Información de la LCD.

Además, sobre la base de la solicitud de cambio (CR) 8776, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) realizaron cambios operativos en las pruebas de laboratorio de facturación para pagos separados.

Por lo tanto, la LCD de vitamina D; hydroxy 25, incluye fracción(es), si se realiza, fue revisada para eliminar el lenguaje relacionado con los servicios de laboratorio y el tipo de factura (TOB) 13X en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada a la adición de múltiples indicaciones es efectiva para servicios prestados **en o después del 22 de junio de 2017**.

Esta revisión de LCD relacionada a servicios de laboratorio y el TOB 13X es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de mayo de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2014**.

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

Las 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](#).

Servicios no cubiertos – revisión de la LCD Parte A y Parte B

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

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

- 0446T Creation of subcutaneous pocket with insertion of implantable interstitial glucose sensor, including system activation and patient training
- 0447T Removal of implantable interstitial glucose sensor from subcutaneous pocket via incision
- 0448T Removal of implantable interstitial glucose sensor with creation of subcutaneous pocket at different anatomic site and insertion of new implantable sensor, including system activation
- 0449T Insertion of aqueous drainage device, without extraocular reservoir, internal approach, into the subconjunctival space; initial device
- 0450T Insertion of aqueous drainage device, without extraocular reservoir, internal approach, into the subconjunctival space; each additional device (List separately in addition to code for primary procedure)
- 0451T Insertion or replacement of a permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, endovascular approach, and programming of sensing and therapeutic parameters; complete system (counterpulsation device, vascular graft, implantable vascular hemostatic seal, mechano-electrical skin interface and subcutaneous electrodes)
- 0452T Insertion or replacement of a permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, endovascular approach, and programming of sensing and therapeutic parameters; aortic counterpulsation device and vascular hemostatic seal
- 0453T Insertion or replacement of a permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, endovascular approach, and programming of sensing and therapeutic parameters; mechano-electrical skin interface
- 0454T Insertion or replacement of a permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, endovascular approach, and programming of sensing and therapeutic parameters; subcutaneous electrode
- 0455T Removal of permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system; complete system (aortic counterpulsation device, vascular hemostatic seal, mechano-electrical skin interface and electrodes)
- 0456T Removal of permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system; aortic counterpulsation device and vascular hemostatic sea
- 0457T Removal of permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system; mechano-electrical skin interface
- 0458T Removal of permanently implantable aortic counterpulsation ventricular assist system; subcutaneous electrode
- 0459T Relocation of skin pocket with replacement of implanted aortic counterpulsation ventricular assist device, mechano- electrical skin interface and electrodes
- 0460T Repositioning of previously implanted aortic counterpulsation ventricular assist device; subcutaneous electrode
- 0461T Repositioning of previously implanted aortic counterpulsation ventricular assist device; aortic counterpulsation device
- 0462T Programming device evaluation (in person) with iterative adjustment of the implantable mechano-electrical skin interface and/or external driver to test the function of the device and select optimal permanent programmed values with analysis, including review and report, implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, per day
- 0463T Interrogation device evaluation (in person) with analysis, review and report, includes connection, recording and disconnection per patient encounter, implantable aortic counterpulsation ventricular assist system, per day
- 0464T Visual evoked potential, testing for glaucoma, with interpretation and report
- 0466T Insertion of chest wall respiratory sensor electrode or electrode array, including connection to pulse generator (list separately in addition to code for primary procedure)
- 0467T Revision or replacement of chest wall respiratory sensor electrode or electrode array, including connection to existing pulse generator
- 0468T Removal of chest wall respiratory sensor electrode or electrode array
- 64568 Incision for implantation of cranial nerve (e.g., vagus nerve) neurostimulator electrode array and pulse generator [when s[pecified as implantation of hypoglossal nerve stimulator]

