

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Agosto 2017



En esta edición

Actualización trimestral de julio para las tarifas fijas de DMEPOS de 2017	5
CMS emite actualización trimestral al sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal....	16
Actualización de octubre a las nuevas pruebas exentas	22

Supresión de la SPR en 45 días si también recibe ERA

Número de *MLN Matters*®: MM10151
Número de petición de cambio relacionado: 10151
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R1890OTN
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

La remesa de pago en papel estándar (SPR) es la versión impresa de una remesa de pago electrónica (ERA). La petición de cambio 10151 establece que a partir del 2 de enero de 2018, los administradores del sistema compartido (SSM) deben eliminar la emisión de SPRs a aquellos que también han estado recibiendo transacciones de ERA por 45 días o más.

Nota: A partir del 14 de febrero de 2018, los SSMs también suprimirán la entrega de SPR a los proveedores/suplidores registrados de intercambio electrónico de datos (EDI) que también están recibiendo tanto la ERA como la SPR.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10151.pdf> (en inglés).

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10151, 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/R1890OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1890, CR 10151

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

Remesas de pago

Supresión de la SPR en 45 días si también recibe ERA1

Facturación

Indicador de QMB en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de cobro por servicios de Medicare3

CMS publica actualización a códigos HCPCS de 2017 utilizados para la aplicación de facturación consolidada de SNF3

Facturación de la Parte B para algunos nuevos productos biológicos bio-similares antes que se implemente el modificador4

Mejoras en los beneficios del año tres de la NGACO4

Se requiere el uso de la nueva Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN) a partir del 21 de agosto4

Tarifas

Actualización trimestral de julio para las tarifas fijas de DMEPOS de 20175

CMS publica el precio promedio de venta trimestral de Medicare Parte B de los archivos de fijación de precios de octubre de 20175

Actualización trimestral del código de la vacuna contra el virus de la influenza – enero de 20186

Inscripción del proveedor

Conferencia Nacional de Inscripción de Proveedores de CMS – 6 y 7 de septiembre de 20176

Cobertura

Cobertura de Medicare de la descompresión lumbar guiada por imagen percutánea para LSS7

Determinación de cobertura nacional para marcapasos sin conductores7

Revisión de codificación de la ICD-10 a nueve determinaciones de cobertura nacional8

Recursos preventivos

Detección de infección del virus de la hepatitis B8

Recursos educativos

Calendario de eventos9

MLN Connects® para el 27 de julio de 2017 ...10

MLN Connects® para el 3 de agosto de 201710

MLN Connects® para el 10 de agosto de 201711

MLN Connects® para el 17 de agosto de 201712

Parte A

MLN Connects® Edición Especial – 2 de agosto de 201713

Sistema de pago prospectivo

Cambios en el PPS de hospitales para pacientes hospitalizados y de cuidado a largo plazo para el año fiscal (FY) 201714

Corrección al pago de las reclamaciones de transferencia del IPPS asignadas al MS-DRG 38514

CMS emite actualización del 2018 para el sistema de pago prospectivo para instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados15

CMS emite actualización trimestral al sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal16

ESRD

Ajuste transitorio de pago adicional de medicamentos para medicamentos de ESRD16

DDE

Las consultas del proveedor del CWF sólo aceptarán el identificador nacional del proveedor como número de proveedor válido17

Inscripción del proveedor

Determinación basada en el proveedor17

Problemas de procesamiento

Problemas de procesamiento de la Parte A de los errores del IOCE para las reclamaciones del OPPS18

Reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) con el código de denegación 3493218

Determinaciones locales de cobertura de Parte A19

LCD retiradas

Monitoreo neurofisiológico intraoperatorio – LCD retirada de la Parte A y Parte B ...20

Aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL) – LCD retirada de la Parte A y Parte B20

Nueva capacidad de búsqueda simplifica la búsqueda de LCD20

Contactos de Parte A21

Parte B

Laboratorio clínico

Actualización de octubre a las nuevas pruebas exentas22

Servicios de rehabilitación

Edición actualizada de los servicios de terapia siempre22

Determinaciones locales de cobertura de Parte B23

LCD retiradas

Monitoreo neurofisiológico intraoperatorio – LCD retirada de la Parte A y Parte B ...24

Aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL) – LCD retirada de la Parte A y Parte B24

Terapia de quelación – LCD retirada de la Parte B24

Revisión a las LCD existentes

Cobertura de medicamentos y productos biológicos con etiqueta y sin etiqueta para pacientes ambulatorios -- revisión a la LCD de la Parte B25

Contactos de Parte B de Puerto Rico26

Información de contacto Florida27

Información de contacto las Islas Vírgenes de los Estados Unidos28

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Maria Murdoch
Marielba Cancel
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

Third-party websites:

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

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

Facturación

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

Número de *MLN Matters*®: MM9911 Revisado
Número de petición de cambio relacionado: CR 9911
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de junio de 2017
Fecha de efectividad: Reclamaciones procesadas a partir del 2 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3802CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

La petición de cambio 9911 publica información acerca del indicador de beneficiario de Medicare calificado (QMB-qualified Medicare beneficiary) que modifica los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare para ayudar a los proveedores a identificar más fácilmente el estado de QMB de cada paciente. El artículo fue revisado el 24 de julio para agregar enlaces a artículos relacionados de MLN Matters SE1128 y MM9817.

Resumen

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

El archivo de trabajo común obtendrá indicadores de QMB que identifican el estado de QMB a los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare.

CMS publica actualización a códigos HCPCS de 2017 utilizados para la aplicación de facturación consolidada de SNF

Número de *MLN Matters*®: MM10163
Número de petición de cambio relacionado: 10163
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3825CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 10163 actualiza las listas de los códigos de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) que están sujetos a la provisión de facturación consolidada del sistema de pago prospectivo (PPS) del centro de enfermería especializada (SNF).

La CR también corrige un error que afecta a ciertas reclamaciones con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2015, que Medicare denegó por error rechazado antes de la implementación de la CR 10163.

