

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Septiembre 2017



## En esta edición

|   |   |
|---|---|
| Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico causado por el huracán María ..... | 3 |
| Apelaciones y solicitudes de sobrepagos de proveedores/suplidores afectados por un desastre natural .....                                       | 6 |

## Información de Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre causado por el huracán Irma para proveedores de JN

Número de *MLN Matters*®: SE17022 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

*Este artículo está dirigido a proveedores y suplidores que presentan reclamaciones a los Contratistas Administrativos de Medicare (MACs) por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Puerto Rico y Florida quienes fueron afectados por el huracán Irma. Este artículo fue revisado el 19 de septiembre para incluir nuevas exenciones referentes al cuidado de pacientes excluidos de la unidad psiquiátrica de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital y cuidado a pacientes excluidos de la unidad de rehabilitación de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital, para agregar información acerca del reemplazo de relleno de recetas de medicamentos cubiertos de la Parte B e información acerca de los reportes de calidad de los centros.*

### Resumen

El 5 de septiembre de 2017, de conformidad con la Ley

de Asistencia de Desastre y Asistencia de Emergencia de Robert T. Stafford, el Presidente Trump declaró que, como resultado de los efectos del huracán Irma, existe una emergencia en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el estado libre asociado de Puerto Rico y el estado de Florida, retroactivo al 5 de septiembre de 2017, para las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el estado libre asociado de Puerto Rico, y retroactivo al 4 de septiembre de 2017, para el estado de Florida.

El 7 de septiembre de 2017, el administrador de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) autorizó exenciones bajo la Sección 1812(f) de la Ley de Seguro Social para las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el estado libre asociado de Puerto Rico y el estado de Florida, para aquellas personas que son evacuados, trasladados, o de otra manera cambiados de lugar como resultado de los efectos del huracán Irma en 2017.

Bajo la Sección 1135 o 1812 (f) de la Ley de Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido varias exenciones generales en los condados y áreas geográficas afectadas de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el estado libre asociado de Puerto Rico y el estado de Florida. Estas exenciones

Ver **Información** en la página 3



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

# Tabla de contenido

## Partes A y B

### Información de Desastre

|  |   |
|--|---|
| Información de Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre causado por Irma para proveedores de JN.....       | 1 |
| Alivio de inscripción de proveedores para áreas afectadas por Irma.....  | 3 |
| Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre en las Islas Vírgenes y Puerto Rico causado por el Huracán María..... | 3 |
| Reclamaciones de Medicare por el desastre en Texas causado por Harvey.....   | 4 |
| Reclamaciones de Medicare por el desastre en Luisiana causado por Harvey.....  | 4 |
| Información de Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre de Irma para proveedores de JM.....                | 5 |
| Proveedores afectados por Harvey e Irma.....   | 5 |

### Servicios de Rehabilitación

|  |   |
|--|---|
| Apelaciones y solicitudes de sobrepagos de proveedores/suplidores afectados por un desastre natural..... | 6 |
| Ayudas administrativas para las áreas afectadas por Harvey.....  | 6 |
| CMS publica página web acerca del Acuerdo de Resolución de Jimmo.....                                    | 6 |

### MSP

|  |   |
|--|---|
| Facturación de seguro de responsabilidad civil del pagador secundario de Medicare..... | 7 |
| Aceptar pago de los pacientes que tienen un acuerdo de reserva de Medicare.....        | 7 |

### Ambulancia

|   |   |
|---|---|
| Actualización del manual para instrucciones de múltiples pacientes en un viaje..... | 8 |
|---|---|

### Recursos Preventivos

|  |   |
|--|---|
| Detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana..... | 8 |
|--|---|

### Apelaciones

|   |   |
|---|---|
| Revisión al 'Manual de Administración Financiera de Medicare' de limitación de la recuperación..... | 9 |
|---|---|

### Códigos de Procedimiento

|  |   |
|--|---|
| CMS publica actualización del conjunto de códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud-octubre 2017..... | 9 |
|--|---|

### MMA

|  |    |
|--|----|
| Guía del médico Parte D Medicare para Manejo de Medicamentos de Terapia..... | 10 |
|--|----|

### Tarifas

|  |    |
|--|----|
| Actualización trimestral de octubre para las tarifas fijas de DMEPOS de 2017.....  | 10 |
| Actualización del pago de subsidio para vacuna de influenza 2017-2018.....         | 11 |
| Actualización octubre a la base de datos tarifa fija-médicos de Medicare 2017..... | 11 |

### EDI

|   |    |
|---|----|
| Actualización de los códigos de categoría estado de reclamación y los códigos de reclamación..... | 12 |
| Reglamento del CORE 360 del uso de los CARC, RARC y CAGC.....                                     | 12 |

### Facturación

|  |    |
|--|----|
| Prohibido facturar el balance a beneficiarios de Medicare.....             | 13 |
| Informes de la OIG resaltan problemas de facturación de hospitales.....    | 13 |
| Actualización anual 2018 de los códigos HCPCS para facturación de SNF..... | 14 |
| Actualización anual de la tarifa por suministro de coagulación.....        | 14 |

### Recursos Educativos

|   |    |
|---|----|
| Calendario de Eventos.....                  | 15 |
| MLN Connects® del 24 de agosto de 2017..... | 16 |

|   |    |
|---|----|
| MLN Connects® para el 31 de agosto de 2017.....     | 16 |
| MLN Connects® -- Edición Especial.....              | 17 |
| MLN Connects® para el 7 de septiembre de 2017.....  | 18 |
| MLN Connects® -- Edición Especial.....              | 19 |
| MLN Connects® -- Edición Especial.....              | 19 |
| MLN Connects® para el 14 de septiembre de 2017..... | 19 |
| MLN Connects® para el 21 de septiembre de 2017..... | 20 |
| MLN Connects® -- Edición especial.....              | 20 |

## Parte A

### PARD

|   |    |
|---|----|
| Extensiones para los proveedores de la Parte A afectados por Harvey e Irma..... | 21 |
|---|----|

### Hospital

|   |    |
|---|----|
| Requisito de facturación a hospitalización de 20 horas semanales.....   | 21 |
| Actualización de octubre 2017 al OPSS de hospital.....                  | 22 |
| Especificaciones para la versión 18.3 del I/OCE de octubre de 2017..... | 22 |

### Noticias del Proveedor

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Ajuste de volumen bajo de ESRD..... | 23 |
|-------------------------------------|----|

### Sistema de Pago Prospectivo

|  |    |
|--|----|
| Determinación basada en el proveedor.....  | 24 |
| Cambios 2018-PPS de hospital: pacientes internos y cuidado prolongado.....       | 24 |
| Corrección al pago al reclamaciones de transferencia de IPPS del MS-DRG 385..... | 25 |
| Cambios de CMS al PPS para pacientes hospitalizados.....                         | 25 |

### Problemas de Procesamiento

|  |    |
|--|----|
| Reclamaciones rechazadas por error con los códigos U6816, U6817 y U6818..... | 26 |
| Rechazo de reclamaciones con CC DR o modificador CR.....                     | 26 |

|                  |    |
|------------------|----|
| LCD Parte A..... | 27 |
|------------------|----|

### LCD revisadas

|  |    |
|--|----|
| Programa de hospitalización psiquiátrica parcial-revisión a LCD de la Parte A.....                           | 28 |
| Lista (SAD) revisión al artículo de Partes A/B.....  | 28 |
| Cambios de Codificación de 2018 de ICD-10-CM Partes A/B.....   | 29 |
| Inhibidores del factor endotelial vascular para enfermedades oftalmológicas revisión a LCD Partes A y B..... | 30 |
| Contactos Parte A.....   | 31 |

## Parte B

### Servicios de Rehabilitación

|  |    |
|--|----|
| Actualización de los servicios de terapia siempre..... | 32 |
|--|----|

### Cirugía Ambulatoria

|  |    |
|--|----|
| Actualización de octubre de 2017 al sistema de pago del ASC..... | 32 |
|--|----|

|                  |    |
|------------------|----|
| LCD Parte B..... | 33 |
|------------------|----|

### LCD revisadas

|  |    |
|--|----|
| Destrucción del nervios de la articulación facetaria paravertebral revisión a la LCD de la Parte B.....      | 34 |
| Inhibidores del factor endotelial vascular para enfermedades oftalmológicas revisión a LCD Partes A y B..... | 34 |
| Cambios de Codificación de 2018 de ICD-10-CM Partes A/B.....   | 35 |
| Lista (SAD) revisión al artículo de Partes A/B.....  | 36 |
| Contactos de la Parte B de Puerto Rico.....  | 37 |
| Información de contacto Florida.....   | 38 |
| Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....  | 39 |

## Medicare A y B Al Día

### Publications staff

Maria Murdoch  
Marielba Cancel  
Terri Drury  
Mark Willett  
Robert Petty

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

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

Medicare Publications  
1-904-361-0723

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

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

### Third-party websites:

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

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

## Información de Desastre

# Alivio de inscripción de proveedores para áreas afectadas por el huracán Irma

A partir del 13 de septiembre de 2017, y permaneciendo en vigor por un período de 180 días, First Coast implementó el alivio de la inscripción de proveedores para proveedores en Florida, Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico. Durante este período, nosotros:

- Nos abstendremos de enviar por correo cualquier carta de revalidación, incluyendo cartas de revalidación subsiguientes (es decir, cartas de retención y desactivación de pago debido a la falta de respuesta a la revalidación o desarrollo de revalidación).
- Nos abstendremos de colocar proveedores/suplidores en retención de pagos y desactivar proveedores/suplidores que no respondan a una solicitud de revalidación.
- Nos abstendremos de enviar por correo nuevas cartas de verificación de antecedentes basadas en huellas dactilares. También se retendrá la denegación o revocación de proveedores/suplidores debido a la falta de respuesta a las

huellas dactilares.

- Extenderemos el requisito de respuesta de desarrollo de 30 días a 90 días, si se necesita desarrollo.
- Continuaremos ordenando visitas al lugar. Sin embargo, el contratista nacional de visita del lugar no realizará visitas del lugar en el área impactada hasta que se levante la declaración de desastre mayor.
- Continuaremos exigiendo que todos los cambios, temporales o de otro tipo, se presenten a través de la solicitud CMS-855 apropiada.

First Coast comunicará acerca de cualquier cambio a esta fecha de efectividad actualmente en vigor así que permanezca atento a las [eNews](#).

Para ayuda adicional, visita nuestra página dedicada a [información en tiempos de desastres](#) page.

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

# Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico causado por el Huracán María

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: SE17028

Número de petición de cambio relacionado: N/A

Fecha de emisión de CR relacionado: N/A

Fecha de efectividad: N/A

Número de transmisión de CR relacionado: N/A

Fecha de implementación: N/A

## Resumen

El 18 de septiembre de 2017, conforme al Alivio por Desastre de Robert T. Stafford y la Ley de Asistencia por Emergencia, el Presidente Trump declaró que como resultado de los efectos del Huracán María, existe una emergencia en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Bajo la Sección 1135 o 1812(f) de la Ley de Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido varias exenciones generales en los condados impactados y áreas geográficas de las

## Información

De la página 1

evitarán brechas en la cobertura para los beneficiarios afectados por la emergencia.

## Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17022.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> artículo SE17022

Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el estado Libre Asociado de Puerto Rico. Estas exenciones prevendrán brechas en la cobertura para beneficiarios impactados por la emergencia.

## Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17028.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> artículo SE17028

*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.*

*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.*



## Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Texas causado por el huracán Harvey

Número de *MLN Matters*®: SE17020 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

*Este artículo de edición especial está dirigido a proveedores y suplidores que presentan reclamaciones a los contratistas administrativos de Medicare por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en el estado de Texas afectados por el huracán Harvey. Este artículo fue revisado el 19 de septiembre para incluir información acerca de reemplazo de recetas de medicamentos cubiertos de la Parte B.*

### Resumen

El 26 de agosto de 2017, de conformidad con la Ley de Alivio de Desastres y Asistencia de Emergencia de Robert T. Stafford, el Presidente Trump declaró que, como resultado de los efectos del huracán Harvey, existe un desastre mayor en el estado de Texas,

retroactivo al 25 de agosto de 2017.

Bajo la Sección 1135 o 1812(f) de la Ley del Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido varias exenciones generales en los condados y áreas geográficas afectadas de Texas. Estas exenciones evitarán brechas en la cobertura de los beneficiarios afectados por la emergencia.

### 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/SE17020.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17020

*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.*

## Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Luisiana causado por la tormenta tropical Harvey

Número de *MLN Matters*®: SE17021 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

*Este artículo de edición especial está dirigido a proveedores y suplidores que presentan reclamaciones a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en el estado de Luisiana que fueron afectados por la tormenta tropical Harvey. Este artículo fue revisado el 19 de septiembre para incluir información acerca de reemplazo de relleno de recetas de medicamentos cubiertos de la Parte B.*

### Resumen

El 26 de agosto de 2017, de conformidad con la Ley de Alivio de Desastres y Asistencia de Emergencia de Robert T. Stafford, el Presidente Trump declaró que, como resultado de los efectos de la tormenta tropical Harvey, existe un desastre mayor en el estado de Luisiana, retroactivo al 27 de agosto de 2017.

Bajo la Sección 1135 o 1812(f) de la Ley del Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido varias exenciones generales en los condados y áreas geográficas afectadas de Luisiana. Estas exenciones evitarán brechas en la cobertura de



los beneficiarios afectados por la emergencia.

### 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/SE17021.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17021

*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.*

## Información de Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre causado por el huracán Irma para proveedores de JM

Número de *MLN Matters*®: SE17024 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

*Este artículo está dirigido a proveedores y suplidores que presentan reclamaciones a los Contratistas Administrativos de Medicare (MACs) por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en los estados de Carolina del Sur y Georgia quienes fueron afectados por el huracán Irma. Este artículo fue revisado el 19 de septiembre para incluir nuevas exenciones referentes al cuidado de pacientes excluidos de la unidad psiquiátrica de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital y cuidado a pacientes excluidos de la unidad de rehabilitación de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de un hospital, para agregar información acerca del reemplazo de relleno de recetas de medicamentos cubiertos de la Parte B*

### Resumen

El 7 de septiembre de 2017, de conformidad con la Ley de Asistencia de Desastre y Asistencia de Emergencia de Robert T. Stafford, el Presidente Trump declaró que, como resultado de los efectos del huracán Irma, existe una emergencia en el estado de Carolina del Sur.

El 8 de septiembre de 2017, de conformidad con la Ley de Asistencia de Desastre y Asistencia de Emergencia de Robert T. Stafford, el Presidente Trump declaró que, como resultado de los efectos del huracán Irma, existe

una emergencia en el estado de Georgia. También el 8 de septiembre de 2017, el Secretario Price del Department of Health & Human Services declaró que existe una emergencia de salud pública en los estados de Carolina del Sur y Georgia y autorizó las exenciones y modificaciones bajo la Sección 1135 de la Ley del Seguro Social (the Act), retroactiva al 6 de septiembre de 2017, para el estado de Carolina del Sur y retroactiva al 7 de septiembre de 2017, para el estado de Georgia. Bajo la Sección 1135 o 1812 (f) de la Ley de Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido varias exenciones generales en los condados y áreas geográficas afectadas de los estados de Carolina del Sur y Georgia. Estas exenciones evitarán brechas en la cobertura para los beneficiarios afectados por la emergencia.

### 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/SE17024.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17024

*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.*

## Proveedores afectados por los huracanes Harvey e Irma

En respuesta a la devastación de los huracanes Harvey e Irma, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están concediendo amplio alivio administrativo. Este alivio administrativo es en suma a cualquier necesidad individual requerida caso por caso. First Coast Service Options Inc. (First Coast) trabajará con estos proveedores para asegurar que el pago sea recibido por los servicios cubiertos.

El alivio administrativo generalizado incluirá la suspensión de solicitudes de documentación adicional (ADRs) relacionadas con la modificación de revisiones médicas por un período de 30 días, finalizando el 11 de octubre de 2017. Adicionalmente, los proveedores recibirán automáticamente 30 días adicionales para responder a cualquier solicitud de documentación que pueda ya han sido solicitadas durante este período de 30 días.

Si no puede presentar registros debido a una situación relacionada con un desastre, puede adjuntar una carta al ADR explicando su situación. Esto garantizará que su reclamación se maneje adecuadamente. Hay algunas situaciones de facturación que pueden requerir una explicación o una descripción del servicio facturado (por ejemplo, códigos no listados de Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS], modificadores, etc.). Si incluye una carta para indicar que no puede proporcionar la documentación médica, debe proporcionar una persona de contacto, así como un número de teléfono en caso de que se necesiten aclaraciones para el procesamiento de reclamaciones. Usted puede seguir su proceso normal para responder. Esta información puede encontrarse dentro de su carta de ADR.

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

## Apelaciones y solicitudes de sobrepagos de proveedores/ suplidores afectados por un desastre natural

Cuando presente una apelación o responda a una solicitud de sobrepago con First Coast Service Options, se requiere la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Número de ID de Medicare
- Los servicios y/o artículos específicos para los que se solicita la redeterminación
- Fecha de servicio
- El nombre y firma de la parte o el representante de la parte

Si usted fue afectado por los huracanes Irma, Harvey o Maria, y no puede presentar una apelación de reclamaciones oportuna, puede comunicarse con First Coast por escrito para solicitar una extensión. Del mismo modo, si usted no puede responder a tiempo a una solicitud de sobrepago o necesita apelar una solicitud de sobrepago, debe comunicarse con First Coast por escrito.

Todas las solicitudes escritas para extensiones de una apelación o extensiones de solicitud de sobrepago deben incluir lo siguiente en la línea de asunto: "Natural Disaster exception".

Si la información anterior no está disponible o usted no puede enviar una solicitud por escrito, le recomendamos que llame al servicio al cliente del Centro de Contacto del Proveedor para Florida e Islas Vírgenes de los Estados Unidos al (888) 664-4112 (Parte A) o (866) 454-9007 (Parte B) para obtener asistencia adicional. Para Puerto Rico llame al servicio al cliente del Centro de Contacto del Proveedor al (877) 908-8433 (Parte A) o (877) 715-1921 (Parte B) para obtener asistencia adicional.

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

## Ayudas administrativas para las áreas afectadas por el Huracán Harvey

Si usted fue afectado por el Huracán Harvey y no puede presentar una apelación oportuna de reclamaciones, por favor, póngase en contacto con su contratista administrativo de Medicare. (<http://go.usa.gov/cuX3x>).

### Servicios de Rehabilitación

## CMS publica página web acerca del Acuerdo de Resolución de Jimmo

¿Está buscando información acerca del Acuerdo de Resolución de Jimmo? Visite la nueva página web del Acuerdo de Resolución de Jimmo (en inglés) en <https://www.cms.gov/Center/Special-Topic/Jimmo-Center.html> para:

- Trasfondo del acuerdo
- Enlaces a recursos
- Preguntas Frecuentes (FAQs)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recuerdan a la comunidad de Medicare del Acuerdo de Resolución de Jimmo (enero de 2013), que aclaró que el programa de Medicare cubre servicios de atención de enfermería especializada y servicios de terapia especializada bajo los beneficios de Medicare de centro de enfermería especializada, salud en el hogar y terapia ambulatoria cuando un beneficiario necesita atención especializada para mantener su función o para prevenir, o para la lenta disminución, o deterioro (siempre que se cumplan todos los demás criterios de cobertura). Específicamente, el Acuerdo de Resolución de Jimmo requirió revisiones manuales para reformular un "estándar de cobertura de mantenimiento" para ambos servicios de enfermería y terapia especializada bajo estos beneficios:

- Los servicios de enfermería especializada serían cubiertos cuando tales servicios de enfermería especializada sean necesarios para mantener la condición actual del paciente o prevenir o retrasar aún más deterioro, siempre y cuando el beneficiario requiera atención especializada para que los servicios sean proporcionados de manera segura y efectiva.

- Los servicios de terapia especializada están cubiertos cuando una evaluación individualizada del estado clínico del paciente demuestra que el juicio, el conocimiento y las habilidades especializadas de un terapeuta cualificado ("atención especializada") son necesarios para el desempeño de un programa de mantenimiento seguro y eficaz. Este programa de mantenimiento para mantener la condición actual del paciente o para prevenir, o retrasar aún más deterioro está cubierto siempre y cuando el beneficiario requiera atención especializada para el funcionamiento seguro y eficaz del programa.

El Acuerdo de Resolución de Jimmo puede reflejar un cambio en la práctica para aquellos proveedores, adjudicadores y contratistas que pueden haber creído erróneamente que el programa de Medicare cubre servicios de enfermería y terapia bajo estos beneficios solo cuando se espera que el beneficiario mejore.

El Acuerdo es consistente con las regulaciones del programa de Medicare que rigen la enfermería de mantenimiento y la terapia en centros de enfermería especializada, servicios de salud en el hogar y terapia ambulatoria (física, ocupacional y del habla) y enfermería y terapia en hospitales de rehabilitación para pacientes internos para beneficiarios que necesiten el nivel de cuidado que dichos hospitales proveen.

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



MSP

## Facturación en situaciones de seguro de responsabilidad civil del pagador secundario de Medicare

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: SE17018  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Este artículo está basado en información recibida de beneficiarios de Medicare, sus asesores legales, y otras entidades que ayudan a estas personas, indicando que los proveedores, médicos y otros suplidores que eligen solicitar el pago de la reclamación del seguro de responsabilidad civil del beneficiario en lugar de presentar la reclamación por artículos o servicios a Medicare generalmente no han sido facturados de acuerdo con las instrucciones proporcionadas o mencionadas en este artículo.

Las preguntas frecuentes en este artículo están

destinadas a recordarles a los proveedores, médicos, y otros suplidores acerca de la orientación fundamental que rige la facturación donde un seguro de responsabilidad civil (incluyendo auto seguro) está involucrado.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17018.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> artículo SE17018

*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.*

## Aceptar pago de los pacientes que tienen un acuerdo de reserva de Medicare

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: SE17019  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Este artículo está dirigido a proveedores, médicos y otros suplidores a quienes les dicen los pacientes que deben pagar la factura ellos mismos porque tienen un acuerdo de reserva de Medicare de compensación del trabajador (WCMSA), un acuerdo de reserva de Medicare de seguro de responsabilidad civil (LMSA), o un acuerdo de reserva de Medicare de seguro sin culpa (NFMSA).

Cuando un paciente que es beneficiario de Medicare:

- Indica que él/ella estuvo involucrado en un seguro de responsabilidad civil, un seguro sin culpa, o en una situación de compensación al trabajador;
- Indica que él/ella debe utilizar los fondos de la liquidación, sentencia, adjudicación u otro pago para pagar por los artículos o servicios relacionados con lo reclamado o que la liquidación, sentencia, adjudicación u otro pago;

Es apropiado para usted el documentar sus registros con esa información y aceptar pago directamente del paciente para dichos servicios.

