

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Diciembre 2017

En esta edición

Actualización anual a la lista de códigos de terapia de 2018	10
Actualización fuera de ciclo al sistema de pago prospectivo de SNF de 2018	17
Electrorretinografía (ERG) - nueva LCD de la Parte A y B	31



Eliminación del modificador GT para servicios de telesalud

Número de *MLN Matters*®: MM10152
Número de petición de cambio relacionado: 10152
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de noviembre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3929CP
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

La petición de cambio 10152 elimina el requisito de uso del modificador GT (a través de sistemas de telecomunicaciones interactivas de audio y video) en reclamaciones profesionales para servicios de telesalud.

Al facturar el código 02 de lugar de servicio con código de procedimiento de telesalud cubierto, el médico/profesional de la salud en un lugar distante certifica que el beneficiario estuvo presente en un lugar de origen elegible cuando el servicio de telesalud fue prestado.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10152.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10152, 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/R3929CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3929, CR 10152

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer

obligaciones. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Facturación

Eliminación del modificador GT para servicios de telesalud..... 1

Actualización al deducible, coseguro y tarifas de primas de Medicare de 2018 3

Prohibido facturar saldo a beneficiarios calificados de Medicare 3

Información en Tiempos de Desastres

Alivio administrativo y asistencia acerca de problemas de apelaciones relacionados a desastres naturales..... 4

Información de Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre causado por el huracán Irma, proveedores de JN..... 7

Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Luisiana causado por la tormenta tropical Harvey..... 7

Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Texas causado por el huracán Harvey..... 8

Respuesta de tarifas por servicio (FFS) de Medicare a los incendios forestales del sur de California de 2017 8

Información de Reclamaciones de Medicare relacionadas al desastre causado por el huracán Irma para proveedores de JM 9

Servicios de rehabilitación

Cambios en la revisión médica de centro de rehab. para pacientes hospitalizados 9

Actualización anual a la lista de códigos de terapia de 2018 10

Laboratorio clínico

Actualización de las tarifas fijas de lab. clínico y los servicios de laboratorio sujetos a un pago de cargo razonable de 2018 10

Reemplazo de códigos de mamografía, exención de coseguro, deducible para servicios preventivos y otros servicios, adición de anestesia y servicios preventivos prolongados..... 11

Cobertura

Cambios de enero al software de edición de NCD de laboratorio 11

Rev. de ICD-10 y otras codificaciones a NCDs... 12

Cobertura de oxígeno tóxico para el tratamiento de heridas crónicas..... 12

Inscripción del proveedor

Cantidad de tarifa para solicitud de inscripción del proveedor para el CY 2018 12

Recursos educativos

Calendario de eventos..... 13

MLN Connects® para el 22 de nov. de 2017... 14

MLN Connects® para el 30 de nov. de 2017... 14

MLN Connects® para el 7 de dic. de 2017... 15

MLN Connects® para el 14 de dic. de 2017... 16

MLN Connects® para el 21 de dic. de 2017... 16

Parte A

Sistema de pago prospectivo

Actualización fuera de ciclo al sistema de pago prospectivo de SNF de 2018 17

Hospital

Medicare no paga a los hospitales de cuidados agudos por los serv. ambu. que brindan a los beneficiarios en una hospitalización cubierta en otros centros de Parte A..... 17

Facturación

Actualización trimestral de códigos HCPCS utilizados para la aplicación de fact. consolidada de salud en el hogar 18

Clínica de salud rural

Actualización al capítulo 13 del Manual de la política de beneficios de Medicare de clínica de salud rural (RHC) y centro de salud federalmente cualificado 18

PARD

Actualización al PPS de los FQHCs para el año calendario 2018 - actualización recurrente de archivos 19

Revisiones a la hoja de cálculo S-10 del año fiscal 2014 y 2015: Nueva prórroga para todos los hospitales del IPPS 19

LCDs de Parte A 20

Cambios a LCD

Partes A y B del HCPCS de 2018, Cambios a las LCDs de Parte A y Parte B..... 21

LCDs nuevas

Medición de cistatina C – nueva LCD de A/B... 21

Electrorretinografía (ERG) – nueva LCD de A/B... 22

Revisión a las LCDs existentes

Servicios no cubiertos – revisión al artículo de cobertura local de la Parte A y B..... 22

Fósforo sérico – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B..... 22

Bifosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de osteoporosis y sus otras indicaciones – revisión a la LCD de la Parte A y B..... 23

Abatacept – revisión a LCD de Parte A/B..... 23

Monitoreo controlado de sustancias y pruebas de abuso de drogas – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B..... 23

Detección de cáncer colorrectal y mamografía de detección y diagnóstico – revisión a la LCD de la Parte A y B 24