Además, el texto explicativo (++)Cubierto si cumple la cubierta de CMS con evidencia de criterios de desarrollo de pruebas [CED]) fue añadido en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD relacionada a los códigos de procedimiento 0387T, 0388T, 0389T, 0390T y 0391T. En adición, basado en la CR 8776, el siguiente texto fue removido de la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD: “De acuerdo a la CR 8572, comenzando en año calendario (CY) 2014, el pago para la mayoría de las pruebas de laboratorio (excepto para pruebas de patología molecular) será agrupado según el OPPS, por lo tanto las pruebas de laboratorio clínicas listadas a continuación, para el tipo de factura (TOB) 13x (hospital para pacientes ambulatorios), son agrupadas en este entorno.” Al determinar si un servicio o procedimiento alcanza el umbral de cobertura, este contratista se ocupa de la calidad de la evidencia según el manual de Integridad del Programa. Al abordar los artículos e información relacionada en el dominio público, la jurisdicción N (JN) contratista administrativo de Medicare (MAC) llegó a

Ver **SERVICIOS**, en la página 32

Ver **SERVICIOS**, de la página 31

La determinación que la evidencia disponible era de moderada a baja calidad, consistente en pequeñas series de casos, estudios retrospectivos y artículos de revisión que reportan datos limitados de seguridad y eficacia para estos procedimientos.

Debido a la falta de evidencia de alta calidad, el JN MAC concluyó que hay evidencia científica insuficiente para apoyar estos procedimientos, y por lo tanto no se consideran razonables y necesarios según la sección 1862(a)(1)(a) de la Ley de Seguridad Social. Cualquier reclamación denegada tendría derechos de apelación de Medicare. El segundo nivel de apelación (contratista independiente calificado) requiere que un clínico lo revise para confirmar cualquier denegación. Los proveedores deben presentar para su revisión toda la documentación médica pertinente y la información específica del caso de mérito y/o nueva información en el dominio público.

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

reconsideración de LCD que se describen en el sitio web.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD relacionada a la adición de códigos de procedimiento 0446T - 0448T, 0449T - 0450T, 0451T - 0463T, 0464T, 0466T – 0468T y código CPT 64568 es efectiva para servicios prestados en o después del 24 de julio de 2017.

La revisión de LCD relacionada a la adición del texto explicativo añadido para los códigos de procedimiento 0387T – 0391T es efectivo para reclamaciones procesadas **en o después del 24 de julio de 2017**, para servicios prestados **en o después del 18 de enero de 2017**.

La revisión de LCD relacionada a la remoción del texto que hace referencia al empaque de pruebas de laboratorio para el tipo de facturación 13x es de fecha efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 12 de mayo de 2017**, para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2014**.

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

Las 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](#).

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

LCD ID número: L33615 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una petición de reconsideración de determinación de cobertura local (LCD), la LCD para bioretroalimentación fue revisada en la sección de la LCD “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” para remover el lenguaje que requería la presencia continua del médico o profesional de la salud (NPP) y reemplazarlo con lenguaje que requiere la supervisión directa del médico o NPP. El lenguaje se leerá de la siguiente manera: El médico y/o profesional de la salud (NPP) debe proveer supervisión directa durante la capacitación de bioretroalimentación cuando el servicio es administrado en la oficina del médico. Supervisión directa en la oficina médica no significa que el médico deba estar presente en el mismo cuarto con su asistente. Sin embargo, el médico debe estar presente en la sala de oficina e inmediatamente disponible para proveer asistencia y dirección durante el tiempo en que el(la) asistente provee los servicios (Manual Electrónico [IOM] de Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [CMS], Publicación 100-02, *Medicare Benefit Policy Manual*, Capítulo 15, Sección 60.1 – Incidente a Servicios Médicos Profesionales).

En adición, los códigos CPT® 90875 y 90876 no están cubiertos nacionalmente por Medicare. Por lo tanto, estos códigos han sido removidos de la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de LCD para remover el lenguaje que requiere la presencia continua del médico o NPP es efectiva para servicios prestados **en o después del 15 de junio de 2017**.

La revisión de la LCD para remover los códigos CPT® 90875 y 90876 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 15 de junio de 2017**.

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

Las 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](#).