### Información adicional



El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17019.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> artículo SE17019

*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*

## Ambulancia

# Actualización del manual para restaurar las instrucciones de múltiples pacientes en un viaje

Número de *MLN Matters*®: MM10245  
 Número de petición de cambio relacionado: 10245  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de septiembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 2 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3855CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

La petición de cambio 10245 alerta a los proveedores que las instrucciones de ambulancia del Capítulo 15, Sección 30.1.2 de la versión actual del *Medicare Claims Processing Manual* (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare) relacionadas a “múltiples pacientes en un viaje” fueron omitidas inadvertidamente y se están restaurando. El lenguaje omitido que se está añadiendo de nuevo se detalla en el artículo y en la CR.

### 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/MM10245.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10245, 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/R3855CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3855, CR 10245

*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 la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Número de *MLN Matters*®: MM9980 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9980  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de agosto de 2017  
 Fecha de efectividad: 13 de abril de 2015  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3835CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

*La petición de cambio 9980 publica nuevos códigos e instrucciones de facturación para la detección de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por reclamaciones procesadas a partir del 2 de octubre de 2017. Este artículo fue revisado el 17 de agosto para reflejar una CR 9980 revisada, emitida el 16 de agosto. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR 9980 fueron revisados.*

### Resumen

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

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

### Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9980, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3835CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3835, CR 9980

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



## Apelaciones

# Revisión al 'Manual de Administración Financiera de Medicare' con respecto a la limitación de la recuperación

Número de *MLN Matters*®: MM9815 Revisado  
Número de petición de cambio relacionado: CR9815  
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de septiembre de 2017  
Fecha de efectividad: 2 de abril de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R293FM  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

La petición de cambio 9815 actualiza el 'Manual de Administración Financiera de Medicare' con respecto a las limitaciones en la recuperación de ciertos sobrepagos. Este artículo fue revisado el 15 de septiembre para reflejar una CR actualizada, la cual corrige errores de formato en las instrucciones del manual. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la transmisión cambiaron. Toda la demás información permanece igual.

### Resumen

La petición de cambio 9815 actualiza el *Medicare Financial Management Manual* (Manual de Administración Financiera de Medicare) con respecto a la limitación de la recuperación. La sección 1893(f)(2)(a) de la Ley del Seguro Social y la provisión en la Ley de Medicamentos Recetados, Mejoramiento y Modernización de Medicare de 2003 (MMA) prohíbe recobrar sobrepagos de Medicare de un proveedor o suplidor que busque una reconsideración de un contratista independiente cualificado.

El contratista administrativo de Medicare (MAC) cesará la recuperación o no comenzará la recuperación cuando reciba una solicitud de redeterminación o reconsideración válida a tiempo en un sobrepago sujeto a estas limitaciones.

### 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/MM9815.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9815, 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/R293FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 0293, CR 9815

*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.*

## Códigos de Procedimiento

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

Número de *MLN Matters*®: MM10141  
Número de petición de cambio relacionado: 10141  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de agosto de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3842CP  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018; los contratistas con la capacidad para hacerlo aplicarán a partir del 1 de octubre de 2017

### Resumen

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

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

La petición de cambio (CR) 10141 ordena a los contratistas administrativos de Medicare implementar el conjunto actualizado de HPTC del NUCC lo antes posible

después del 1 de octubre 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/MM10141.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10141, 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/R3842cp.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3842, CR 10141

*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.*

**MMA**

## Una guía del médico para la Parte D de Medicare de los programas de Manejo de Medicamentos para Terapias

Número de *MLN Matters*®: SE1229 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

*Este artículo proporciona un conocimiento de los cambios en los programas de Medicare de Parte D de Manejo de Medicamentos para Terapias que afectarán a los pacientes de Medicare, y le presenta nuevos formularios que los pacientes posiblemente compartan con usted. Este artículo fue revisado el 24 de agosto de 2017 para proporcionar información actualizada, principalmente en la nueva sección “Modelo Mejorado de Parte de Manejo de Medicamentos para Terapias” en la página cinco. Toda la demás información no ha cambiado.*

**Resumen**

Efectivo en enero de 2013, los pacientes de Medicare inscritos en la Parte D de Medicare de los programas de Manejo de Medicamentos para Terapias (MTM) reciben un resumen estandarizado impreso, formulario CMS-10396, como una referencia acerca de la revisión exhaustiva de su medicación. Este resumen incluye una carta de presentación, el plan de acción de la medicación, y la lista de medicamentos personales. Se recomienda que sus

pacientes compartan estos documentos con usted y con otros proveedores del cuidado de la salud en sus visitas regulares y se soliciten las actualizaciones según sea necesario. Usted también puede ser contactado por los proveedores de MTM a quienes se les requiere controlar los medicamentos de terapias para los pacientes de todos sus proveedores del cuidado de la salud. Esto puede dar lugar a las recomendaciones que se comparten con usted acerca de las interacciones inseguras o peligrosas y las alternativas terapéuticas. Sus pacientes también pueden recibir recomendaciones sobre el uso apropiado de medicamentos.

**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/SE1229.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1229

*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*

**Tarifas**

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

Número de *MLN Matters*®: MM10248  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10248  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de septiembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3859CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

**Resumen**

Las tarifas fijas de los equipos médicos duraderos, prostéticos, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) se actualizan trimestralmente para implementar los montos de tarifas fijas para los códigos nuevos y existentes, según corresponda, y aplicar cambios en las políticas de pago. Este artículo proporciona información acerca del siguiente artículo procesado por el contratista regional de DME:

- El código K0861 RR KF se elimina del archivo de tarifas fijas.

**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/mm10248.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10248, 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/R3859CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3859, CR 10248

*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 del pago de subsidio para la vacuna contra la influenza para la temporada de 2017-2018

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10224  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10224  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de agosto de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de agosto de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3837CP  
Fecha de implementación: A no más tardar del 2 de octubre de 2017

### Resumen

La petición de cambio 10224 publica una lista de códigos de procedimiento y fechas de vigencia para las cuales se dispone de pago de subsidios para las vacunas contra el virus de la influenza estacional.

Los límites de pago de subsidio de la Parte B de Medicare para las vacunas contra la influenza y el neumococo son el 95 por ciento del promedio de precio de venta al por mayor (AWP), como se refleja en los compendios publicados.

**Nota:** Una lista de códigos de procedimiento y fechas de vigencia para las cuales se dispone de pago de subsidios para las vacunas contra el virus de la influenza para la temporada de la gripe de 2017-2018 se puede encontrar (en inglés) en:

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Part-B-Drugs/McrPartBDrugAvgSalesPrice/VaccinesPricing.html>.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10224.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10224, 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/R3837cp.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3837, CR 10224

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

## Actualización de octubre a la base de datos de tarifa fija de médicos de Medicare de 2017

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10222  
Número de petición de cambio relacionado: 10222  
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de agosto de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3838CP  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10222 agrega los códigos de procedimiento 0006U, 0007U, 0008U, 0009U, 0010U, 0011U, 0012U, 0013U, 0014U, 0015U, 0016U, y 0017U a la MPFS con el código de cobertura de C (criterio de operador) efectivo para las fechas de servicio en y después del 1 de agosto de 2017. Estos códigos no tienen RVUs o precios desarrollados en este momento. La cobertura y el pago serán determinados por el contratista administrativo de Medicare.

Los contratistas no buscarán sus archivos para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o para pagar las reclamaciones de manera retroactiva, sin embargo, ajustarán las reclamaciones que lleven a su atención. De acuerdo con el Medicare Claims Processing Manual (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 30.1, esto

debe ser considerado el aviso de 30 días de un cambio a la tarifa fija de médicos de Medicare de 2017 programada para el 2 de octubre de 2017.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10222.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10222, 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/R3838CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3838, CR 10222

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



**EDI**

## Actualización de los códigos de categoría de estado de reclamación y los códigos de estado de reclamación

Número de *MLN Matters*®: MM10132  
 Número de petición de cambio relacionado: 10132  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de agosto de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3839CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

Después de la reunión de septiembre/octubre del Comité Nacional de Mantenimiento de Códigos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de categoría de estado de reclamación y los códigos de estado de reclamación de Medicare.

Los conjuntos de códigos estarán disponibles (en inglés) en:

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

Los cambios de código aprobados en la reunión de septiembre/octubre de 2017 se publicarán en los sitios anteriores en o alrededor del 1 de noviembre y se utilizarán en la edición de todas las transacciones de

reclamación electrónica mediante la implementación de la petición de cambio 10132, prevista para el 2 de enero de 2018.

### 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/MM10132.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10132, 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/R3839CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3839, CR 10132

*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.*

## Reglamento del CORE 360 del uso uniforme de los CARC, RARC y CAGC

Número de *MLN Matters*®: MM10140  
 Número de petición de cambio relacionado: CR10140  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de agosto de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3841CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10140 ordena a los contratistas administrativos de Medicare y a los administradores del sistema compartido que actualicen los sistemas basados en la publicación del reglamento de las normas de funcionamiento para el intercambio de información (CORE) 360, del uso uniforme de los códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC), códigos de observación de remesas de pago (RARC) y grupo de códigos de ajuste de reclamación (CAGC). Estas actualizaciones del sistema se basan en la lista de combinación de códigos del CORE que se publicará el o alrededor del 1 de octubre de 2017.

Medicare puede utilizar cualquier combinación de códigos si el escenario empresarial no es uno de los cuatro escenarios de negocios definidos por el CORE. Con los

cuatro escenarios empresariales definidos por el CORE, Medicare debe utilizar las combinaciones de códigos de las listas publicadas por el CAQH del CORE.

### 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/MM10140.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10140, 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/R3841cp.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3841, CR 10140

*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

# Prohibido facturar el balance a beneficiarios cualificados de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1128 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

*Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Este artículo fue revisado el 23 de agosto para resaltar los próximos cambios del sistema que identifica el estado de QMB de los beneficiarios y la exención del costo compartido de Medicare, recomiendan maneras clase de promover el cumplimiento de las reglas de facturación de QMB, y recordar a ciertos tipos de proveedores que pueden solicitar el reembolso de las cantidades no pagadas de deducible y coseguro como una deuda incobrable de Medicare.*

### Resumen

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Esto incluye deducible, coseguro y copagos, conocidos como

“balance billing.” La sección 1902(n)(3)(B) del Social Security Act, según lo modificado por la sección 4714 del Balanced Budget Act de 1997, prohíbe a los proveedores de Medicare facturar el balance a los QMB por el costo compartido de Medicare. Los QMB no tienen obligación legal para hacer pago adicional a un proveedor o al plan de salud administrado por Medicare por el costo compartido de Parte A o Parte B.

**Los proveedores que facturen inapropiadamente a los QMB por el costo compartido de Medicare están sujetos a sanciones.**

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1128.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1128

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

# Informes de la OIG resaltan problemas de facturación de hospitales

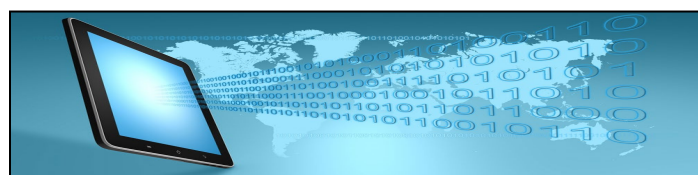
Número de *MLN Matters*®: SE17017  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Este artículo de edición especial publica información acerca de los informes de la Oficina del Inspector General (OIG), que se enfocan en reclamaciones para lo siguiente:

**Uso indebido del modificador 59:** La OIG encontró que en la facturación para cateterismos de corazón derecho (RHC) con biopsias de corazón para pacientes ambulatorios, los hospitales a menudo utilizaron el modificador 59 indebidamente.