Monitorización Electrocardiográfica Utilizable (WEM) de Largo Plazo – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B..... 24

Escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) – revisión a la LCD de la Parte A y B 25

Servicios no cubiertos (códigos de procedimiento 0387T, 0389T-0391T) — revisión a la LCD de la Parte A y B..... 25

Cuidado de heridas – rev. a LCD de A/B..... 26

Angiografía Tomográfica Computarizada del Tórax, Corazón y Arterias Coronarias – revisión a la LCD de la Parte A y B..... 26

Edición act. de servicios de terapia siempre..... 28

Tarifas

Reducción de pago para rayos X tomados usando radiografía computarizada 28

LCDs de Parte B 29

Cambios a LCD

Partes A y B del HCPCS de 2018, Cambios a las LCDs Parte A y Parte B..... 30

LCDs nuevas

Medición de cistatina C – nueva LCD de A/B... 30

Electrorretinografía (ERG) – nueva LCD de A/B... 31

Revisión a las LCDs existentes

Servicios no cubiertos – revisión al artículo de cobertura local de la Parte A y Parte B... 31

Fósforo sérico – rev. a LCD de Parte A/B..... 31

Bifosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de osteoporosis y sus otras indicaciones – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B..... 32

Abatacept – rev. a LCD de Parte A y B..... 32

Monitoreo control. de sustancias y pruebas de abuso de drogas – rev. a LCD de A/B..... 32

Detección de cáncer colorrectal y mamografía de detección y diagnóstico – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B..... 33

Monitorización Electrocardiográfica Utilizable (WEM) de Largo Plazo – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B..... 33

Escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) – revisión a la LCD de la Parte A y B 34

Servicios no cubiertos (códigos de procedimiento 0387T, 0389T-0391T) — revisión a la LCD de la Parte A y Parte B..... 34

Cuidado de heridas – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B 35

Angiografía Tomográfica Computarizada del Tórax, Corazón y Arterias Coronarias – revisión a la LCD de la Parte A y B..... 35

Información de contacto Puerto Rico..... 36

Información de contacto Florida..... 37

Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos 38

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.

Facturación

Actualización al deducible, coseguro y tarifas de primas de Medicare para 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10405
Número de petición de cambio relacionado: 10405
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de diciembre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R111GI
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron los deducibles, el coseguro y las tarifas de primas de 2018 para los beneficiarios cubiertos a través del programa de tarifa por servicio de Medicare. El deducible, coseguro y las tarifas base de primas de 2018 son:

2018 Parte A – Seguro hospitalario

Deducible: \$1,340.00

Coseguro:

- \$335.00 al día por día 61-90
- \$670.00 al día por día 91-150 (día de reserva de por vida)
- \$167.50 al día por día 21-100 (coseguro de centro de enfermería especializada)

2018 Parte B – Seguro médico suplementario (SMI)

Según la Parte B del programa de seguro médico complementario (SMI) de Medicare, los inscritos están

sujetos a una prima mensual. La mayoría de los servicios de SMI están sujetos a un deducible y coseguro anual (porcentaje de los costos que el afiliado debe pagar), que se establecen por ley.

Deducible: \$183.00 al año

Coseguro: 20 por ciento

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/MM10405.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10405, 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/R111GI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, Transmittal 111, CR 10405

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

Prohibido facturar saldo a beneficiarios calificados 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 calificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Este artículo fue revisado para indicar que el 8 de diciembre CMS suspenderá las modificaciones a la remesa de pago del proveedor y el aviso resumido de Medicare para reclamaciones de QMB realizadas el 2 de octubre. El artículo también fue revisado para mostrar que el lanzamiento de HETS para los QMB fue implementado en noviembre de 2017. Finalmente, se modificó el artículo para aclarar que los QMB no pueden optar por pagar los costos compartidos de Medicare, pero pueden tener que pagar un pequeño copago de Medicaid en determinadas circunstancias. Toda la demás información sigue siendo la misma.

Resumen

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios calificados 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 saldo 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. 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 en tiempos de desastres

Alivio administrativo y asistencia acerca de problemas de apelaciones relacionados a desastres naturales

Lo siguiente provee respuestas a preguntas recibidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y aclara asistencia relacionada a problemas de apelaciones para desastres naturales pasados y futuros.

Situación 1: Un proveedor/suplidor/beneficiario en el área afectada necesita una extensión para presentar una solicitud para una apelación.

Acción: El contratista administrativo de Medicare (MAC)/contratista administrativo de Medicare de equipo médico duradero (DME MAC) podrá otorgar una extensión para presentar una apelación bajo la excepción de una buena causa. Por favor vea (en inglés) [42 CFR 405.942](#). Si la solicitud está relacionada a un sobrepago, el MAC/DME MAC podrá aceptar la solicitud y detener el reembolso inmediatamente.