Cambios en los códigos de Current Procedure Terminology® (CPT®)/HCPCS y las designaciones de las tarifas fijas para médicos de Medicare se utilizarán para revisar las ediciones de archivo común de trabajo (CWF) para permitir que los contratistas administrativos de Medicare efectúen pagos apropiados de acuerdo con la

Esta mejora del sistema provocará notificaciones a los proveedores (a través de la remesa de pago del proveedor) y a los beneficiarios (a través de la notificación resumida de Medicare) para reflejar que el beneficiario está inscrito en el programa de QMB y no tiene responsabilidad de costo compartido de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9911.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9911, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3802CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3802, CR 9911

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

política de Medicare para facturación consolidada de SNF [facturación consolidada de SNF](#) (en inglés).

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10163.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10163, 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/R3825CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3825, CR 10163

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 de la Parte B para algunos nuevos productos biológicos biosimilares antes que se implemente el modificador

Los modificadores que identifican el manufacturero de un producto biológico biosimilar son requeridos en las reclamaciones de la Parte B. CMS actualiza la asignación de modificadores a códigos HCPCS específicos trimestralmente. En situaciones donde un código HCPCS ya está asociado con uno o más modificadores y un nuevo producto biológico biosimilar está disponible antes que su modificador correspondiente del manufacturero esté efectivo, un código clasificado no contrario (NOC) sin un modificador puede ser utilizado para facturar el nuevo producto biosimilar. Para más información, visite la página web de pago de producto biológico biosimilar y modificadores requeridos de la Parte B (en inglés) (<https://go.usa.gov/xRQgQ>).



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

Mejoras en los beneficios del año tres de la NGACO

Número de *MLN Matters*[®]: MM10044
 Número de petición de cambio relacionado: 10044
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R177DEMO
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10044 provee instrucción a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) para implementar las siguientes dos nuevas mejoras de beneficios para el año de funcionamiento tres (2018) del modelo de la próxima generación de la organización de cuidado responsable (NGACO) cuando se cumplan los requisitos.

- Telesalud asíncrona
- Servicios de exención de visita al hogar después del alta

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/mmm10044.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10044, 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/R177DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 177, CR 10044

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

Se requiere el uso de la nueva Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN) a partir del 21 de agosto

El formulario de Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN) CMS-R-131 es emitido por proveedores (incluyendo laboratorios independientes, agencias de salud en el hogar y hospicios), médicos, profesionales de la salud y proveedores de los beneficiarios originales de Medicare (pago por servicio) en situaciones donde se espera que el pago de Medicare sea denegado. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido una ABN revisada que incluye una fecha de vencimiento; no hay cambios adicionales. Los formularios antiguos eran aceptables hasta el 21 de junio de 2017, momento en el cual el formulario

renovado se hizo obligatorio para su uso. CMS permitió un período de transición de 60 días para los formularios renovados, por lo que se requiere el uso del nuevo formulario a partir del 21 de agosto de 2017.

Puede encontrar más información en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/ABN.html> (en inglés) en el sitio web de CMS. Los formularios nuevos se pueden descargar en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/Downloads/ABN-Forms-English-and-Spanish.zip> (en inglés).

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

Tarifas

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM10071 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10071
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de agosto de 2017
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3824CP
Fecha de implementación: 3 de julio de 2017

La petición de cambio (CR) 10071 proporciona información relacionada con la actualización trimestral de julio de 2017 para las tarifas fijas de equipos médicos duraderos, prósticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) de Medicare. Este artículo fue revisado el 3 de agosto para reflejar una CR actualizada, la cual actualizó la sección de política acerca de los accesorios de sillas de ruedas de rehabilitación compleja y cojines de asiento y respaldo. La fecha de publicación, el número de transmisión y el enlace a la CR también cambiaron.

Resumen

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

Este artículo proporciona información acerca de los

siguientes artículos procesados por el contratista regional de DME:

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

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm10071.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10071, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3824CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3824, CR 10071

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

CMS publica el precio promedio de venta trimestral de Medicare Parte B de los archivos de fijación de precios de octubre de 2017

Número de *MLN Matters*[®]: MM10187
Número de petición de cambio relacionado: 10187
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de julio de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3809CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid publicaron recientemente el precio promedio de venta (ASP) trimestral de Medicare Parte B de los archivos de fijación de precios junto con las revisiones de los archivos de fijación de precios trimestrales previamente publicados.

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago de reclamaciones por medicamentos pagados por separado de Medicare Parte B procesados o reprocesados en o después del 1 de octubre de 2017, con fechas de servicio del 1 de octubre de 2017 al 31 de diciembre de 2017.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10187.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10187, 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/R3809cp.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3809, CR 10187

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

Actualización trimestral del código de la vacuna contra el virus de la influenza – enero de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10196 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10196
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3827CP
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

La petición de cambio 10196 proporciona información acerca del procesamiento del nuevo CPT® 90756 de la influenza. Este nuevo código se incluirá en la actualización del archivo de base de datos de tarifas fijas del médico de Medicare de 2018 y la actualización anual del healthcare common procedure coding system (HCPCS). Este artículo fue revisado el 9 de agosto para mostrar correctamente en todos los lugares apropiados el código de Q2039. En el artículo original, Q2039 fue erróneamente referenciado en dos lugares y eso es corregido para mostrar Q2039.

Resumen

La petición de cambio 10196 proporciona información acerca del procesamiento del nuevo CPT® 90756 de la influenza. Este nuevo código se incluirá en la actualización del archivo de base de datos de tarifas fijas del médico de Medicare de 2018 y la actualización anual del healthcare common procedure coding system (HCPCS).

Durante el período comprendido entre el 1 de agosto y el 31 de diciembre de 2017, los MAC utilizarán el código Q2039 (vacuna contra el virus de la influenza, no especificado de otra manera) para manejar las facturas de este nuevo producto de la vacuna contra el virus de la influenza (vacuna contra el virus de la influenza, cuadrivalente). Q2039 ya es un código activo.