**Codificación de procedimiento incorrecto para ventilación mecánica:** Algunos hospitales facturaron grupos relacionados por diagnóstico y severidad de Medicare de pacientes hospitalizados (MS-DRGs) que indicaron una estadía donde 96 o más horas consecutivas de ventilación mecánica fue provista al beneficiario, cuando que la duración indicada para el potencial



estimado del procedimiento de ventilación mecánica es cuatro días o menos.

### 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/SE17017.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17017

*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 anual de 2018 de los códigos del HCPCS para la facturación consolidada del centro de enfermería

Número de *MLN Matters*®: MM10262  
 Número de petición de cambio relacionado: 10262  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de septiembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3857CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) anunciaron recientemente que publicarán, en diciembre, la actualización anual de 2018 de los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para la facturación consolidada del centro de enfermería especializada (SNF CB).

Para la primera semana de diciembre de 2017, los nuevos archivos de códigos para el procesamiento del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la Parte B y los nuevos archivos de códigos para el procesamiento de MAC de la Parte A estarán disponibles (en inglés) en <https://www.cms.gov/Medicare/Billing/SNFConsolidatedBilling/index.html>.

Una vez publicado, CMS recomienda grandemente a los proveedores que lean la información “General Explanation of the Major Categories” (“Explicación General de las

Categorías Principales”) ubicada en la parte inferior de la actualización de MAC para comprender las categorías principales, incluyendo las exclusiones adicionales no dirigidas por códigos HCPCS.

### 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/MM10262.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10262, 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/R3857CP.pdf>

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3857, CR 10262

*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 anual de la tarifa por suministro de factor de coagulación

Número de *MLN Matters*®: MM10254  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10254  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de septiembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3862CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la tarifa de 2018 para los servicios relacionados con la administración de factores de coagulación a los beneficiarios de Medicare.

Para el 2018, la tarifa por suministro de factor de coagulación de \$0.215 por unidad se incluye en el límite de pago publicado. CMS incluye la tarifa por suministro de factor de coagulación en el límite de pago nacional publicado para los códigos de facturación de factor de coagulación.

### 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/MM10254.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR)



10254, 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/R3862CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3862, CR 10254

*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>

#### Octubre de 2017

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0385643.asp>

##### Medicare Speaks 2017 Jacksonville

Cuando: 17-18 de octubre de 2017  
Hora: 7:30 a.m.-4:15 p.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](https://medicareespanol.fcso.com/medicare_speaks/0371649.asp)

##### Codificación de E/M: Códigos de hospital (B)

Cuando: 26 de octubre de 2017  
Hora: 11:30 a.m.-12:30 p.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/0387649.asp>

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

### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

#### Nota:

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_

Título del registrante: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de email: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

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

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



## MLN Connects® para el 24 de agosto de 2017

*MLN Connects® para el 24 de agosto de 2017*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticias y anuncios

- CMS Publica Página Web de Acuerdo de Resolución de Jimmo (Jimmo Settlement Agreement)

### Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS: Servicios Preventivos

### 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
- Llamada acerca de los Reglamentos de Facturación del Programa de Beneficiarios de Medicare Cualificados — 19 de septiembre
- Llamada acerca de Reportar Datos de Calidad de Hospicio: Consejos para el Cumplimiento — 20 de

septiembre

- Llamada acerca de PQRS: Reportes de Retroalimentación y Proceso de Revisión Informal para los Resultados del PY 2016 — 26 de septiembre
- Llamada acerca de Comparación de Médicos — 28 de septiembre
- Webinar acerca de Reporte Comparativo de Facturación sobre el Modificador 25 Dermatología — 11 de octubre

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Folleto acerca de Inmunizadores de Masas y Listas de Facturación — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Beneficiarios en Custodia Bajo una Autoridad Penal — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Cambios en los Servicios de Manejo de Cuidados Crónicos para 2017 – 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 31 de agosto de 2017

*MLN Connects® para el 31 de agosto de 2017*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticias y anuncios

- Nuevo PEPPER Disponible para Hospitales de Cuidado Intensivo de Corto Plazo
- Documento de Actualización de Comparación de Hospicio Disponible
- Participe en Pruebas de Páginas Web del Programa de Calidad de Pago
- Junta de Departamental de Apelaciones: Presente Retroalimentación
- Corrección a la Guía de Implementación de QRDA III para Médicos Elegibles y Profesionales Elegibles

### Cumplimiento del proveedor

- Facturación para Trasplantes de Células Madres

### 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
- Llamada acerca de los Reglamentos de Facturación del Programa de Beneficiarios de Medicare Cualificados — 19 de septiembre
- Llamada acerca de Reportar Datos de Calidad de Hospicio: Consejos para el Cumplimiento — 20 de septiembre
- Llamada acerca de PQRS: Reportes de Retroalimentación y Proceso de Revisión Informal para los Resultados del PY 2016 — 26 de septiembre

- Llamada acerca de Comparación de Médicos — 28 de septiembre

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Llamada acerca de la Ley IMPACT: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de La Guía Médica de Medicare para la Parte D de Programas de Manejo de Terapia de Medicación — Revisado
- Herramienta Educativa de Póster de Servicios Preventivos — Revisado
- Herramienta Educativa de 2017: Costos de Medicare en un Vistazo — Recordatorio
- Herramienta Educativa de Conjunto de Productos y Recursos para Proveedores de Salud Rural — Recordatorio
- Hoja Informativa del Sistema de Pago Prospectivo para Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados — Recordatorio
- Hoja Informativa de Tarifas Fijas de Médicos — Recordatorio
- Hoja Informativa de Servicios de Telesalud — Recordatorio
- Hoja Informativa de Servicios de Manejo de Cuidado Transicional — Recordatorio
- Hoja Informativa de Centros de Salud Federalmente Cualificados — Recordatorio
- Hoja Informativa de Clínicas de Salud Rural — Recordatorio
- Folleto de Beneficios de Salud en el Hogar de Medicare — Recordatorio
- Folleto de Hospitales de Acceso Crítico — Recordatorio

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

## MLN Connects® -- Edición Especial

Jueves, 31 de agosto de 2017

### En esta edición:

- [CMS ayudando a Texas y Luisiana con la recuperación del Huracán Harvey](#)
- [Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Texas causado por el huracán Harvey -- Nuevo](#)
- [Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Luisiana causado por la tormenta tropical Harvey -- Nuevo](#)

### CMS ayudando a Texas y Luisiana con la recuperación del Huracán Harvey

El 30 de agosto de 2017, la Administradora de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Seema Verma, anunció los esfuerzos que están en marcha para apoyar a Texas y Luisiana en respuesta al huracán Harvey. A principios de esta semana, el Secretario de Salud y Servicios Humanos Tom Price, MD, declaró emergencias de salud pública en ambos estados. Las acciones incluyen renunciar temporalmente o modificar ciertos requerimientos de Medicare, Medicaid y del Programa de Seguro de Salud de Niños (CHIP) para proporcionar alivio inmediato a los afectados por el huracán y las inundaciones resultantes.

“A la luz del desastre natural que todavía se está desarrollando en Texas y Luisiana, CMS está comprometido a actuar con la mayor rapidez y eficacia posible para que los Estados puedan continuar asegurando que las necesidades vitales de salud de nuestros beneficiarios más vulnerables no sean interrumpidas”, dijo Seema Verma. “CMS está en constante comunicación con los funcionarios de Texas y Luisiana para asegurarse que estamos haciendo todo lo posible para apoyar a aquellos en el camino de esta histórica y devastadora tormenta”.

CMS y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos están trabajando en cercana coordinación con la Red de Respuesta a Emergencias de la Comunidad de Riñones (KCER) y los Estados de Texas y Luisiana para asegurar que los beneficiarios tengan acceso a los centros para proporcionar sus tratamientos. A medida que la respuesta de CMS continúa, otros esfuerzos incluyen, apoyar a Texas y Luisiana en la organización de centros de diálisis renal de propósito especial, el transporte de pacientes a los centros y el arreglo de abrir nuevos centros para servir a los beneficiarios sin interrupción. En Texas, CMS está coordinando con la fuerza de trabajo en el terreno que se preocupa por los pacientes renales para asegurar que hay suficientes centros para atender a los beneficiarios que necesitan diálisis. La agencia está aceptando solicitudes de proveedores de enfermedad renal en estado terminal para convertirse en un centro de diálisis renal de propósito especial temporal (SPRDF).

Desde que se declararon las emergencias de salud pública, CMS ha ofrecido acciones inmediatas de alivio administrativo a Texas y Luisiana, incluyendo la emisión de varias exenciones generales de ciertos requerimientos para tipos específicos de proveedores en condados y áreas geográficas afectadas. Estas exenciones trabajan para evitar brechas en el acceso al cuidado de los beneficiarios.

- **Centros de Enfermería Especializada (SNF):** CMS ofrece exención a los requerimientos para una hospitalización previa de tres días antes de la admisión para poder recibir servicios de SNF de Medicare y provee cobertura de emergencia temporal de servicios de SNF sin una estadía hospitalaria cualificada para personas que son evacuadas, transferidas, o de otra manera, relocalizadas debido al huracán Harvey. Algunas personas con beneficios de Medicare que hayan recientemente agotado sus beneficios de SNF están autorizados para cobertura renovada sin primero haber comenzado un nuevo periodo de beneficios.
- **Agencias de Salud en el Hogar:** Esta exención de CMS provee alivio a las agencias de salud en el hogar en los periodos de tiempo relacionados para completar la Transmisión del OASIS (datos de evaluación).
- **Hospitales de cuidado crítico (CAH):** CMS ofrece exención a los requerimientos que limitan el número de camas de pacientes a 25, y permite la duración de las estadías más allá del límite de tiempo cubierto de 96 horas.

Con la emergencia de salud pública en efecto, CMS también puede ofrecer exención o modificar ciertas provisiones de Medicare para los proveedores, incluyendo algunas fechas límites, condiciones de participación y requerimientos de certificación. Los proveedores ahora pueden presentar peticiones de exención a la agencia estatal de encuestas o la oficina regional de CMS y ellos serán evaluados para asegurarse que cumplen con los requerimientos establecidos por la ley. Para ayudar a aclarar instrucciones de facturación, CMS ha emitido dirección técnica a los contratistas administrativos de Medicare en cuanto a las exenciones y les ha recordado de los planes de área de Medicare Advantage acerca de sus responsabilidades para aliviar ciertos requerimientos durante un desastre o emergencia.

CMS continuará trabajando con los estados de Texas y Luisiana. La agencia continúa actualizando nuestra [página de emergencia \(www.cms.gov/emergency\)](#) (en inglés) con información importante para oficiales locales y estatales, proveedores, centros de salud y el público.

Para leer actualizaciones previas acerca de las

Ver **MLN**, en la página 18



## MLN Connects® para el 7 de septiembre de 2017

MLN Connects® para el 7 de septiembre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

### Noticia y anuncios

- Reportes Preliminares de Proveedores de Hospicios Disponibles hasta el 28 de Septiembre
- Reportes Preliminares de Proveedores de IRF y LTCH: Revisión para el 30 de Septiembre
- Repaso Trimestral de Comparación de IRF y LTCH
- Herramienta de Mapeo de Disparidades de Medicare: Mejoras de 2017 Publicada
- Datos de Utilización y Pago de 2015 para Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios Disponibles
- Mes de Healthy Aging®: Discuta los Servicios Preventivos con sus Pacientes

### Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS acerca de Fusión Espinal Lumbar — Recordatorio

### Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de Precios Promedio de Ventas de Octubre de 2017 Disponibles

### Próximos eventos

- Webinar acerca de Visión General del MIPS para Prácticas Pequeñas, Rurales y Marginadas — 8 de septiembre
- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca de Proyecto de Nueva Tarjeta de Medicare: Cámaras de Compensación y Vendedores — 12 de septiembre
- Llamada acerca de los Reglamentos de Facturación del Programa de Beneficiarios de Medicare Cualificados — 19 de septiembre
- Llamada acerca de Reportar Datos de Calidad de Hospicio: Consejos para el Cumplimiento — 20 de septiembre
- Llamada acerca de PQRS: Reportes de Retroalimentación y Proceso de Revisión Informal para los Resultados del PY 2016 — 26 de septiembre
- Llamada acerca de Comparación de Médicos — 28 de septiembre

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Programa de Medicare de Prevención de la Diabetes: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo

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

## MLN De la página 17

actividades de HHS relacionadas al huracán Harvey, por favor visite <https://www.hhs.gov/about/news> (en inglés).