Preguntas:

P. ¿Debe el proveedor/suplidor/beneficiario indicar que ha sido impactado por un desastre natural para poder obtener tiempo adicional o debe el MAC/DME MAC aplicar la consideración a todos los proveedores/suplidores en las áreas afectadas?

R. Sí. Una vez notificado, el MAC/DME MAC debe verificar si un proveedor/suplidor/beneficiario reside dentro de un área afectada. La consideración no debe ser aplicada a todos los proveedores/suplidores en un área afectada.

P. Nosotros anticipamos que nuestros proveedores/suplidores van a solicitar asistencia para detener reembolsos por teléfono (a través del centro de contacto del cliente) ya que ellos no pueden coordinar una solicitud por escrito en estos momentos. ¿Está CMS de acuerdo en que debemos aceptar la solicitud por teléfono y detener el reembolso hasta que el proveedor pueda presentar un formulario de solicitud de redeterminación? Si es así, ¿existe alguna información específica que CMS entienda que los proveedores/suplidores necesitan para honrar una solicitud telefónica?

R. Si un proveedor/suplidor pide reembolso por teléfono, el MAC/DME MAC puede aceptar la solicitud y las partes en necesidad de alivio de pago de deuda pueden presentar la solicitud por escrito cuando el servicio de correo se reanude. Las partes pueden proporcionarle el nombre/número, dirección del centro, y detalles de sobrepago al proveedor.

P. ¿Puede CMS asesorar cuál código de estado deben utilizar los MACs en el Sistema



de Contabilidad General del Cuidado de la Salud Integrado (HIGLAS) para detener el reembolso de estas peticiones?

R. El MAC/DME MAC puede utilizar el código de estado HLD-CMS hasta que la apelación haya sido recibida.

P. ¿Cuánto debe esperar el MACs/DME MACs para recibir una solicitud de apelación antes de remover la detención de reembolso?

R. Sesenta días es adecuado como mínimo para proveer alivio a los apelantes afectados. Si el reembolso ocurre luego del marco de este tiempo de 60 días y un apelante puede proveer una atestación de que aún no puede presentar una solicitud de apelación apropiada, CMS también puede permitir un ajuste al interés, como se indica en la respuesta a la próxima pregunta a continuación.

P. ¿Cómo prefiere CMS que los MACs/DME MACs manejen una solicitud de detención de reembolso si la compensación ya ha ocurrido?

R. Si el reembolso ocurrió previo a la aprobación del alivio de deuda, no se deberá hacer ajuste alguno. Si el reembolso ocurrió luego de haberse aprobado un alivio de deuda, se deberán hacer ajustes para ajustar el interés.

P. ¿Cuál código de estado deben utilizar los MACs/DME MACs al remover la detención de reembolso cuando una apelación no se haya recibido?

R. Los MACs/DME MACs deberán utilizar el código de estado que fue asignado a la deuda antes que el código de estado HDL-CMS fuese solicitado.

P. Aunque una buena causa típicamente no define un marco de tiempo, ¿proporcionará CMS un marco de tiempo de hasta cuando los MACs/DME MACs honrarán las extensiones para solicitudes tardías de apelaciones relacionadas

Ver **ALIVIO**, en la página 5

ALIVIO

De la página 4

a desastres naturales?

R. Los MACs/DME MACs pueden extender el marco de tiempo para presentar una reclamación si existe una buena causa. Los contratistas pueden encontrar guías relacionadas a Condiciones y Ejemplos que pueden Establecer una Buena Causa para Presentación Tardía (en inglés) en §240.3 del *Manual de Procesamiento de Reclamaciones, Capítulo 29, Apelaciones de Decisiones de Reclamaciones*.

P. Si se recibe una solicitud de extensión de apelación que no provee suficiente información para identificar las reclamaciones en cuestión, los MACs/DME MACs no podrán honrar la solicitud porque no tenemos la información requerida de referencia una vez la solicitud oficial de apelación sea recibida en una fecha posterior.

R. Los MACs/DME MACs deben contactar al proveedor/suplidor e informarle acerca de la inhabilidad de procesar la apelación de la reclamación debido a falta de información de identificación. Permítale al proveedor/suplidor la oportunidad de presentar la información (a través de teléfono, fax, o correo electrónico), o de proveer detalles que puedan permitirle al MAC/DME MAC identificar la reclamación. El proveedor/suplidor también debe incluir una declaración de certificación en caso que la información de apoyo se haya destruido en el desastre natural y no pueda ser reproducida.