El nuevo código de la vacuna contra el virus de la influenza (90756) no es retroactivo al 1 de agosto de 2017. No se aceptarán reclamaciones por el código 90756 de la vacuna contra el virus de la influenza entre las fechas de servicio (DOS) 1 de agosto y 31 de diciembre de 2017. **Si las reclamaciones se reciben en enero de 2018 con el código 90756 para DOS entre el 1 de agosto de 2017 y el 31 de diciembre de 2017, las reclamaciones serán rechazadas o devueltas como no procesables.**

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/MM10196.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10196, 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/R3827CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3827, CR 10196

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

Inscripción del proveedor

Conferencia Nacional de Inscripción de Proveedores de CMS – 6 y 7 de septiembre de 2017

Norte de Charleston, Carolina del Sur
 Miércoles, 6 de septiembre de 2017, de 8 a.m.- 5 p.m. ET
 Jueves, 7 de septiembre de 2017, de 8 a.m.- 4 p.m. ET
 Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) celebrarán una Conferencia Nacional de Inscripción de Proveedores el 6 y 7 de septiembre de 2017, en el Centro de Convenciones del Área de Charleston en Carolina del Sur. Aproveche esta oportunidad para interactuar directamente con los expertos del contratista administrativo en inscripción de proveedores de CMS y Medicare.

Regístrese en <https://www.palmgba.com/events/NPEC2017/> (en inglés) y aprenda más acerca de esta conferencia.



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

Cobertura

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM10089 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10089
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de julio de 2017
Fecha de efectividad: 7 de diciembre de 2016
Número de transmisión de CR relacionado: R3811CP y R200NCD
Fecha de implementación: 27 de junio de 2017

La petición de cambio (CR) 10089 anuncia que 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. Este artículo fue revisado el 26 de julio para reflejar la revisión de la CR 10089 emitida el 25 de julio. En el artículo se revisan los números de transmisión, la fecha de publicación de la CR, la fecha de implementación y las direcciones web para acceder a las transmisiones.

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 (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10089.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10089, 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/R3811CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R200NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3811, CR 10089
CMS Pub. 100-03, Transmittal 200, 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.

Determinación de cobertura nacional para marcapasos sin conductores

Número de *MLN Matters*[®]: MM10117
Número de petición de cambio relacionado: 10117
Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de julio de 2017
Fecha de efectividad: 18 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R201NCD y R3815CP
Fecha de implementación: 29 de agosto de 2017, para las ediciones locales del sistema del MAC y 2 de enero de 2018 para ediciones de sistema compartido

Resumen

El marcapasos sin conductores elimina la necesidad de un bolsillo del dispositivo y la inserción de un cable de estimulación que son elementos integrales de los sistemas de estimulación tradicionales. Antes del 18 de enero de 2017, no había una determinación de cobertura nacional (NCD) en efecto.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido la NCD 20.8.4 que cubre marcapasos sin conductores a través de la cobertura con evidencia de desarrollo (CED). De acuerdo a la NCD, los marcapasos sin conductores están cubiertos cuando los procedimientos se realizan en estudios aprobados por la Food and Drug Administration (FDA).

Nota: Los marcapasos sin conductores no están cubiertos

fuera de los estudios aprobados por CMS.

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/MM10117.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10117, 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/R3815CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R201NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3815, CR 10117
CMS Pub. 100-03, Transmittal 201, CR 10117

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

Revisión de codificación de la ICD-10 a nueve determinaciones de cobertura nacional

Número de *MLN Matters*®: MM10184
 Número de petición de cambio relacionado: 10184
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de julio de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: RR1875OTN
 Fecha de implementación: 13 de septiembre de 2017 para ediciones locales; 2 de enero de 2018 - sistemas compartidos

Resumen

La petición de cambio 10184 describe las actualizaciones de mantenimiento de las conversiones de la ICD-10 y otras actualizaciones de codificación específicas para las determinaciones de cobertura nacional (NCDs). Estos cambios son el resultado de códigos recientemente disponibles, revisiones de codificación de las NCDs publicadas por separado o de la retroalimentación recibida de codificación.

No se incluyen cambios relacionados con las políticas con estas actualizaciones. Todos los cambios relacionados con las políticas de las NCDs continúan siendo implementados a través del proceso actual de larga data de NCD. La CR 10184 hace ajustes a las siguientes NCDs:

- NCD160.18 – Estimulación del Nervio Vago (Vagus Nerve Stimulation)
- NCD210.4.1 – Consejería para Prevenir el Uso del Tabaco (Counseling to Prevent Tobacco Use)
- NCD220.6.17 – Tomografía por Emisión de

Positrones (PET) para Tumores Sólidos (Positron Emission Tomography (PET) for Solid Tumors)

- NCD220.6.20 – PET Beta Amiloide en Demencia/Trastornos Neurológicos (PET Beta Amyloid in Dementia/Neurological Disorders)
- NCD210.13 – Detección del Virus de la Hepatitis C (Screening for Hepatitis C Virus)

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10184.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10184, 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/R1875OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1875, CR 10184

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

Recursos preventivos

Detección de infección del virus de la hepatitis B

Número de *MLN Matters*®: MM9859 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9859
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2017
 Fecha de efectividad: 28 de septiembre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3831CP y R198NCD
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han revisado la última fecha de revisión del 30 de junio al 8 de agosto en la sección "Note". Además, la fecha reflejada en el historial de revisiones para la última revisión se ha revisado del 7 de agosto al 8 de agosto. Toda la demás información sigue siendo la misma.

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

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

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9859.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9859, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3831CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R198NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3831, CR 9859
 CMS Pub. 100-03, Transmittal 198, CR 9859

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Septiembre de 2017

Medicare Speaks 2017 Jacksonville

Cuando: 14-15 de septiembre de 2017

Hora: 7:30 a.m. - 4:15 a.m. 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/0371649.asp

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A y B

Cuando: 19 de septiembre de 2017

Hora: 2:00 p.m. - 3:30 a.m. ET

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: español

Dirigido a: Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0381849.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 27 de julio de 2017

MLN Connects® para el 27 de julio de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Agencias de Salud en el Hogar: CMS propone Cambios de Pago de 2018 y 2019
- Nueva Tarjeta de Medicare (anteriormente llamada SSNRI)
- Programa de Pago de Calidad: Explicación del Cálculo de Estado Especial
- Inventario Actualizado de Medidas de CMS Publicado
- Día Mundial de la Hepatitis: Cobertura de Medicare para la Hepatitis Viral
- Aniversario de la American Disabilities Act

Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS acerca de Servicios de Manejo del Día de Alta Hospitalaria

Reclamaciones, precios y códigos

- Códigos Exentos ICD-10-CM POA de 2018 Disponibles

Próximos eventos

- Sesión de Escucha – Nuevas Propuestas para RHCs

y FQHCs acerca de Servicios de Manejo de Cuidado y Asignaciones de ACO — 1 de agosto