LCD nuevas

Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas — nueva LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L36962 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada porque se identificaron discrepancias a través del grupo de comunicación de salvaguardias del programa (PSCG) relacionado a inyecciones de Eylea® (aflibercept) [código J0178 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)] para degeneración macular húmeda exudativa. Los proveedores estaban administrando inyecciones de Eylea® (aflibercept) a una frecuencia mayor que la indicada en el empaque de la medicación, así como tampoco estaban identificando cuál ojo (lado del cuerpo) estaba siendo tratado utilizando los modificadores LT/RT para la inyección intravital [código 67028 de Current Procedural Terminology (CPT®)]. Además, el análisis de datos identificó un aumento en la utilización de otros inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular, Lucentis® (Inyección de ranibizumab) (código J2778 de HCPCS) y Avastin® intravital (bevacizumab) (código C9257 de HCPCS).

Debido al riesgo de un alto error de pago de reclamación en dólares y para proveer dirección a los equipos de Revisión Médica de First Coast durante revisiones médicas, la LCD para los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas ha sido creada para abordar

las indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica, códigos HCPCS, códigos de diagnóstico ICD-10-CM, guías de documentación y guías de utilización para Eylea® (aflibercept), así como para incorporar criterios existentes de cobertura para Macugen (inyección de sodio de pegaptanib), ranibizumab (Lucentis®), y bevacizumab intravital (Avastin®). En adición, las guías de codificación fueron creadas y anexadas a la LCD para proveer instrucciones en codificación y facturación para los códigos listados en la LCD. Las LCDs actuales para Macugen (inyección de sodio de pegaptanib) (L33919), ranibizumab (Lucentis®) (L33407), y bevacizumab intravital (Avastin®) (L33504) serán retiradas cuando la nueva LCD sea efectiva.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx> (en inglés).

Las 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](#).

Sistema eclipse para el tratamiento de la incontinencia fecal en mujeres adultas - aclaración con respecto a la tecnología del dispositivo y facturación correcta

El 12 de febrero de 2015, la Food and Drug Administration (FDA) autorizó la comercialización del sistema eclipse para el tratamiento de la incontinencia fecal (FI) en mujeres adultas. El sistema eclipse está destinado a tratar la FI en mujeres de 18 a 75 años de edad que han tenido cuatro o más episodios de FI en un período de dos semanas. El dispositivo incluye un globo inflable, que se coloca en la vagina. Al inflarse, el globo ejerce presión a través de la pared vaginal sobre el área rectal, reduciendo así el número de episodios de FI. El dispositivo se inicialmente instalado e inflado por un médico (con el uso de una bomba) y después de un ajuste adecuado, el paciente puede inflar y desinflar el dispositivo en el hogar según sea necesario. El dispositivo debe ser retirado periódicamente para su limpieza. Las reclamaciones por servicios que involucren el sistema

eclipse deben ser facturadas con el código Current Procedural Terminology (CPT®) 58999 (Procedimiento no listado, sistema genital femenino) y el código Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) A4335 (suministro de incontinencia, varios). La reclamación también debe indicar que el procedimiento eclipse se realizó en el bloque 19 en el formulario de reclamación 1500 (o su equivalente electrónico) de los Centros o Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El pago del código HCPCS A4335 se incluye en el pago por el servicio médico y se agrupa al pago de otros servicios en el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS). Por lo tanto, no hay pago por separado.

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

LCD retiradas

Vinorelbine tartrate (Navelbine®) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L34001 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de Vinorelbine tartrate (Navelbine®) y análisis de datos, 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 13 de junio de 2017.

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

Las 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](#).

Terapia fotodinámica ocular (OPT) con verteporfina – LCD retirado de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33705 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la revisión de análisis de datos de determinación de cobertura local (LCD) de terapia fotodinámica ocular (OPT) con verteporfina, 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 13 de junio de 2017. Las LCDs están

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

Las 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 de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

contratista administrativo de CMS de Medicare

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

Q2 Administrators, LLC

Part B QIC South Operations

ATTN: Administration Manager

P.O. Box 183092

Columbus, Ohio 43218-3092

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

<http://www.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