P. ¿Las guías relacionadas a reembolso son para deudas de 935 solamente?

R. Las guías se refieren a todas las deudas de pagador secundario no perteneciente a Medicare.

Situación 2: El MAC/DME MAC ha solicitado o necesita solicitar, documentación adicional para una apelación pendiente, pero el proveedor/suplidor/beneficiario ha sido impactado por un desastre natural.

Acción: El MAC/DME MAC debe retener la solicitud hasta que la documentación pueda ser obtenida o presentada. Sin embargo, debe hacerlo en la medida en que el Contratista pueda usar otras fuentes de datos disponibles para justificar el pago de la reclamación. CMS otorgará exención a los requisitos de puntualidad para procesar estas reclamaciones.

Preguntas:

P. Si el MAC/DME MAC investiga todas las fuentes y aún no puede procesar la apelación sin documentación adicional, ¿definirá CMS un marco de tiempo en donde el MAC envía una solicitud de seguimiento y/o cierra la apelación si no hay respuesta recibida?

R. Si el apelante no puede proveer la documentación adicional dentro de 60 días y

puede proveer atestación de que aún no puede presentar la documentación, el MAC/DME MAC deberá proveer tiempo adicional y mantener un rastreo del volumen de apelaciones impactadas. También, por favor incluya el volumen en los reportes de estado mensuales.

P. ¿Cómo CMS quiere que se manejen las apelaciones cuando no existan otras fuentes de datos disponibles para que el MAC/DME MAC justifique el pago y se reciba una respuesta de parte del cliente indicando que los archivos no pueden ser obtenidos / no están disponibles / no pueden ser recreados?

R. El MAC/DME MAC debe avisarle al proveedor/suplidor y solicitarle una declaración de certificación firmada indicando que los servicios fueron provistos, pero los archivos se destruyeron durante el desastre natural y no pueden ser recreados de otra manera. En el caso de destrucción total de expedientes médicos donde no existe copia de seguridad, los MACs/DME MACs deberán aceptar una atestación indicando que no existen expedientes médicos y consideran los servicios cubiertos y correctamente codificados.

P. Estamos buscando dirección acerca de denegaciones automáticas pre-pagadas (por ejemplo, determinaciones locales de cobertura (LCD) o determinaciones nacionales de cobertura (NCD). Un ejemplo es el servicio inicialmente denegado para el procedimiento de relación de diagnóstico. No existe otra información presentada con la apelación salvo la atestación de que los expedientes médicos se destruyeron. Además, existen NCDs que fueron codificadas dentro del sistema compartido que no puede ser anuladas/obviadas. ¿Está CMS de acuerdo en que estas deben continuar siendo denegadas y la apelación ratificada?

R. En caso de destrucción total de expedientes médicos donde no exista copia de seguridad, los MACs/DME MACs y auditores de recuperación deberán aceptar una atestación de que no existen expedientes médicos y consideran los servicios cubiertos y correctamente codificados. Se requiere una atestación para el archivo, así como documentación para futuras auditorías.

Situación 3: Una solicitud para una apelación presentada por un representante designado a nombre de una parte contiene un instrumento de cita perdido o defectuoso y la parte está en el área afectada.

Acción: El contratista debe procesar la solicitud e intentar obtener el instrumento de cita corregido. Si el instrumento de cita corregido no se recibe al final del periodo de

Ver **ALIVIO**, en la página 6

ALIVIO

De la página 5

adjudicación de apelaciones, los Contratistas pueden enviar por correo la carta de decisión de redeterminación a la parte y no al representante designado.

Preguntas:

No existen preguntas recibidas en relación a la Situación 3.

Situación 4: Un MAC/DME MAC recibe una solicitud para una redeterminación de un proveedor/suplidor/beneficiario en el área afectada y la solicitud no tiene algunos de los elementos requeridos, incluyendo la firma del apelante, para que sea una solicitud válida. Sin embargo, el MAC/DME MAC tiene información en los sistemas compartidos que le pueden permitir identificar los elementos que faltan.

Acción: El MAC/DME MAC podrá aceptar y procesar la solicitud, utilizando información ya disponible a través del sistema compartido. En el caso de una firma ausente, el MAC/DME MAC podrá aceptar y procesar la solicitud, e intentar obtener la firma del apelante cuando se reanude el servicio de correo.

Preguntas:

P. Si el MAC/DME MAC recibe una solicitud por escrito de un proveedor/suplidor cumpliendo todos los criterios de apelación con excepción de una firma válida, ¿por qué el MAC/DME MAC hace una excepción y procesa la apelación? La persona que completa el formulario debe ser capaz de incluir una firma en la solicitud.

R. En caso de una firma ausente, el MAC/DME MAC deberá aceptar y procesar la solicitud, e intentar obtener la firma del apelante cuando se reanude el servicio de correo.