- Sesión de Escucha acerca de Expansión del Modelo del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare — 16 de agosto
- Llamada acerca de la Ley IMPACT: Visión General de la Revisión del Régimen de Medicamentos para el Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar — 17 de agosto
- Webinar de Capacitación de Repaso del Programa de Reporte de Calidad de LTCH — 22 de agosto
- Conferencia Nacional de Inscripción del Proveedor de CMS — 6 y 7 de septiembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Programa de Pago de Calidad de 2017 de MIPS: Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Actividades de Mejora Categoría de Rendimiento— Nuevo
- Llamada acerca de Inscripción de Proveedor/Suplidor: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Herramienta Educativa de Facturación de Inmunización de Parte B 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 3 de agosto de 2017

MLN Connects® para el 3 de agosto de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Actualizaciones de CMS de Tarifas de Pago de Medicare, Requerimientos de Reporte de Calidad
- Beneficio de Hospicio: Actualizaciones al Índice Salarial y Tarifas de Pago del FY 2018
- IRFs: Cambios de Pago y Políticas Finales del FY 2018
- SNFs: Cambios de Pago y Políticas Finales del FY 2018
- Programa de Reporte de Calidad de SNF: Periodo de Reconsideración Termina el 13 de Agosto
- Utilización de Drogas Antipsicóticas en Residencias de Ancianos: Actualización de Tendencia
- Las Vacunas No Son Solo para Niños

Cumplimiento del proveedor

- Reportando Cambios de Propiedad

Reclamaciones, precios y códigos

- GEMS de ICD-10 de 2018 Disponibles

Próximos eventos

- Programa Reporte de Calidad de SNF: Webinar de

Capacitación de Repaso y Corrección del Programa de Reporte de Calidad — 7 de agosto

- Sesión de Escucha acerca de Expansión del Modelo del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare — 16 de agosto
- Llamada acerca de la Ley IMPACT: Visión General de la Revisión del Régimen de Medicamentos para el Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar — 17 de agosto
- Conferencia Nacional de Inscripción del Proveedor de CMS — 6 y 7 de septiembre
- Llamada acerca de la Herramienta de Evaluación de Instalación de Residencia de Ancianos y Revisiones al Manual de Operaciones Estatales — 7 de septiembre
- Webinar acerca del Reporte de Facturación Comparativa en IPPE/AWV — 13 de septiembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Herramienta Educativa de Facturación de Inmunización de la Parte B de Medicare — Revisado
- Herramienta Educativa acerca de los ABCs de la Visita Anual de Salud – 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 10 de agosto de 2017

MLN Connects® para el 10 de agosto de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Actualizaciones de la Página Web
- Programa de Reporte de Calidad de IRF: Período de Reconsideración Termina el 17 de Agosto
- Programa de Reporte de Calidad de LTCH: Período de Reconsideración Termina el 17 de Agosto
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Período de Reconsideración Termina el 17 de Agosto
- Solicitud de Excepción de Dificultades para el Programa de Incentivos de EHR Vence el 1 de Octubre
- Hospitales: Envíe Datos de Uso Significativo al HQR a través del Portal Seguro de QualityNet en 2018
- Manejo de Cuidado Crónico: Nuevos Videos de Cuidado Conectado
- Selección del Beneficiario Tarifa por Servicio de Medicare de un Clínico Primario
- Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar: Manual de Orientación OASIS-C2 2018 Disponible
- Solicitud de Excepción de Dificultad del Programa de Pago de Calidad para el Año de Transición 2017 Abierto
- Programa de Pago de Calidad: Explicación del Cálculo de Estado Especial — Corrección

Cumplimiento del proveedor

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

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivo de Precios del OPPTS de Julio de 2017
- Facturación de la Parte B para Ciertos Nuevos

Productos Biológicos Biosimilares antes que el Modificador sea Implementado

Próximos eventos

- Webinar de Capacitación de Repaso del Programa de Reporte de Calidad de IRF — 15 de agosto
- Sesión de Escucha acerca de Expansión del Modelo del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare — 16 de agosto
- Sesión de Horas de Oficina Virtual acerca del Programa de Pago de Calidad del Año 2 de NPRM — 16 de agosto
- Llamada acerca de la Ley IMPACT: Visión General de la Revisión del Régimen de Medicamentos para el Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar — 17 de agosto
- Webinar de Capacitación de Repaso del Programa de Reporte de Calidad de LTCH — 22 de agosto
- Llamada acerca de la Herramienta de Evaluación de Instalación de Residencia de Ancianos y Revisiones al Manual de Operaciones Estatales — 7 de septiembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Catálogo de Agosto de 2017 Disponible
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Programa de Pago de Calidad de 2017: Categoría de Rendimiento de Calidad del MIPS — Nuevo
- Llamada de Cuidado a Largo Plazo: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Sesión de Escucha de ESRD: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Medicare como Pagador Secundario — Revisado
- Folleto de Medicare como Pagador Secundario — 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>.



MLN Connects® para el 17 de agosto de 2017

MLN Connects® para el 17 de agosto de 2017

Veá esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- CMS Publica Página Web de Hospicio Comparable para Mejorar las Experiencias del Consumidor, Capacitar a los Pacientes
- Cambios Propuestos al Cuidado Comprensivo para Modelo de Reemplazo Articular, Cancelación de Otros Modelos
- CMS Publica Datos Actualizados acerca de Utilización de Hospicio de Medicare y Pago
- Módulo de Capacitación Basado en la Web del Programa de Reporte de Calidad de SNF Disponible
- Avisos al Beneficiario: Formularios en Letra Grande Disponibles

Cumplimiento del proveedor

- Denegaciones de Centros de Enfermería Especializada para Pacientes Internos

Reclamaciones, precios y códigos

- Guías de Codificación y Tablas de Conversión de ICD-10-CM de 2018 Disponibles

Próximos eventos

- Ley IMPACT: Llamada de Medidas de Gastos por Beneficiario de Medicare — 6 de septiembre
- Llamada acerca de la Herramienta de Evaluación de Instalación de Residencia de Ancianos y Revisiones al Manual de Operaciones Estatales — 7 de septiembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Sesión de Escucha del Manejo del Cuidado: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Folleto de Proceso de Apelaciones de Medicare Partes A y B — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Información de DMEPOS para Farmacias – Revisado
- Hoja Informativa acerca de Acreditación de DMEPOS – Revisado

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

Aprenda los secretos para facturar correctamente a Medicare

¿Quién tiene el poder de mejorar su exactitud y eficiencia de facturación? Usted. Visite la sección [Herramientas para mejorar su facturación](#) donde descubrirá las herramientas que necesita para saber cómo facturar consistentemente a Medicare correctamente.