Para aprender más acerca de los recursos de HHS relacionados al huracán Harvey, por favor visite <https://www.hhs.gov/hurricane-harvey> (en inglés).

### Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Texas causado por el huracán Harvey -- Nuevo

El Presidente declaró un estado de emergencia para Texas y el Secretario de HHS declaró una emergencia de salud pública para Texas la cual le permite a CMS ofrecer exenciones programáticas basadas en la Sección 1135 de la Ley del Seguro Social. Un artículo de edición especial de MLN Matters acerca de las [reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Texas causado por el huracán Harvey](#) (en inglés) está disponible. Aprenda acerca de exenciones generales que CMS ha emitido en los condados y áreas geográficas afectadas en Texas. Estas exenciones evitarán brechas en la cobertura de los beneficiarios afectados por la emergencia.

Visite la página web de [Huracanes](#) (en inglés) para información actualizada en políticas de emergencia temporales y exenciones. Solicitud de exenciones adicionales están siendo revisadas, y la página web será

actualizada según se tomen decisiones.

### Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Luisiana causado por la tormenta tropical Harvey -- Nuevo

El Presidente declaró un estado de emergencia para Luisiana y el Secretario de HHS declaró una emergencia de salud pública para Luisiana la cual le permite a CMS ofrecer exenciones programáticas basadas en la Sección 1135 de la Ley del Seguro Social. Un artículo de edición especial de MLN Matters acerca de las [reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Luisiana causado por la tormenta tropical Harvey](#) (en inglés) está disponible. Aprenda acerca de exenciones generales que CMS ha emitido en los condados y áreas geográficas afectadas en Texas. Estas exenciones evitarán brechas en la cobertura de los beneficiarios afectados por la emergencia.

Visite la página web de [Huracanes](#) (en inglés) para información actualizada en políticas de emergencia temporales y exenciones. Solicitudes de exenciones adicionales están siendo revisadas, y la página web será actualizada según se tomen decisiones.

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

## MLN Connects® -- Edición Especial

Lunes, 11 de septiembre de 2017

### Noticias:

#### **Artículo de MLN Matters® acerca de reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Carolina del Sur y Georgia causado por el huracán Irma -- Nuevo**

El Presidente declaró un estado de emergencia para los estados de Carolina del Sur y Georgia y el Secretario de HHS declaró una Emergencia de Salud Pública que le permite a CMS exenciones programáticas basados en la Sección 1135 de la Ley del Seguro Social. Un artículo de edición especial de MLN Matters® acerca de [reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre](#)

[en Carolina del Sur y Georgia causado por el huracán Irma](#) (en inglés) está disponible. Obtenga información acerca de las exenciones generales emitidas por CMS para los condados y áreas geográficas afectadas. Estas exenciones evitarán brechas en el acceso al cuidado de los beneficiarios afectados por la emergencia.

Verifique la página web de [Hurricanes](#) (en inglés) para información actual acerca de políticas y exenciones de emergencia temporales.

[Vea esto como PDF](#) (en inglés).

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

## MLN Connects® -- Edición Especial

Lunes, 11 de septiembre de 2017

### Noticias:

#### **Artículo de MLN Matters® acerca de reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el estado libre asociado de Puerto Rico y el estado de Florida causado por el huracán Irma -- Nuevo**

El Presidente declaró un estado de emergencia para las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el estado libre asociado de Puerto Rico y el estado de Florida, y el Secretario de HHS declaró una Emergencia de Salud Pública que le permite a CMS exenciones programáticas basados en la Sección 1135 de la Ley del Seguro Social. Un artículo de edición especial de MLN Matters® acerca de

[reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Puerto Rico y Florida causado por el huracán Irma](#) (en inglés) está disponible. Obtenga información acerca de las exenciones generales emitidas por CMS para los condados y áreas geográficas afectadas. Estas exenciones evitarán brechas en el acceso al cuidado de los beneficiarios afectados por la emergencia.

Verifique la página web de [Hurricanes](#) (en inglés) para información actual acerca de políticas y exenciones de emergencia temporales.

[Vea esto como PDF](#) (en inglés).

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 14 de septiembre de 2017

[MLN Connects® para el 14 de septiembre de 2017](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

### Noticia y anuncios

- Programa de Pago de Calidad: Nuevos Recursos Disponibles
- Septiembre es el Mes de la Concientización del Cáncer de Próstata

### Cumplimiento del proveedor

- Facturando por Transportes de Ambulancia — Recordatorio

### Próximos eventos

- Llamada acerca de los Requisitos de Facturación del Programa de Beneficiarios de Medicare Cualificados — 19 de septiembre
- Llamada acerca de Reportar Datos de Calidad de Hospicio: Consejos para el Cumplimiento — 20 de septiembre

- Llamada acerca de PQRS: Reportes de Retroalimentación y Proceso de Revisión Informal para los Resultados del PY 2016 — 26 de septiembre
- Llamada acerca de Comparación de Médicos — 28 de septiembre

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters® acerca de Informes de la OIG Resaltan Problemas de Facturación de Hospitales — Nuevo
- Folleto de Suplidores de DMEPOS para PECOS — Recordatorio
- Herramienta Educacional de Recursos de Inscripción 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 21 de septiembre de 2017

*MLN Connects® para el 21 de septiembre de 2017*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticia y anuncios

- Transición a los Nuevos Números y Tarjetas de Medicare
- Reportes de Retroalimentación de PQRS de 2016 y QRURs Anuales Disponibles
- Reportes Preliminares de Proveedores de Hospicios Disponibles hasta el 28 de septiembre
- Reportes Preliminares de Proveedores de IRF y LTCH: Revisión para el 30 de septiembre
- Nueva Dirección de RFI del Centro de Innovación de CMS: Presentar Comentarios para el 20 de noviembre
- Demostración de Apelaciones de DME: Responder a Cartas de Solicitud para Reabrir Documentación
- Manejo de Cuidado Crónico: Videos de Cuidado Conectado
- Programa de Pago de Calidad: Solicitud de Exención en Tiempo de Dificultad para el Año de Transición 2017 Disponible
- Programas de Reporte de Calidad de Hospital: Apéndice de Conjunto de Valores de eCQM Disponible

### Cumplimiento del proveedor

- Reclamaciones de Hospital de Medicare: Evite Errores de Codificación

### Próximos eventos

- Llamada acerca de PQRS: Reportes de Retroalimentación y Proceso de Revisión Informal para los Resultados del PY 2016 — 26 de septiembre
- Llamada acerca de Comparación de Médicos — 28 de septiembre
- Ley IMPACT y Coordinación para Mejorar el Cuidado: Foro Especial de Puertas Abiertas — 28 de

septiembre

- Webinar acerca de QRP de SNF: Reporte Confidencial de Retroalimentación acerca de Medidas Basadas en Reclamaciones — 28 de septiembre
- Llamada acerca de Agencias de Salud en el Hogar: Algoritmos de Clasificación de Estrellas de la Calidad del Cuidado del Paciente — 10 de octubre
- Webcast acerca de QRURs Anuales de 2016 — 19 de octubre

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Llamada acerca de la Ley IMPACT: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare Relacionadas con el Desastre en Texas Causado por el Huracán Harvey — Actualizado
- Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare Relacionadas con el Desastre en Luisiana Causado por la Tormenta Tropical Harvey — Actualizado
- Artículo de MLN Matters acerca de Reclamaciones de Medicare Relacionadas con el Desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Estado de Florida Causado por el Huracán Irma — Actualizado
- Artículo de MLN Matters acerca de reclamaciones de Medicare Relacionadas con el Desastre en Carolina del Sur y Georgia Causado por el Huracán Irma — Actualizado
- Artículo de MLN Matters acerca de Prohibición en Facturación Dual para Individuos Elegibles Inscritos en el Programa de QMB — Revisado
- Hoja Informativa de Cirugía Global — Revisado

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

## MLN Connects® -- Edición especial

**Jueves, 21 de septiembre de 2017**

**En esta edición:**

**Artículo de MLN Matters® acerca de Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico causado por el Huracán María — Nuevo**

El Presidente declaró un estado de emergencia para las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y el Secretario de HHS declaró una Emergencia de Salud Pública que permite exenciones programáticas basadas en la Sección 1135 de la Ley de Seguro Social.

Un Artículo de MLN Matters® de Edición Especial acerca de las *Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico causado por el Huracán María* (en inglés) está disponible. Aprenda acerca de exenciones generales emitidas por CMS para las áreas geográficas impactadas. Estas exenciones prevendrán brechas en el acceso al cuidado para beneficiarios impactados por la emergencia.

Visite la página web de *Huracanes* (en inglés) para información actualizada acerca de políticas temporeras de emergencia y exenciones.

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



**PARD**

## Extensiones para los proveedores de la Parte A afectados por los huracanes Harvey e Irma

El Departamento de Auditoría y Reembolso del Proveedor (PARD) de First Coast Service Options (First Coast) anuncia extensiones para reenviar ciertos datos de la Hoja de Trabajo S-10 y presentar reportes de costos para ayudar a aliviar la carga del proveedor.

### Fecha límite de la Hoja de Trabajo S-10

Para los hospitales de Florida, Puerto Rico, Texas, Luisiana, Georgia y Carolina del Sur, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han modificado la fecha límite del 30 de septiembre de 2017 para volver a enviar ciertos datos de la Hoja de Trabajo S-10, como se describe en el reglamento final del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados/Sistema de Pago Prospectivo de Cuidado Hospitalario Prolongado (82 FR 38208, 14 de agosto de 2017). Para que las revisiones sean consideradas, First Coast debe recibir los reportes de costos modificados de los años fiscales 2014 y 2015 debido a las presentaciones revisadas o iniciales de la Hoja de Trabajo S-10 para el 31 de octubre de 2017. Si First Coast ya ha emitido la Notificación de Reembolso del Programa (NPR) para el reporte de costos, envíe la documentación de soporte de la Hoja de Trabajo S-10 al gerente de auditoría de First Coast para su centro antes del 31 de octubre de 2017.

Si está presentando un reporte de costos modificado,

por favor siga el proceso normal para presentar reportes de costos modificados y originales. Tan pronto como se determine que se presentará un reporte de costos modificado, notifique al gerente de auditoría de First Coast de su centro para que puedan detener la emisión del NPR. Si tiene dificultades para cumplir con este plazo extendido del 31 de octubre de 2017, comuníquese con la Gerente de Reembolso de First Coast, Estarlina Ortiz a [Estarlina.Ortiz@fcsso.com](mailto:Estarlina.Ortiz@fcsso.com) o comuníquese con el gerente de auditoría de First Coast asignado a su centro. Se puede conceder una extensión adicional si CMS determina que está garantizado.