P. La instrucción para intentar obtener la firma del apelante luego que se complete la apelación es un esfuerzo manualmente intensivo (ver próxima pregunta) para rastrear los casos y completar el desarrollo de seguimiento. También, para casos completados desfavorablemente, la jurisdicción ya debe haberse movido al nivel de contratista independiente cualificado (QIC). ¿Consideraría CMS hacer exención de esta instrucción?

R. Dadas las circunstancias, en el caso de una firma ausente, el MAC/DME MAC deberá aceptar

y procesar la solicitud, e intentar obtener la firma del apelante cuando el servicio de correo se reanude. En cuanto al segundo punto expuesto acerca de la jurisdicción, CMS está de acuerdo en que una vez el QIC reciba la solicitud, la jurisdicción para la apelación ya no reside con el MAC/DME MAC.

P. Luego que el MAC/DME MAC intente obtener la firma del apelante, ¿cuánto debe esperar el MAC/DME MAC por una respuesta? Si la respuesta no se recibe después de cierto periodo de tiempo/intentos, ¿deberían cesar los intentos?

R. Dadas las circunstancias, en el caso de una firma ausente, el MAC/DME MAC deberá aceptar y procesar la solicitud, e intentar obtener la firma del apelante cuando el servicio de correo se reanude. Si el MAC/DME MAC no puede obtener la firma del apelante, el MAC/DME MAC puede notificar su COR/Líder de Función Empresarial, (COR/Business Function Lead).

P. Si no se recibe una respuesta y la decisión de apelación emitida fue favorable parcial o totalmente, ¿necesitan los MACs/DME MACs reabrir el caso, presentar una decisión revisada, y reembolsar el dinero?

R. Si un MAC/DME MAC emite una determinación completamente favorable no hay necesidad de reabrir y emitir una carta de reembolso a menos que la reclamación sea ajustada o revisada y denegada por otra entidad. Similarmente, para determinaciones parcialmente favorables, no existe necesidad de reabrir y emitir una carta de reembolso a menos que la reclamación sea adjudicada en una apelación a un nivel más alto. Los contratistas deberán seguir el proceso establecido en el Capítulo 29.

P. ¿Notificará CMS a los MACs/DME MACs cuando el servicio de correo se reanude?

R. Los MACs/DME MACs pueden permanecer informados acerca del estado del correo a través de la página web del Servicio Postal de los Estados Unidos (en inglés) (<https://about.usps.com/news/service-alerts/>).

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

Manténgase informado: Suscríbese a eNews

Subscríbese a eNews de First Coast Service Options (First Coast) y esté entre los primeros en informarse acerca de las últimas noticias de Medicare y otras informaciones esenciales que no se pueden postergar.

Información de Reclamaciones de Medicare relacionadas al 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 13 de diciembre para informar a los proveedores que la declaración de emergencia de salud pública y la exención de la Sección 1135 expiraron el 2 de diciembre para Florida y el 3 de diciembre para las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Toda la demás información sigue siendo la misma.

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

Nota: La declaración de Emergencia de Salud Pública y la exención de la Sección 1135 expiraron el 2 de diciembre para Florida y el 3 de diciembre para las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17022

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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 28 de noviembre para informarles a los proveedores que la declaración de emergencia de salud pública y la exención de relevo Sección 1135 expiraron el 22 de noviembre. Todo el resto de la información permanece igual.

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. **Nota:** La declaración de emergencia de salud pública y la exención de relevo Sección 1135 expiraron el 22 de noviembre.

Información adicional

El enlace al artículo 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. 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 28 de noviembre para informarles a los proveedores que la declaración de emergencia de salud pública y la exención de relevo Sección 1135 expiraron el 22 de noviembre. Todo el resto de la información permanece igual.

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. **Nota:** La declaración de emergencia de salud pública y la exención de relevo Sección 1135 expiraron el 22 de noviembre.

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.

Respuesta de tarifas por servicio (FFS) de Medicare a los incendios forestales del sur de California de 2017

Número de *MLN Matters*®: SE17037
 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

Conforme a la Ley de Asistencia de Emergencia y Ayuda en Casos de Desastre de Robert T. Stafford, el presidente Trump declaró que, como resultado de los efectos de los incendios forestales de diciembre de 2017, existe una emergencia en el estado de California.

El 11 de diciembre de 2017, el Secretario interino Hargan del Departamento de Salud y Servicios Humanos declaró que existe una emergencia de salud pública (PHE) en el estado de California con efecto retroactivo al 4 de diciembre de 2017, y autorizó exenciones y modificaciones bajo la Sección 1135 de la Ley de Seguro Social.

El 13 de diciembre de 2017, el administrador de los

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) autorizó las exenciones según la Sección 1812 (f) de la Ley de Seguro Social para el estado de California con efecto retroactivo al 4 de diciembre de 2017, para las personas evacuadas, transferidos o de otra manera relocalizadas como resultado del efecto de los incendios forestales.