Encontrará los recursos de auto auditoría más populares de First Coast, incluyendo la hoja de cálculo interactiva de E/M, el resumen de datos de proveedores (PDS) y el reporte de facturación comparativa (CBR).



MLN Connects® Edición Especial – 2 de agosto de 2017

En esta edición:

- [CMS Finaliza las Actualizaciones de Pago y Política de 2018 para Admisiones a los Hospitales de Medicare](#)
- [Centros Psiquiátricos para Pacientes Hospitalizados: Actualizaciones de Pagos y Políticas de Medicare del FY 2018](#)
- [Centros Psiquiátricos para Pacientes Hospitalizados: Actualizaciones de Pagos y Políticas de Medicare del FY 2018](#)

CMS Finaliza las Actualizaciones de Pago y Política de 2018 para Admisiones a los Hospitales de Medicare

El 2 de agosto, CMS emitió el reglamento final de Medicare para el Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Hospitalizados y el Sistema de Pago Prospectivo de Hospital de Cuidados a Largo Plazo del FY 2018, el cual actualiza el pago y las políticas de Medicare de 2018 cuando los pacientes son dados de alta de los hospitales. El reglamento final alivia cargas regulatorias a los proveedores, apoya la relación doctor-paciente en el cuidado de la salud, y promueve la transparencia, flexibilidad e innovación al prestar cuidado a los pacientes de Medicare.

“Esta reglamento final ayudará a proveer flexibilidad a los hospitales de cuidado agudo y de largo plazo mientras ellos cuidan a los pacientes más enfermos de Medicare,” expresó la Administradora de CMS, Seema Verma. “La reducción de la carga y los aumentos de la tasa de pago para los hospitales de cuidados agudos y los hospitales de cuidado a largo plazo ayudarán a asegurar que aquellos que sufren de lesiones y enfermedades graves tengan acceso al cuidado que necesitan.”

Debido a la combinación de aumentos en la tasa de pago y otras políticas y ajustes de pago, particularmente en cambios en pagos de cuidado no compensado, los hospitales de cuidado agudo verán un incremento total en gastos de Medicare en pagos de hospital de pacientes hospitalizados de \$2.4 miles de millones en el FY 2018. Basado en parte en los cambios incluidos en el reglamento final, los pagos globales a los hospitales de cuidado a largo plazo disminuirán por \$110 millones en el FY 2018.

En adición a las actualizaciones de pago y políticas para admisiones a hospitales de Medicare, el reglamento final dirige cambios acerca de la forma en la que el público es notificado de las terminaciones de Medicare de ciertos proveedores e implementa la extensión estatutaria de la Demostración del Hospital Comunitario Rural.

Para más información vaya a (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Hoja Informativa](#)

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto del [Comunicado de Prensa](#) (emitido el 2 de agosto).

Centros Psiquiátricos para Pacientes Hospitalizados: Actualizaciones de Pagos y Políticas de Medicare del FY 2018

El 2 de agosto, CMS emitió un comunicado con un periodo

de comentarios que actualiza las políticas de pago de Medicare del FY 2018 y las tarifas para los Centros Psiquiátricos para Pacientes Hospitalizados (IPF) del Sistema de Pago Prospectivo. CMS estima que los pagos de IPF aumentarán por un 0.99 por ciento o \$45 millones en el FY 2018. Esta cantidad refleja una actualización de la bolsa del mercado de IPF del 2.6 por ciento menos el ajuste de productividad de 0.6 puntos porcentuales y menos la reducción de 0.75 puntos porcentuales requerida por ley, para una actualización neta de la bolsa de mercado de 1.25 por ciento. En adición, los pagos estimados al IPF se reducen en 0.26 puntos porcentuales debido a la actualización del valor límite de pérdida fija en dólares. CMS también está actualizando el índice salarial de IPF para el FY 2018.

CMS está solicitando comentarios en mejoras que se puedan realizar al sistema de entrega de servicios de cuidado de la salud que puedan reducir carga innecesaria a médicos, proveedores tales como los IPFs, y a pacientes y sus familias.

Para más información, vea el [comunicado con periodo de comentarios](#) (en inglés). Vea el texto completo de este extracto de la [Hoja Informativa](#) (en inglés) (emitido el 2 de agosto).

Actualizaciones de CMS de Tarifas de Pago de Medicare, Requerimientos de Reporte de Calidad

CMS emitió tres reglamentos finales detallando las tarifas de pago de Medicare de 2018 para centros de enfermería especializada, hospicio, y centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados. Los reglamentos finales son efectivos para el FY 2018 y reflejan una estrategia de Administración más amplia para agilizar requisitos administrativos para los proveedores; apoyar la relación doctor-paciente en el cuidado de la salud; y promover transparencia, flexibilidad, e innovación en la entrega del cuidado.

“Estos anuncios toman pasos importantes para apoyar la innovación en la entrega de cuidado con el fin de promover un programa de Medicare que responda a las necesidades únicas de los pacientes y garantizar que los pacientes tengan acceso a enfermería especializada de alta calidad, hospicio y cuidado rehabilitador para pacientes hospitalizados,” expresó la Administradora de CMS, Seema Verma. “Estos reglamentos actualizan requerimientos de reporte de calidad y permiten a los proveedores gastar menos tiempo y menos recursos en papeleo engorroso, para que puedan aumentar su enfoque en las necesidades de los pacientes de Medicare”.

Reglamentos Finales (en inglés):

- Hospicio: [Hoja Informativa](#) y [Reglamento Final](#)
- IRF: [Hoja Informativa](#) y [Reglamento Final](#)
- SNF: [Hoja Informativa](#) y [Reglamento Final](#)

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto del [Comunicado de Prensa](#) (emitido el 1 de agosto).