### Fecha límite del reporte de costos

First Coast también ampliará la fecha límite de los reportes de costos a los proveedores afectados por los huracanes Harvey e Irma para permitir un tiempo adicional para presentarlos sin tener interrupciones en los pagos. Para solicitar una extensión, los proveedores deben comunicarse con Estarlina Ortiz, Gerente de Reembolso de First Coast, a [Estarlina.Ortiz@fcsso.com](mailto:Estarlina.Ortiz@fcsso.com) tan pronto determinen que se necesita una extensión. Para ayuda adicional, visite nuestra página dedicada a [información de desastres](#).

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

**Hospital**

## Requisito de facturación del programa de hospitalización parcial de 20 horas semanales

Número de *MLN Matters*®: SE1607 *Rescindido*  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2016  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: 5 de julio de 2016

*Este artículo fue rescindido el 18 de agosto de 2017*

### Resumen

**Nota:** Este artículo fue rescindido el 18 de agosto 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/SE1607.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1607



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

## Actualización de octubre de 2017 al sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital

Número de *MLN Matters*®: MM10236 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 10236  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de septiembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3864CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

*La petición de cambio (CR) 10236 describe cambios e instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en las actualizaciones del OPPS de octubre de 2017. Este artículo fue revisado el 15 de septiembre para reflejar una CR actualizada, la cual actualiza la sección de política y la información revisada del indicador de estado del OPPS y la APC para el código 0421T. También corrige un error en el indicador de estado del OPPS para Q5102 en la Tabla 5 y añade la Tabla 7.*

### Resumen

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

- Los cambios clave y las instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en las actualizaciones del OPPS de octubre de 2017 son las siguientes:
- Análisis de laboratorio patentado (PLA) códigos CPT® 0006U-0017U
- Facturación para rehabilitación de la enfermedad arterial periférica (PAD)

- Nuevos procedimientos que requieren la inserción de un dispositivo
- Medicamentos, productos biológicos y productos radiofarmacéuticos
- Nuevo modificador para producto biológico biosimilar
- Nueva vacuna contra la gripe
- Reparación de blefaroplastia y blefaroptosis del párpado superior
- Determinaciones de cobertura

### 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/MM10236.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10236, 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/R3864CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3864, CR 10236

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

## Especificaciones para la versión 18.3 del I/OCE de octubre de 2017

Número de *MLN Matters*®: MM10230  
 Número de petición de cambio relacionado: 10230  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de agosto de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3852CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10230 proporciona instrucciones y especificaciones para la versión 18.3 del editor de código de pacientes ambulatorios integrado (I/OCE) utilizado para las reclamaciones del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) y no OPPS. Las especificaciones del I/OCE se publicarán (en inglés) en <https://www.cms.gov/Medicare/Coding/OutpatientCodeEdit/index.html>. Una tabla en el artículo de *MLN Matters*® resume las modificaciones del I/OCE para la publicación de v18.3 de octubre 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/MM10230.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10230, 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/R3852CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3852, CR 10230

*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.*

## Noticias del Proveedor

### Ajuste de volumen bajo de ESRD

Los proveedores de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) pueden ser elegibles para recibir un ajuste de pago de volumen bajo a su tarifa si cumplen con ciertos criterios según delineados en este artículo.

A los proveedores de ESRD que actualmente están recibiendo el ajuste de volumen bajo se les requiere que presenten una Atestación anual antes del 1 de noviembre que precede al próximo año de pago. Las Atestaciones no serán aceptadas luego de la fecha límite del 1 de noviembre.

**Nota:** Las atestaciones pueden ser aceptadas para centros individuales de ESRD solamente. Cada centro debe presentar su propia Atestación. Las listas principales de centros de ESRD que son propiedad de una organización no serán aceptadas. Cada centro debe indicar en su propia atestación que cree que es elegible para el nuevo ajuste de pago de volumen bajo. Si un proveedor determina que ya no está cualificado para recibir el ajuste de volumen bajo para un centro basado en los siguientes criterios, deben de notificarnoslo. Si descubrimos que las reclamaciones han recibido el ajuste de volumen bajo por error, tenemos 6 meses para reprocesar para remover el ajuste de volumen bajo.

#### Criterios de volumen bajo:

1. El centro ha proporcionado menos de 4,000 tratamientos en cada uno de los tres años que preceden el año de pago.  
**Nota:** Los tres años de elegibilidad están basados en años de reporte de costos. Previamente, la elegibilidad para los centros de ESRD que abrieron el 1 de enero de 2011, y después, fueron evaluados al agregarle sus tratamientos con otros centros que estaban dentro de un radio de 25 millas de carretera y estaban bajo propiedad común. Para el CY 2016, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) removieron el derecho adquirido de estos criterios y revisaron el criterio de proximidad geográfica de 25 millas de carretera a cinco millas de carretera. Estos cambios excluyeron los centros de propiedad común que están localizados dentro de cinco millas uno del otro, sin importar cuando abrieron estos centros.
2. El centro no ha abierto, cerrado o ha tenido un cambio de propiedad que resultó en un cambio de PTAN en los tres años que preceden el año de pago.  
\*Por favor revise la CR8898 para cambios acerca de los 4,000 conteos de tratamiento para hospitales que tienen múltiples localidades y cambios a la reglamentación de reporte de costos de 12 meses para proveedores que han tenido un cambio de propiedad sin cambio en el número de acceso del proveedor para transacciones (PTAN).  
**Nota:** El ajuste de volumen bajo aplica solamente para tratamientos de diálisis provisto a adultos (18 años o más).

#### Documentación necesaria:

Para recibir el ajuste de volumen bajo, los proveedores de ESRD deben presentar una atestación firmada por el director general u oficial de su organización para el 1 de noviembre que precede al siguiente año de pago del sistema de pago prospectivo (PPS) de ESRD que incluya la siguiente información:

- Nombre de proveedor
- Número de proveedor de Medicare (PTAN) e Identificador Nacional del Proveedor (NPI)
- Dirección física del proveedor (incluyendo edificio/apartamento/número de cuarto, etc.)
- Fecha de certificación de ESRD
- ¿Su centro es un centro independiente o basado en un hospital?
- ¿Ha abierto, cerrado o ha tenido un cambio en la propiedad en los tres años que preceden al año de pago?
- Si hubo un cambio de propiedad, ¿resultó en un cambio de PTAN?
- ¿Es este ESRD parte una propiedad en común?
- Si es así, por favor provea el nombre de la organización
- Distancia entre el proveedor de ESRD y proveedores de ESRD de propiedad común más cercanos (dentro de cinco millas o menos)
- Número de tratamientos para otros proveedores de ESRD de propiedad común que están a cinco millas o menos uno del otro.
- Nombre de contacto del proveedor (letra impresa por favor)
- Número de teléfono de contacto del proveedor
- Correo electrónico de contacto del proveedor
- Firma del director u oficial

En adición, los proveedores deben presentar su hoja de cálculo C de informe de costo (para proveedores de ESRD independientes) y su hoja de cálculo I-4 de reporte de costo (para proveedores de ESRD basados en hospital) para los tres periodos de reporte de costos de 12 meses que preceden inmediatamente el año de pago de PPS de ESRD. Para los proveedores de ESRD con diciembre 31 como final de año fiscal, por favor provean una proyección del número de tratamientos para el tercer año de elegibilidad. Una vez que se recibe el reporte de costos del 31 de diciembre del año en curso, se verificará el número de tratamientos.

#### Esta notificación debe ser enviada a:

Kathy Town, Auditor Senior  
First Coast Service Options, Inc  
532 Riverside Ave ROC-3C  
Jacksonville, FL 32202

Teléfono: (904) 791-6570

Correo electrónico: <mailto:Kathy.towns@fcsso.com>.

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



## Determinación basada en el proveedor

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10095 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10095  
 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

*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. Este artículo fue revisado el 7 de septiembre para borrar información relacionada a ciertas listas de verificación recibidas. Toda la demás información permanece igual.*

### 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*<sup>®</sup> 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 dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre Medicare. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*

## Sistema de Pago Prospectivo

### Cambios para el FY 2018 del PPS del hospital para pacientes internos y de cuidado prolongado

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10273  
 Número de petición de cambio relacionado: 10273  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de septiembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3858CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) están obligados a hacer actualizaciones anuales de los sistemas de pago prospectivo del hospital para pacientes internos y de cuidado prolongado.

Los cambios de política para el año fiscal 2018 fueron presentados en el *Registro Federal* el 2 de agosto de 2017, con fecha de publicación del 14 de agosto de 2017. Todos los cambios son efectivos para las altas hospitalarias ocurridas en o después del 1 de octubre de 2017 hasta el 30 de septiembre de 2018, a menos que se indique lo contrario.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10273.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10273, 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/R3858CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3858, CR 10273

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

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10145 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10145  
Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de septiembre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R1918OTN  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

*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. Además, esta CR instruye al sistema compartido del intermediario fiscal para permitir el deducible de la Parte A en las reclamaciones de transferencia del mismo día de Medicare como pagador secundario. Este artículo fue revisado el 13 de septiembre para reflejar una CR revisada. Esa CR eliminó un requisito de negocio a los contratistas administrativos de Medicare. La fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la transmisión también cambiaron.*

### 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 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 Medicare como pagador secundario (MSP).

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/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/R1918OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1918, 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 implementa cambios en el sistema de pago prospectivo de centro de rehabilitación para pacientes

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10125  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10125  
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de agosto de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3849CP  
Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente una lista de cambios de reembolso y política para el sistema de pago prospectivo de centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF).

CMS implementará estos cambios, que entrarán en vigencia el 1 de octubre de 2017, con el lanzamiento de un nuevo paquete de software pricer de IRF antes del 1 de octubre de 2017. El software contendrá las tarifas actualizadas efectivas para reclamaciones con descargas a partir del 1 de octubre de 2017 hasta el 30 de septiembre de 2018.

El factor de conversión de pago estándar ajustado del FY 2018 que se utilizará para calcular las tarifas de pago del PPS de IRF para cualquier IRF que no cumpla con los requisitos de reporte de calidad para el período

comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2016 será de \$15,524.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10125.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10125, 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/R3849CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3849, CR 10125

*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.*

## Problemas de Procesamiento

# Reclamaciones se están rechazando por error con los códigos de denegación del CWF U6816, U6817 y U6818

### Problema

First Coast ha identificado reclamaciones de la Parte A que se están rechazando por error con los códigos de denegación del CWF U6816, U6817 y U6818 cuando las reclamaciones de la Parte A se facturan con los códigos CARC aplicables enumerados en la CR 8984 y CR 9009 que permite un pago residual si los servicios facturados están cubiertos y pagaderos por Medicare.

### Resolución

El Sistema Compartido del Intermediario Fiscal (FISS) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) son conscientes de este problema y actualmente están trabajando en una resolución.

### Estado/fecha de resolución

Abierto

### Acción del proveedor

No hay acción del proveedor.

### Problemas de procesamiento actuales

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

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

# Rechazo de reclamaciones con CC DR o modificador CR

### Problema

Los proveedores están reportando el código de intervalo de ocurrencia (OSC) 70 abarcando fechas de 30 días o más antes de la fecha de admisión del Centro de Enfermería Especializada (SNF) (código de razón de recepción 11503) en las reclamaciones con el código de condición DR o el modificador CR.

### Resolución

Los proveedores no deben reportar OSC 70 en reclamaciones facturadas con CC DR o modificador CR. Vea el [documento de preguntas frecuentes de exención 1135](#) (en inglés) sección SNF, pregunta 1135T-4.

### Estado/fecha de resolución

Directrices fueron establecidas en 2011.

### Acción del proveedor

Remueva el OSC 70 cuando reporte CC DR o modificador CR.