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/SE17037.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17037

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 al 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 13 de diciembre para informar a los proveedores que la declaración de emergencia de salud pública y la exención de la Sección 1135 expiraron el 4 de diciembre para Carolina del Sur y el 5 de diciembre para Georgia. Toda la demás información sigue siendo la misma.

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.

Nota: La declaración de Emergencia de Salud Pública y la exención de la Sección 1135 expiraron el 4 de diciembre para Carolina del Sur y el 5 de diciembre para Georgia.

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.

Servicios de rehabilitación

Cambios en la revisión médica de centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados

Número de *MLN Matters*[®]: SE17036
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 beneficio del centro de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRF) es para un beneficiario que, debido a la complejidad de sus necesidades de enfermería, administración médica y rehabilitación, requiere y se puede esperar razonablemente que se beneficie de una hospitalización y un enfoque de equipo interdisciplinario para la rehabilitación.

Para que los servicios de IRF estén cubiertos por el beneficio IRF de Medicare, la documentación presentada

debe demostrar suficientemente que la admisión de un beneficiario a un IRF fue razonable y necesaria, de acuerdo con las pautas de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE17036.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE17036

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 a la lista de códigos de terapia de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10303
 Número de petición de cambio relacionado: 10303
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de noviembre de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3924CP
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10303 actualiza la lista de códigos que algunas veces o siempre describen los servicios de terapia y sus políticas asociadas. Las adiciones, cambios y eliminaciones a la lista de códigos de terapia refleja los que se hicieron en la Cuarta Edición del Healthcare Common Procedure Coding System and *Current Procedural Terminology*® (HCPCS/CPT®-4) de 2018.

La lista de códigos de terapia está disponible (en inglés) en <https://www.cms.gov/Medicare/Billing/TherapyServices/index.html>.

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/MM10303.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10303, 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/R3924CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3924, CR 10303

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.

Laboratorio clínico

Actualización de las tarifas fijas de laboratorio clínico y los servicios de laboratorio sujetos a un pago de cargo razonable de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10409
 Número de petición de cambio relacionado: 10409
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de diciembre de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3934CP
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización anual de las tarifas fijas de laboratorio clínico y los servicios de laboratorio sujetos a un pago de cargo razonable.

En la actualización, CMS proporciona instrucciones para acceder al archivo de datos de tarifas fijas de laboratorio clínico de 2018, mapeo de nuevos códigos para pruebas de laboratorio clínico y actualizaciones para costos de laboratorio sujetos al pago de cargo razonable.

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/MM10409.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10409, 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/R3934CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3934, CR 10409

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.

Reemplazo de códigos de mamografía, exención de coseguro, deducible para servicios preventivos y otros servicios, adición de anestesia y servicios preventivos prolongados

Número de *MLN Matters*[®]: MM10181
Número de petición de cambio relacionado: 10181
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: R3844CP
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

La petición de cambio 10181 publica la siguiente información:

- Reemplazo de códigos de mamografía para G0202, G0204, y G0206, efectivo el 1 de enero.
- Exención de deducible y coseguro a 76706, 77067
- Reportes y pagos modificados para servicios de anestesia prestados junto con y en apoyo de los servicios de detección de cáncer colorrectal; se agregarán nuevos códigos a partir del 1 de enero.
- G0513 y G0514 para servicios preventivos prolongados se agregarán y se descontará el coseguro y el deducible

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/MM10181.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10181, 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/R3844CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3844, CR 10181

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

Cobertura

Cambios de enero al software de edición de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*[®]: MM10309 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10309
Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de noviembre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3925CP
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente instrucciones para contratistas administrativos de Medicare (MAC) con respecto a los cambios en la determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorio. Este artículo fue revisado el 21 de noviembre para reflejar una revisión en la petición de cambio (CR) 10309 emitida el 21 de noviembre. En el artículo, se revisaron el número de transmisión y la dirección web de la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente instrucciones para contratistas administrativos de Medicare (MAC) con respecto a los cambios en la determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorio. El software nacionalmente uniforme se desarrolló e incorporó en los sistemas compartidos de Medicare de modo que las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCDs (Publicación 100-03, Secciones 190.12-190.34) se procesaron uniformemente

en toda la nación a partir del 1 de abril de 2003.

El artículo proporciona un enlace a una hoja de cálculo que detalla los cambios en cada una de las NCDs.

Nota: Los MACs no buscarán archivos para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o para pagar las reclamaciones de manera retroactiva, sino que ajustarán las reclamaciones que lleven a su atención.

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/MM10309.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10309, 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/R3925CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3925, CR 10309

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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.