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

Sistema de pago prospectivo

Cambios en el PPS de hospitales para pacientes hospitalizados y de cuidado a largo plazo para el año fiscal (FY) 2017

Número de *MLN Matters*®: MM9723 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: CR9723
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de agosto de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2016
 Número de transmisión de CR relacionado: R3832CP
 Fecha de implementación: 3 de octubre de 2016

La petición de cambio 9723 implementa los cambios en la política para el sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS) y en el PPS de hospitales de cuidado a largo plazo (LTCH), que a menos que se indique lo contrario, son efectivos para las altas hospitalarias ocurridas en o después del 1 de octubre de 2016, hasta el 30 de septiembre de 2017. Este artículo fue revisado el 11 de agosto para reflejar una CR 9723 revisada, emitida el 9 de agosto. En la CR, los valores de migración en el anexo 7 de la CR fueron revisados. En el artículo, la fecha de publicación, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR fueron revisados.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están obligados a hacer actualizaciones anuales a los sistemas de pago prospectivo de los hospitales para pacientes hospitalizados y de cuidado a largo plazo.

Los cambios en la política para el año fiscal 2017 se mostraron en el registro federal del 2 de agosto de 2016 con fecha de publicación del 22 de agosto de 2016. Todos los cambios son efectivos para las altas hospitalarias ocurridas en o después del 1 de octubre de 2016 hasta el 30 de septiembre de 2017, a menos que se denote lo contrario.

Información adicional

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

Corrección al pago de las reclamaciones de transferencia del IPPS asignadas al MS-DRG 385

Número de *MLN Matters*®: MM10145
 Número de petición de cambio relacionado: 10145
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de julio de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R18700TN
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) descubrieron que las reclamaciones de transferencia del sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS) clasificadas en el grupo relacionado por diagnóstico y severidad de Medicare de pacientes



<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM9723.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9723, 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/R3832CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3832, CR 9723

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

hospitalizados (MS DRG) 385 están recibiendo el pago prospectivo completo en lugar de la tasa diaria graduada por cada día de estancia del paciente en ese hospital, sin exceder la cantidad que habría sido pagada si el paciente hubiera sido dado de alta a otro ambiente.

La petición de cambio (CR) 10145 implementa una corrección al pago de las reclamaciones de transferencia del IPPS clasificadas en el MS-DRG 385 desde el pago completo del IPPS hasta un pago de transferencia diaria.

Nota: Esta CR instruye al sistema compartido del intermediario fiscal (FISS) permitir el deducible de la Parte A en las reclamaciones de transferencia del mismo día de

CMS emite actualización del 2018 para el sistema de pago prospectivo para instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*[®]: MM10214
Número de petición de cambio relacionado: 10214
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3826CP
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron su actualización del año fiscal (FY) 2018 al sistema de pago prospectivo para instalaciones psiquiátricas de pacientes hospitalizados (IPF PPS) la cual anuncia una nueva tarifa base diaria de \$ 771.35 para las instalaciones que cumplen con los programas de reporte de calidad.

CMS actualizó la tarifa base del IPF PPS para el año fiscal 2018 aplicando la actualización ajustada de la bolsa de mercado de 1.25 por ciento (que incluye la actualización de la bolsa de mercado del IPF basada en 2012 de 2.6 por ciento, un requisito de reducción de 0.75 puntos porcentuales de la ACA a la actualización de la bolsa de mercado y un requisito de reducción del ajuste de la productividad de 0.6 puntos porcentuales de la ACA) y el factor de neutralidad presupuestaria del índice salarial de 1.0006 a la tarifa base federal diaria del FY 2017 de \$761.37, para producir una tarifa base federal diaria del FY 2018 de \$771.35.

Las actualizaciones del IPF PPS para el FY 2018 incluyen:

- La tarifa base federal diaria es \$771.35 para las IPF que cumplen con el requisito de presentación de datos de calidad.
- La tarifa base federal diaria es \$756.11 cuando se aplica la reducción de dos puntos porcentuales

para las IPF que no cumplieron con los requisitos de presentación de datos de calidad.

- La cantidad límite fija de pérdidas en dólares es \$11,425.00.
- El índice salarial IPF PPS se basa en el año fiscal 2017 previo al pago básico, reclasificación previa del índice salarial del hospital de cuidados intensivos.
- La proporción de carácter laboral es 75.0 por ciento.
- La proporción de carácter no laboral es 25.0 por ciento.
- Ajustes al costo de vida de Alaska y Hawai

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/MM10214.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10214, 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/R3826CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3826, CR 10214

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.

CORRECCIÓN

De la página 14

Medicare como pagador secundario (MSP).

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/MM10145.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10145, 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/R1870OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1870, CR 10145

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 emite actualización trimestral al sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal

Número de *MLN Matters*[®]: MM10193
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10193
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de agosto de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3833CP
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente su actualización trimestral al sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal (PPS de ESRD), agregando dos nuevos procedimientos a los requisitos de facturación consolidados.

El PPS de ESRD proporciona un pago único a los centros de ESRD que cubre todos los recursos utilizados para prestar un tratamiento de diálisis para pacientes ambulatorios. Efectivo a partir del 1 de octubre de 2017, CMS ha agregado los siguientes nuevos códigos a la lista de artículos y servicios sujetos a los requisitos de facturación consolidada del PPS de ESRD:

- G0499 - Detección de la hepatitis B en personas no embarazadas de alto riesgo incluye Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBSAG) seguido de una prueba de confirmación neutralizante para los resultados inicialmente reactivos, y anticuerpos contra el HBSAG (anti-hbs) y antígeno central de la hepatitis B (anti-hbc)

- 87341 - Detección de antígenos de agentes infecciosos mediante técnica de inmuno análisis, (por ejemplo, inmuno análisis enzimático [EIA], análisis inmuno absorbente ligado a enzimas [ELISA], análisis inmunoquímico luminométrico [ICMA]) cualitativo o semicuantitativo, método de pasos múltiples; neutralización del Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBSAG)

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/MM10193.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10193, 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/R3833CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3833, CR 10193

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

ESRD

Ajuste transitorio de pago adicional de medicamentos para medicamentos de ESRD

Número de *MLN Matters*[®]: MM10065
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10065
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R1889OTN
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

De acuerdo con la Ley de Protección de Acceso a Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid implementaron un proceso de designación de medicamentos para determinar cuándo un producto ya no es un medicamento solo oral; e incluyendo nuevos productos inyectables e intravenosos en el sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal.