### Problemas de procesamiento actuales

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

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

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



–Shirley Knoll, CPC  
Therapy Management Corporation  
Directora de facturación



## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## LCD revisadas

## Programa de hospitalización psiquiátrica parcial -- revisión a la LCD de la Parte A

### LCD ID número: L33972 (Florida/Puerto Rico/ Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el programa de hospitalización psiquiátrica parcial fue revisada para eliminar los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 90875 y 90876 de la sección "Códigos CPT/HCPCS" de la LCD, ya que no están cubiertos por Medicare a nivel nacional.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 31 de agosto de 2017**. 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 de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Lista de medicamentos auto administrados (SAD) -- revisión al artículo de la Parte A y Parte B

### Número de ID de artículo: A52571 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago de Medicare por medicamentos y sustancias biológicas incidentes a el servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable suele ser auto administrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables auto administrados excluidos que afectan al servicio de un médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **en o después del 16 de noviembre de 2017**, los siguientes medicamentos han sido agregados a la lista de medicamentos auto administrados (SAD) del MAC Jurisdicción N (JN)

- Corticotropina, hasta 40 unidades (H.P. Acthar® Gel, subcutáneo) - J0800
- Clorhidrato de apomorfina, 1 mg (Apokyn) – J0364
- Amjevita™ (adalimumab-atto) – C9399/J3490/J3590
- Dupixent® (dupilumab) – C9399/J3490/J3590

- Erelzi™ (etanercept-SZZS) – C9399/J3490/J3590
- Kynamro®, (Mipomersen sódico) – C9399/J3490/J3590
- Orencia®, solo subcutáneo – C9399/J3490/J3590
- Quad-Mix – C9399/J3490/J3590
- Rasuvo® (metotrexato, inyección para uso subcutáneo) – C9399/J3490/J3590
- Siliq™ (brodalumab) – C9399/J3490/J3590

Además, los siguientes medicamentos de marca han sido agregados a la lista de SAD del MAC Jurisdicción N (JN):

- J1595: Glatopa®
- J1830: Extavia®;
- J2941: Norditropin® y Zomacton™;
- J3030: Sumavel®, Dosepro®, y Zembrace™;
- C9399, J3490, J3590: Pegasys® Proclick™.

La evaluación de medicamentos para sumarse a la lista de SAD es un proceso en curso. Los proveedores son responsables de monitorear la lista de SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles en: [/Medicamentos\\_autoadministrados/](#)

## Cambios de Codificación de 2018 de ICD-10-CM (Parte A/B, Parte A y Parte B)

La actualización de 2018 de la estructura de codificación de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM) es efectiva para servicios prestados en o después del 1 de octubre de 2017. El equipo de política médica de First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha evaluado todas las determinaciones de cobertura local (LCD) activas para los criterios de diagnóstico que se ven afectados por la actualización de la ICD-10-CM de 2018. Como recordatorio, los códigos de diagnóstico incluidos en una LCD son sustitutos de las indicaciones abordadas en la LCD y los proveedores están obligados a facturar el nivel más alto de especificidad para el código de diagnóstico aplicable al reportar los servicios. Los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM han sido agregados, revisados y eliminados. La siguiente es una lista de las LCDs impactadas.

LCDs de las Partes A/B combinadas

L36767 – Aortografía y Angiografía Periférica  
L33609 – Pruebas de Función Autonómica  
L33268 – Clorhidrato de Bendamustina (Treanda®, Bendeka™)  
L33273 - Bortezomib (Velcade®)  
L33267 – Péptido Natriurético (BNP) Tipo B (BNP)  
L36209 – Cardiología - Pruebas ambulatorias no emergentes: prueba de esfuerzo, eco de estrés, SPECT MPI y PET cardiac  
L33282 - Angiografía Tomográfica Computarizada del Tórax, Corazón y Arterias Coronarias  
L33283 - L33283 Colonografía Computarizada Tomográfica  
L35698 - Pruebas Genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1  
L33583 - Esofagogastroduodenoscopia Diagnóstica y Terapéutica  
L33671 - Colonoscopia Diagnóstica  
L33990 - Doxorubicina HCl  
L33669 - Electrocardiografía  
L36276 - Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis  
L33997 - Angiografía con Fluoresceína  
L33670 - Fotografía del Fondo del Ojo  
L36773 - Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT)  
L34006 - Descompresión del Proceso Interespinal  
L34007 - Inmunoglobulina Intravenosa  
L34012 - Leucovorin (Wellcovorin®)  
L33380 - Monitorización Electrocardiográfica Utilizable (WEM) de Largo Plazo  
L33382 - Fusión Espinal Lumbar para la Inestabilidad y Condiciones Degenerativas del Disco  
L34014 - Magnesio  
L33618 - Reemplazo Articular Mayor (Cadera y Rodilla)  
L34859 - Estudios de Conducción del Nervio y

Electromiografía

L33693 - Evaluación No Invasiva de las Venas de las Extremidades  
L34017 - Oftalmoscopia  
L33747 - Pegfilgrastim (Neulasta®)  
L33252 - Servicios de Evaluación Diagnóstica Psiquiátrica y Psicoterapia  
L34520 - Pruebas Psicológicas y Neuropsicológicas  
L33707 - Servicios de Diagnóstico Pulmonar  
L33751 - Escaneo de Imágenes Computarizadas de Diagnóstico Oftálmico (SCODI)  
L36342 - Mamografía de Detección y Diagnóstico  
L34023 - Vendaje  
L33411 - Manejo Quirúrgico de la Obesidad Mórbida  
L33413 - Servicios de Terapia y Rehabilitación  
L34031 - Calcio Total  
L33762 - Tratamiento de las Venas Varicosas de la Extremidad Inferior  
L36962 - Inhibidores del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular para el Tratamiento de Enfermedades Oftalmológicas  
L33766 - Examen de Campo Visual  
L33771 - Vitamina D; 25 hidroxilo, incluye fracción(es), si se realiza

### LCDs de la Parte A solamente

L33970 - Frecuencia de Servicio de Hemodiálisis  
L33974 - Troponina

### LCDs de la Parte B solamente

L33903 - Laringoscopia diagnóstica  
L33906 - Epidural  
L33923 - Oximetría no Invasiva de Oído o Pulso para Saturación de Oxígeno  
L33933 - Bloques de Nervios Periféricos  
L33957 - Inyección de Articulación Sacroilíaca  
L33958 - Prueba Somatosensorial  
L33977 - Estudios de Doppler Transcraneal

### Fecha de vigencia

Estas revisiones de LCD son efectivas para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre 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](#).



## Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

Basados en una correspondencia externa relacionada con la nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA), la retinopatía diabética en pacientes sin edema macular diabético, para Lucentis® (inyección de ranibizumab), la determinación de cobertura local (LCD) para los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas fue revisada. Los siguientes códigos de diagnóstico de ICD-10-CM se agregaron a la sección "Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de LCD del código J2778 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS):

E08.319, E08.3291-E08.3293, E08.3391-E08.3393, E08.3491-E08.3493, E08.3521-E08.3523, E08.3531-E08.3533, E08.3541-E08.3543, E08.3551-E08.3553, E08.3591-E08.3593, E09.319, E09.3291-E09.3293, E09.3391-E09.3393, E09.3491-E09.3493, E09.3521-E09.3523, E09.3531-E09.3533, E09.3541-E09.3543, E09.3551-

E09.3553, E09.3591-E09.3593, E10.3521-E10.3523, E10.3531-E10.3533, E10.3541-E10.3543, E10.3551-E10.3553, E11.3521-E11.3523, E11.3531-E11.3533, E11.3541-E11.3543, E11.3551-E11.3553, E13.3521-E13.3523, E13.3531-E13.3533, E13.3541-E13.3543, y E13.3551-E13.3553.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 2 de octubre de 2017**, para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en 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](#).

## Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



## Números telefónicos

### First Coast Service Options

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

#### Servicio al cliente

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

**888-664-4112** (FL/USVI)

**877-908-8433** (Puerto Rico)

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

**888-216-8261** (TTY-Puerto Rico)

#### Intercambio electrónico de datos

**888-670-0940** (FL/USVI)

**888-875-9779** (Puerto Rico)

#### Sistema de respuesta automática

**877-602-8816**

#### Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

#### Pagos en exceso

904-791-6281

#### Asistencia técnica de SPOT

[FCSOSPOTHelp@fcso.com](mailto:FCSOSPOTHelp@fcso.com)

855-416-4199

#### Sitios web

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

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

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Reclamaciones/correspondencia

**Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.**

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

#### Medicare EDI

#### Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

#### Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

#### Solicitudes de FOIA

#### Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Consultas generales

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

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

#### Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

#### Recaudó de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

#### Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

#### Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

#### Redeterminaciones

#### Florida:

Medicare Part A. Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

#### Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

#### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc. QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

#### Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

#### Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

#### Aseguradoras regionales de equipo

**médico duradero (DMERC) DME,**

dispositivos ortóticos y próstéticos,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

#### Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

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

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

#### Contacte a CMS

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

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

#### Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

#### Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

## Servicios de Rehabilitación

### Edición actualizada de los servicios de terapia siempre

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10176 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 10176  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de septiembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3863CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

*La petición de cambio 10176 actualiza la edición de los servicios de “terapia siempre” de la Parte B para requerir el modificador de terapia apropiado para que el servicio se aplique con precisión al límite de terapia. Este artículo fue revisado el 15 de septiembre para reflejar una CR actualizada. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número y el enlace a la transmisión cambiaron. Toda la demás información permanece sin cambios.*

#### 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 “terapia siempre”:

- 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 (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> 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/r3863cp.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3863, 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.*

## Cirugía Ambulatoria

### Actualización de octubre de 2017 al sistema de pago del ASC

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10259  
 Número de petición de cambio relacionado: CR10259  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de septiembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3854CP  
 Fecha de implementación: 2 de octubre de 2017

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 10259 actualiza las tarifas de pago del centro de cirugía ambulatoria (ASC) para los servicios quirúrgicos y auxiliares cubiertos (archivo ASCFS) y los medicamentos y productos biológicos que se pagan por separado, incluyendo descriptores para los códigos HCPCS de Nivel II recientemente creados para medicamentos y productos biológicos (archivos ASC DRUG). También se incluye:

- Nuevo procedimiento que requiere la inserción de un dispositivo
- Nuevo modificador para producto biológico biosimilar
- Nueva vacuna contra la gripe
- Reparación de blefaroplastia y blefaroptosis del párpado superior

#### Información adicional

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

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm10259.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10259, 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/R3854CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3854, CR 10259

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



## Determinaciones Locales de Cobertura

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## LCD revisadas

## Destrucción del (los) nervio(s) de la articulación facetaria paravertebral — revisión a la LCD de la Parte B

### LCD ID número: L33814 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basados en una correspondencia externa pidiendo aclaración acerca de cuándo se puede repetir la destrucción de la articulación facetaria paravertebral, la determinación de cobertura local (LCD) para la destrucción del (los) nervio(s) de la articulación facetaria paravertebral fue revisada para agregar un lenguaje aclaratorio a las secciones de “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” y las “Guías de Utilización” de la LCD.