Revisiones de ICD-10 y otras codificaciones a NCDs

Número de *MLN Matters*[®]: MM10318
 Número de petición de cambio relacionado: 10318
 Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de noviembre de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018 – A no ser que se indique lo contrario en la CR10318
 Número de transmisión de CR relacionado: R1975OTN
 Fecha de implementación: 29 de diciembre de 2017 para modificaciones de MAC local; 2 de abril de 2018 – para modificaciones del sistema compartido (excepto FISS para NCDs [ver abajo] 1, 8, 12, 19, 21); 2 de julio de 2018 – FISS solamente para NCDs 1, 8, 12, 19, 21

Resumen

La petición de cambio (CR) 10318 constituye una actualización de mantenimiento del Código Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (ICD-10) a las conversiones y otras actualizaciones de códigos específicos a determinaciones de cobertura nacional (NCDs). Estos cambios de codificación de NCD son el resultado de nuevos códigos disponibles, revisiones de códigos a NCDs publicadas por separado, o retroalimentación de códigos recibida.

Por favor siga este enlace (en inglés) para hojas de cálculo de NCD incluidas con esta CR: <https://www.cms.gov/Medicare/Coverage/DeterminationProcess/downloads/CR10318.zip>.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10318.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10318, 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/R1975OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1975, CR 10318

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

Cobertura de oxígeno tópico para el tratamiento de heridas crónicas

Número de *MLN Matters*[®]: MM10220
 Número de petición de cambio relacionado: 10220
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de nov. de 2017
 Fecha de efectividad: 3 de abril de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R3921CP
 Fecha de implementación: 18 de diciembre de 2017

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) decidieron que el uso de oxígeno tópico para el tratamiento de heridas crónicas será determinado por el contratista administrativo de Medicare. Como resultado, CMS enmendará la determinación de cobertura nacional (NCD) 20.29 al eliminar la Sección C, Aplicación Tópica de Oxígeno (Topical Application of Oxygen).

Nota: Aunque un MAC tiene discreción para cubrir el oxígeno tópico para el tratamiento de heridas crónicas, no habrá cobertura para ningún pago adicional o separado por los servicios profesionales de un médico relacionado

con este procedimiento.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10220.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10220, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3921CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3921, CR 10220

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

Inscripción del proveedor

Cantidad de tarifa para solicitud de inscripción del proveedor para el CY 2018

El 4 de diciembre, CMS emitió una notificación: Cantidad de Tarifa para Solicitud de Inscripción del Proveedor para el Año Calendario 2018 [CMS-6075-N]. A partir del 1 de enero de 2018, la tarifa para la solicitud del CY 2018 es \$569 para proveedores institucionales que están:

- Inicialmente inscritos en el programa de Medicare o Medicaid o en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

- Revalidando su inscripción de Medicare, Medicaid, o CHIP
- Añadiendo una nueva localización de práctica de Medicare

Esta tarifa es requerida con cualquier solicitud de inscripción presentada desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018.

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Enero de 2018

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

Cuando: 11 de enero de 2018

Hora: 1:00 p.m. - 2:30 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/0391663.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® para el 22 de noviembre de 2017

MLN Connects® para el 22 de noviembre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Tarifa Fija de Laboratorio Clínico de Medicare: Tarifas de Pago Final de CY 2018
- Día Nacional de Salud Rural
- Tasa de Pago Inadecuada por Debajo del 10 Por Ciento por Primera Vez Desde 2013 del FSS de Medicare de 2017
- Herramienta de Inventario de Medidas de CMS
- Informes de Comentarios y QRUR Anuales de PQRS de 2016: Periodo de Revisión Informal Termina el 1 de diciembre
- Comparación de Hospicio: Orientación de Actualización de Datos Demográficos
- Actualización de Comparación de Hospicio Demorada
- Presentar Sugerencias para Decisiones Precedentes del Consejo de Apelaciones de Medicare
- Hospitales del IPPS: Revisión de los Datos de Reporte de Costos de la Hoja de Cálculo S-10 del FY 2014 y FY 2015
- Recomendación de Vacunación de Influenza: Cada Visita a la Oficina es una Oportunidad

Cumplimiento del proveedor

- Video de OIG: Reportando Fraude a la Oficina del Inspector General — Recordatorio

MLN Connects® para el 30 de noviembre de 2017

MLN Connects® para el 30 de noviembre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Guía de Implementación de QRDA III para el Período de Desempeño del CY 2018
- DMEPOS: Aclaración de Beneficario Viajero
- Función de Búsqueda de Comparación de Hospicio
- El Día Mundial del SIDA es el 1 de diciembre