A partir del 1 de enero de 2018, calcimiméticos inyectables, intravenosos y orales califican para el ajuste transitorio de pago adicional de medicamentos (TDAPA). Los centros de ESRD deben reportar el modificador AX (elemento suministrado junto con los servicios de diálisis) con el código para estos medicamentos y productos

biológicos para recibir el pago de estos medicamentos utilizando el TDAPA.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm10065.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10065, 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/R1889OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1889, CR 10065

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

DDE

Las consultas del proveedor del CWF sólo aceptarán el identificador nacional del proveedor como número de proveedor válido

Número de *MLN Matters*®: MM10098
Número de petición de cambio relacionado: CR10098
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de julio de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: RR1877OTN
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10098.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10098, 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/R1877OTN.pdf>.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que el archivo común de trabajo (CWF) modifique las consultas del proveedor del CWF para que sólo acepten el identificador nacional del proveedor (NPI) como número de proveedor válido.



Actualmente, se permite a los socios comerciales utilizar los números de proveedor legados (el número de certificación de CMS (CCN) o el número único de identificación del médico (UPIN)) o NPI en las consultas del proveedor del CWF.

Información adicional

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

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1877, CR 10098

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

Inscripción del proveedor

Determinación basada en el proveedor

Número de *MLN Matters*®: MM10095
Número de petición de cambio relacionado: CR10095
Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de agosto de 2017
Fecha de efectividad: 6 de noviembre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R1891OTN
Fecha de implementación: 6 de noviembre de 2017

Resumen

La petición de cambio (CR) 10095 instruye a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) que utilicen la lista de verificación electrónica completa basada en el proveedor (PB, provider-based) cuando revisen las certificaciones PB. Esto es resultado de que las oficinas regionales (RO, regional offices) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) reciben información incompleta o suficiente. Este cambio mejora el procesamiento de los paquetes de certificación PB mediante el desarrollo de una lista de verificación de revisión uniforme y requerir la presentación electrónica de los paquetes PB a las direcciones de correo electrónico de la RO PB de CMS.

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/mm10095.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10095, 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/R1891OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1891, CR 10095

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

Problemas de procesamiento

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

Problema

Problemas con los servicios del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) debido a los errores lógicos del Editor de Código para Pacientes Ambulatorios Integrado (IOCE).

Resolución

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

Estado/fecha de resolución

Cerrado/Todas las reclamaciones impactadas fueron ajustadas el 1 de julio.

Acción del proveedor

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

Clasificación de pago ambulatorio comprensivo

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

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

APC Condicional – Para este error lógico, la lógica del

Reclamaciones devueltas al proveedor (RTP) con el código de denegación 34932

Problema

Las reclamaciones que fueron trabajadas y retiradas de su estado de suspensión para el código de denegación 32103 están siendo devueltas al proveedor con el código de denegación 34932.

Resolución

Las reclamaciones irán a la ubicación de estado SB9000 una vez el End POA Ind apropiado haya sido agregado.

Estado/fecha de resolución

Cerrado.

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

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

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

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

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

Problemas actuales de procesamiento

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

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

Acción del proveedor

Los proveedores cuyas reclamaciones fueron devueltas al proveedor con el código de denegación 34932 pueden volver a presentar (PF9) aquellas reclamaciones afectadas con el End POA Ind apropiado.

Problemas de procesamiento actuales

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

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio Web educacional <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**.

LCD retiradas

Monitoreo neurofisiológico intraoperatorio – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33379 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) de monitoreo neurofisiológico intraoperatorio, se determinó que esta LCD y la “guía de codificación” anexa no son ya necesarias y, por lo tanto, están siendo retiradas.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD y la “guía de codificación” anexa es efectivo para servicios prestados **en o después del**

11 de agosto de 2017. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33381 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) de aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL), 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 11 de agosto de 2017.** Las LCDs están

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

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

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

Nueva capacidad de búsqueda simplifica la búsqueda de LCD

Los proveedores que necesitan un método rápido y directo para localizar determinaciones de cobertura local (LCDs) por código de procedimiento ahora tienen una manera sencilla de hacerlo utilizando la funcionalidad de búsqueda del sitio web de First Coast.

Ahora los proveedores pueden introducir simplemente un código de procedimiento, una palabra clave o un código ICD-10 en la barra de búsqueda del sitio web y buscar utilizando “Sitio (excluyendo archivos)” o “Las LCD solamente” para encontrar los resultados coincidentes. Esta función de búsqueda reemplaza los múltiples pasos actualmente requeridos por otros métodos y permite a los proveedores localizar las LCD correspondientes utilizando los propios datos de LCD de First Coast.

[Haga clic aquí para más información.](#)



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 próstéticos,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

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

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)

Laboratorio clínico

Actualización de octubre a las nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*®: MM10198
 Número de petición de cambio relacionado: 10198
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de julio de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3812CP
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

Resumen

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

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



Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10198.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10198, 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/R3812CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3812, CR 10198

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

Servicios de rehabilitación

Edición actualizada de los servicios de terapia siempre

Número de *MLN Matters*®: MM10176
 Número de petición de cambio relacionado: 10176
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de julio de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3814CP
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los servicios prestados bajo el beneficio de los servicios de terapia ambulatoria (OPT) - incluyendo patología del habla/lenguaje (SLP), terapia ocupacional (OT), y terapia física (PT) están sujetos a las limitaciones financieras, conocidas como límites de terapia. Medicare reconoce los servicios prestados bajo el beneficio de los servicios de OPT ya sea como terapia “siempre” o “a veces”.

En reclamaciones profesionales, cada código designado como “siempre terapia”:

- Siempre debe ser proporcionado bajo un plan de cuidado de SLP, OT, o PT, independientemente de quien los proporcione; y como tal,
- Debe estar siempre acompañado por uno de los modificadores de terapia GN, GO o GP.