El lenguaje se leerá como sigue: La repetición de la destrucción de la articulación facetaria paravertebral no es médicamente necesaria cuando se realiza en el mismo sitio anatómico (nivel lateral y espinal) dentro de los seis meses de un tratamiento previo. (Por lo tanto, se permite un nivel bilateral o R(L) luego L(R) en seis meses y luego se puede repetir en los seis meses subsiguientes). Además, se crearon guías de codificación y se adjuntaron a la LCD para proporcionar instrucciones para el uso apropiado de modificadores y códigos adicionales para

servicios de destrucción de la articulación facetaria paravertebral (códigos Current Process Procedure Terminology [CPT®] 64633-64636). Para cada episodio de cuidado, se debe utilizar el modificador apropiado para identificar el lado del nivel espinal que se está tratando (es decir, RT, LT, 50). Los servicios facturados sin un modificador que indique el lado del nivel espinal tratado serán rechazados.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 16 de octubre de 2017**. Las LCDs están disponibles en 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 de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

Basados en una correspondencia externa relacionada con la nueva indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA), la retinopatía diabética en pacientes sin edema macular diabético, para Lucentis® (inyección de ranibizumab), la determinación de cobertura local (LCD) para los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas fue revisada. Los siguientes códigos de diagnóstico de ICD-10-CM se agregaron a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de LCD del código J2778 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS):

E08.319, E08.3291-E08.3293, E08.3391-E08.3393, E08.3491-E08.3493, E08.3521-E08.3523, E08.3531-E08.3533, E08.3541-E08.3543, E08.3551-E08.3553, E08.3591-E08.3593, E09.319, E09.3291-E09.3293, E09.3391-E09.3393, E09.3491-E09.3493, E09.3521-E09.3523, E09.3531-E09.3533, E09.3541-E09.3543, E09.3551-

E09.3553, E09.3591-E09.3593, E10.3521-E10.3523, E10.3531-E10.3533, E10.3541-E10.3543, E10.3551-E10.3553, E11.3521-E11.3523, E11.3531-E11.3533, E11.3541-E11.3543, E11.3551-E11.3553, E13.3521-E13.3523, E13.3531-E13.3533, E13.3541-E13.3543, y E13.3551-E13.3553.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 2 de octubre de 2017**, para servicios prestados **en o después del 24 de julio de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en 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](#).

## Cambios de Codificación de 2018 de ICD-10-CM (Parte A/B, Parte A y Parte B)

La actualización de 2018 de la estructura de codificación de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. revisión, Modificación Clínica (ICD-10-CM) es efectiva para servicios prestados en o después del 1 de octubre de 2017. El equipo de política médica de First Coast Service Options Inc. (First Coast) ha evaluado todas las determinaciones de cobertura local (LCD) activas para los criterios de diagnóstico que se ven afectados por la actualización de la ICD-10-CM de 2018. Como recordatorio, los códigos de diagnóstico incluidos en una LCD son sustitutos de las indicaciones abordadas en la LCD y los proveedores están obligados a facturar el nivel más alto de especificidad para el código de diagnóstico aplicable al reportar los servicios. Los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM han sido agregados, revisados y eliminados. La siguiente es una lista de las LCDs impactadas.

LCDs de las Partes A/B combinadas

L36767 – Aortografía y Angiografía Periférica  
 L33609 – Pruebas de Función Autonómica  
 L33268 – Clorhidrato de Bendamustina (Treanda®, Bendeka™)  
 L33273 - Bortezomib (Velcade®)  
 L33267 – Péptido Natriurético (BNP) Tipo B (BNP)  
 L36209 – Cardiología - Pruebas ambulatorias no emergentes: prueba de esfuerzo, eco de estrés, SPECT MPI y PET cardíac  
 L33282 - Angiografía Tomográfica Computarizada del Tórax, Corazón y Arterias Coronarias  
 L33283 - L33283 Colonografía Computarizada Tomográfica  
 L35698 - Pruebas Genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1  
 L33583 - Esofagogastroduodenoscopia Diagnóstica y Terapéutica  
 L33671 - Colonoscopia Diagnóstica  
 L33990 - Doxorubicina HCl  
 L33669 - Electrocardiografía  
 L36276 - Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis  
 L33997 - Angiografía con Fluoresceína  
 L33670 - Fotografía del Fondo del Ojo  
 L36773 - Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT)  
 L34006 - Descompresión del Proceso Interespinoso  
 L34007 - Inmunoglobulina Intravenosa  
 L34012 - Leucovorin (Wellcovorin®)  
 L33380 - Monitorización Electrocardiográfica Utilizable (WEM) de Largo Plazo  
 L33382 - Fusión Espinal Lumbar para la Inestabilidad y Condiciones Degenerativas del Disco  
 L34014 - Magnesio  
 L33618 - Reemplazo Articular Mayor (Cadera y Rodilla)  
 L34859 - Estudios de Conducción del Nervio y

Electromiografía

L33693 - Evaluación No Invasiva de las Venas de las Extremidades  
 L34017 - Oftalmoscopia  
 L33747 - Pegfilgrastim (Neulasta®)  
 L33252 - Servicios de Evaluación Diagnóstica Psiquiátrica y Psicoterapia  
 L34520 - Pruebas Psicológicas y Neuropsicológicas  
 L33707 - Servicios de Diagnóstico Pulmonar  
 L33751 - Escaneo de Imágenes Computarizadas de Diagnóstico Oftálmico (SCODI)  
 L36342 - Mamografía de Detección y Diagnóstico  
 L34023 - Vendaje  
 L33411 - Manejo Quirúrgico de la Obesidad Mórbida  
 L33413 - Servicios de Terapia y Rehabilitación  
 L34031 - Calcio Total  
 L33762 - Tratamiento de las Venas Varicosas de la Extremidad Inferior  
 L36962 - Inhibidores del Factor de Crecimiento Endotelial Vascular para el Tratamiento de Enfermedades Oftalmológicas  
 L33766 - Examen de Campo Visual  
 L33771 - Vitamina D; 25 hidroxil, incluye fracción(es), si se realiza

### LCDs de la Parte A solamente

L33970 - Frecuencia de Servicio de Hemodiálisis  
 L33974 - Troponina

### LCDs de la Parte B solamente

L33903 - Laringoscopia diagnóstica  
 L33906 - Epidural  
 L33923 - Oximetría no Invasiva de Oído o Pulso para Saturación de Oxígeno  
 L33933 - Bloques de Nervios Periféricos  
 L33957 - Inyección de Articulación Sacroilíaca  
 L33958 - Prueba Somatosensorial  
 L33977 - Estudios de Doppler Transcraneal

### Fecha de vigencia

Estas revisiones de LCD son efectivas para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre 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](#).



## Lista de medicamentos auto administrados (SAD) -- revisión al artículo de la Parte A y Parte B

### Número de ID de artículo: A52571 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) proporcionan instrucciones a los contratistas con respecto al pago de Medicare por medicamentos y sustancias biológicas incidentes a el servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable suele ser auto administrado y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables auto administrados excluidos que afectan al servicio de un médico están en el *Medicare Benefit Policy Manual*, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **en o después del 16 de noviembre de 2017**, los siguientes medicamentos han sido agregados a la lista de medicamentos auto administrados (SAD) del MAC Jurisdicción N (JN)

- Corticotropina, hasta 40 unidades (H.P. Acthar® Gel, subcutáneo) - J0800
- Clorhidrato de apomorfina, 1 mg (Apokyn) – J0364
- Amjevita™ (adalimumab-atto) – C9399/J3490/J3590
- Dupixent® (dupilumab) – C9399/J3490/J3590

- Erelzi™ (etanercept-SZZS) – C9399/J3490/J3590
- Kynamro®, (Mipomersen sódico) – C9399/J3490/J3590
- Orencia®, solo subcutáneo – C9399/J3490/J3590
- Quad-Mix – C9399/J3490/J3590
- Rasuvo® (metotrexato, inyección para uso subcutáneo) – C9399/J3490/J3590
- Siliq™ (brodalumab) – C9399/J3490/J3590

Además, los siguientes medicamentos de marca han sido agregados a la lista de SAD del MAC Jurisdicción N (JN):

- J1595: Glatopa®
- J1830: Extavia®;
- J2941: Norditropin® y Zomacton™;
- J3030: Sumavel®, Dosepro®, y Zembrace™;
- C9399, J3490, J3590: Pegasys® Proclick™.

La evaluación de medicamentos para sumarse a la lista de SAD es un proceso en curso. Los proveedores son responsables de monitorear la lista de SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

Las listas de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) están disponibles en: [/Medicamentos\\_autoadministrados/](#)

### Iniciativa de Eliminación del Número de Seguro Social (SSNRI)

El Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA) de 2015, requiere que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) eliminen los números de Seguro Social (SSNs) de todas las tarjetas de Medicare para abril de 2019. Un nuevo Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) reemplazará el Número de Reclamación de Seguro de Salud (HICN) basado en el SSN en las nuevas tarjetas de Medicare para transacciones de Medicare como facturación, estado de elegibilidad y estado de reclamación.

Las nuevas tarjetas de Medicare serán enviadas por correo entre abril de 2018 y abril de 2019. Los siguientes recursos (en inglés) están disponibles para prepararle para este cambio en:

- [Visión general de nuevas tarjetas de Medicare](#)
- [Entendiendo el formato de MBI](#)
- [¿Qué significan las nuevas tarjetas de Medicare para socios y patronos?](#)



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921  
1-888-216-8261 (Impedimento auditivo y del habla)

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)  
904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921  
877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921  
888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921  
877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199  
email: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims  
P.O. Box 45036  
Jacksonville, FL 32232-5036

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination  
P.O. Box 45056  
Jacksonville, FL 32232-5056

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45015  
Jacksonville, FL 32232-5015

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.  
QIC Part B South  
P.O. Box 45300  
Jacksonville, FL  
32232-5300

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.  
P.O. Box 45098  
Jacksonville, FL 32232-5098  
Correo electrónico: [askFloridaB@fcsso.com](mailto:askFloridaB@fcsso.com)  
Formulario: <https://medicareespanol.fcsso.com/comentarios/161732.asp>

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment  
P.O. Box 44021  
Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure  
P.O. Box 2078  
Jacksonville, FL 32231-0048  
Correo electrónico: [medical.policy@fcsso.com](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.  
P.O. Box 44078  
Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C  
P.O. Box 44071  
Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery  
P.O. Box 45040  
Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach  
P.O. Box 45157  
Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints  
P.O. Box 45087  
Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico  
P.O. Box 45092  
Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.  
532 Riverside Avenue  
Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

First Coast Service Options Inc. (First Coast), su contratista administrativo de CMS de Medicare  
<https://medicare.fcsso.com>  
Encuentre sus *otros contratistas* (es decir; DME, HHA, etc)  
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
<https://www.cms.gov>  
First Coast University  
<http://www.fcsouniversity.com/>

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007  
877-660-1759 (Impedimento auditivo y del habla)

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007  
877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007  
877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199  
Correo electrónico: [FCSOSPOTHelp@FCSO.com](mailto:FCSOSPOTHelp@FCSO.com)

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims  
P.O. Box 2525  
Jacksonville, FL 32231-0019

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination  
P.O. Box 2360  
Jacksonville, FL 32231-0018

### Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request  
P.O. Box 45248  
Jacksonville, FL 32232-5248

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.  
QIC Part B South  
P.O. Box 45300  
Jacksonville, FL  
32232-5300

### Preguntas generales

General inquiry request  
P.O. Box 2360  
Jacksonville, FL 32231-0018

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment  
P.O. Box 44021  
Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure  
P.O. Box 2078  
Jacksonville, FL 32231-0048  
Correo electrónico: [medical.policy@fcsso.com](mailto:medical.policy@fcsso.com)

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.  
P.O. Box 44078  
Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI  
P.O. Box 44071  
Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery  
P.O. Box 44141  
Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach  
P.O. Box 45157  
Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints  
P.O. Box 45087  
Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida  
P.O. Box 45268  
Jacksonville, FL 32232-5268

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

First Coast Service Options Inc.  
532 Riverside Avenue  
Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL

32232-5300

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**