Durante los análisis de los datos de reclamaciones de Medicare para servicios de OPT, se encontró que los códigos y modificadores de “terapia siempre” no

siempre se utilizan de manera correcta y consistente. Como resultado, la nueva edición devolverá las reclamaciones cuando los códigos de “terapia siempre” y los modificadores de terapia asociados se reporten incorrectamente.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10176.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10176, 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/R3814CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3814, CR 10176

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

Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

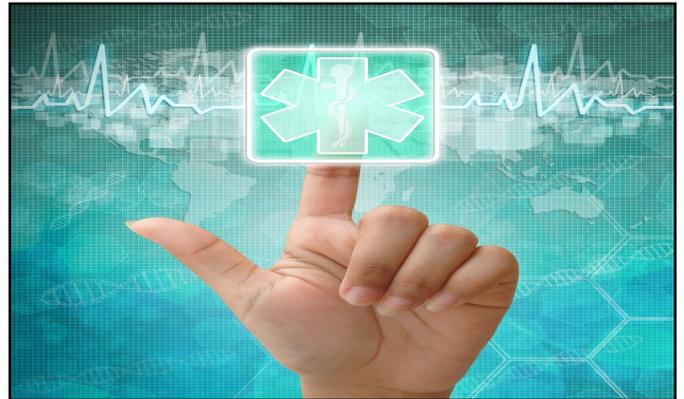
Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD retiradas

Monitoreo neurofisiológico intraoperatorio – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33379 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) de monitoreo neurofisiológico intraoperatorio, se determinó que esta LCD y la “guía de codificación” anexa no son ya necesarias y, por lo tanto, están siendo retiradas.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD y la “guía de codificación” anexa es efectivo para servicios prestados **en o después del**

11 de agosto de 2017. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL) – LCD retirada de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33381 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) de aféresis de lipoproteínas de baja densidad (LDL), 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 11 de agosto de 2017.** Las LCDs están

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

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

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

Terapia de quelación – LCD retirada de la Parte B

LCD ID número: L33809 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en la revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) de la terapia de quelación, 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 11 de agosto de 2017.** Las LCDs

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

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

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



Revisión a las LCD existentes

Cobertura de medicamentos y productos biológicos con etiqueta y sin etiqueta para pacientes ambulatorios -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33915 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en la petición de cambio (CR) 9386 (Medicare Benefit Policy Manual, Pub. 100.02, Capítulo 15, Sección 50.4.5) la determinación de cobertura local (LCD) para cobertura de etiquetas y fuera de la etiqueta de los medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios fue revisada para agregar los medicamentos Lexi (Lexi-Drugs) a la lista de compendios autoritarios en la sección "Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica" de la LCD bajo "Uso de Medicamentos Sin Etiqueta".

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 10 de febrero de 2016**, para servicios prestados **en o después del 12 de agosto de 2015**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.



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

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información acerca de 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)

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>

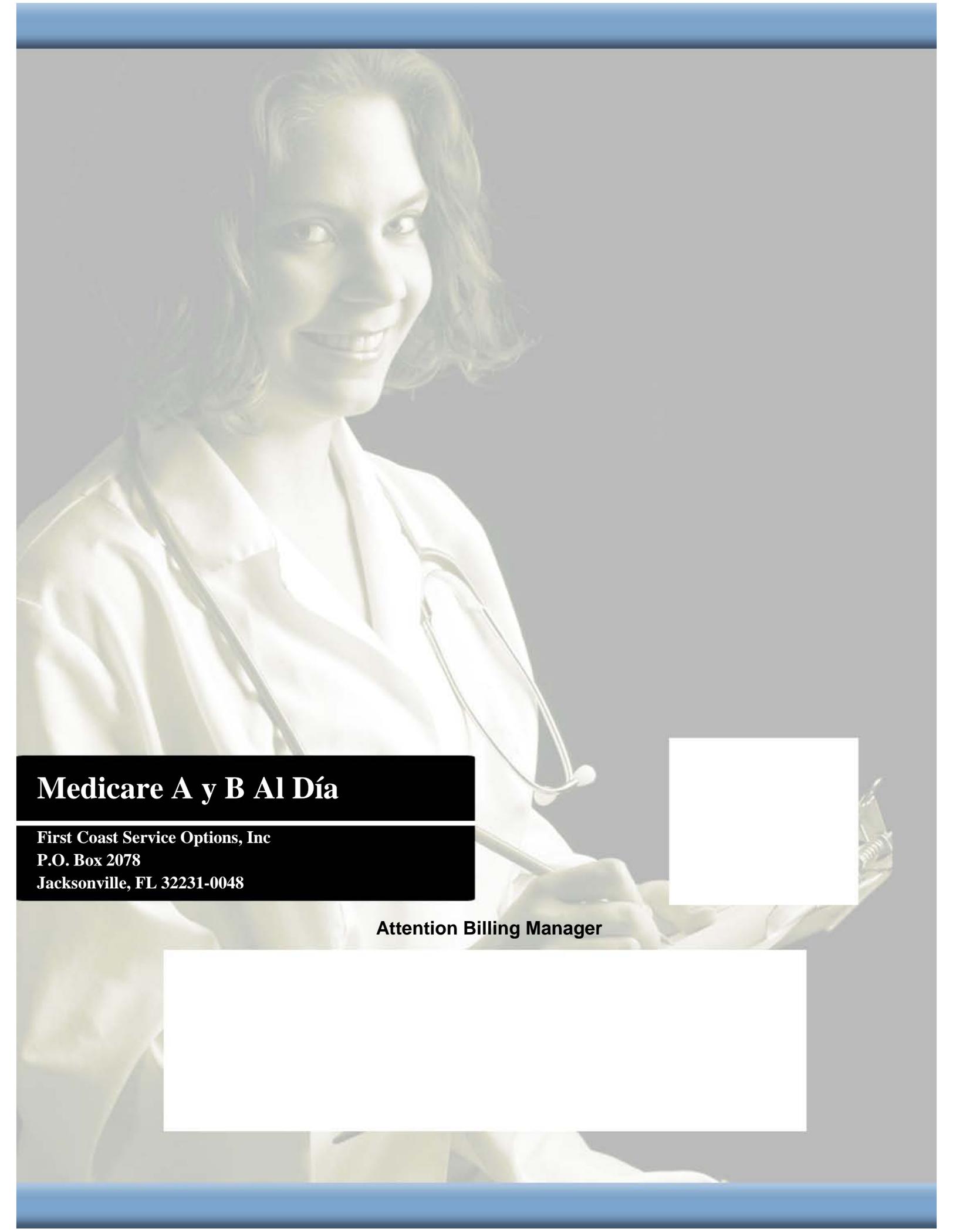
First Coast University

<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