Cumplimiento del proveedor

- Facturación para Transplantes de Células Madre — Recordatorio

Próximos eventos

- Llamada acerca del Modelo de Expansión del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare — 5 de diciembre
- Webinar acerca de Equipos de Atención Interdisciplinaria

Próximos eventos

- Revisión al Foro Especial de DMEPOS de Puertas Abiertas acerca de los Estándares de Calidad para Inserciones de Zapatos Terapéuticos — 28 de noviembre
- Llamada acerca del Reglamento Final del Programa de Pago de Calidad del Año 2 — 30 de noviembre
- Llamada acerca del Modelo de Expansión del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare — 5 de diciembre
- QRP de SNF: Webinar de Reportes de Retroalimentación Confidencial acerca de Medidas Basadas en Evaluaciones — 6 de diciembre
- Capacitación En-Persona del Programa de Pago de Calidad de LTCH — 6 y 7 de diciembre
- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca de la Ley IMPACT — 12 de diciembre
- Llamada acerca de Alianza Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y QAPI — 14 de diciembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Póster de Fraude y Abuso de Medicare — Nuevo
- Abuso y Fraude de Medicare: Folleto acerca de Prevención, Detección, y Reporte — Revisado
- Hoja Informativa de Participación Desproporcionada de Hospital de Medicare — Revisado
- Los ABCs de la Herramienta Educativa del Examen Físico Preventivo Inicial — Recordatorio

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

para Adultos Mayores — 7 de diciembre

- Llamada acerca de Alianza Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y QAPI — 14 de diciembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca del Programa de Pago de Calidad 2017: Categoría de Desempeño de ACI del MIPS — Nuevo
- Llamada acerca del Programa de Compras Basadas en el Valor de SNF: 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
- Folleto de Servicios de SBIRT — 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 7 de diciembre de 2017

MLN Connects® para el 7 de diciembre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Primer Avance de Prueba Designada para Detectar un Número Extenso de Biomarcadores de Cáncer
- CMS Finaliza Cuidado Comprensivo para Cambios de Modelo de Reemplazo de Articulación, cancela Modelos de Pagos de Episodios y Modelo de Pago de Incentivo por Rehabilitación Cardíaca
- Herramienta Actualizada de Asignación de Medicamentos Opioides de la Parte D de Medicare
- Medidas de Calidad y Costo bajo Consideración: CMS Publica Lista para Pre-reglamentación de 2018
- Reporte de Vista Previa de Proveedores de Hospicio: Revisión para el 30 de diciembre
- Fecha Límite para Solicitar Exención de Dificultad Económica del Programa de Pago de Calidad: 31 de diciembre
- Reportes de Vista Previa de Proveedores de IRF y LTCH: Revisión para el 3 de enero
- Nuevo PEPPER Disponible para Hospitales de Cuidado Agudo de Corto Plazo
- Recursos del Programa de Pago de Calidad
- Póliza de Circunstancias Extremas e Incontrolables para Médicos de MIPS en 2017
- Investigación y Educación Enfocada Limita Revisiones de Expedientes Médicos de MAC
- Documentación de Expedientes Médicos: Plantillas Útiles y Elementos de Datos de Clínica
- Beneficiario Cualificado de Medicare: HETS y Remesas de Pago
- Semana Nacional de Vacunación de Influenza: 3 al 9 de diciembre
- Semana Nacional de Concientización de Lavado de Manos: 3 al 9 de diciembre

Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS acerca de Servicios de Manejo del Día de Dada de Alta de Hospital — Recordatorio

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de Precios de Ventas Promedio de enero de 2018 Disponibles

Próximos eventos

- Webinar acerca de Orientación del Modelo de Expansión del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare — 13 de diciembre
- Llamada acerca de Alianza Nacional para Mejorar el Cuidado de la Demencia y QAPI — 14 de diciembre
- Webinar acerca de QRP de Salud en el Hogar: Propuesta para Eliminar la Medida de la Vacuna de la Influenza de la Clasificación Estrella de la Calidad del Cuidado del Paciente de Salud en el Hogar — 14 de diciembre

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Herramienta Educativa de Estándares de Calidad de DMEPOS — Revisado
- Herramienta Educativa acerca de Tutorial Interactivo de Notificación Anticipada de No Cobertura al Beneficiario — Revisado
- Folleto de Notificaciones Escritas Anticipadas de No Cobertura de Medicare — Revisado
- Folleto acerca de Cómo Utilizar el Manual de Búsquedas de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos — Revisado
- Folleto acerca del Sistema de Pago Prospectivo de Cuidado de Hospital a Largo Plazo — Revisado
- Folleto acerca de Dispositivos Eléctricos de Movilidad — Revisado

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

Medicare Learning Network®

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



MLN Connects® para el 14 de diciembre de 2017

MLN Connects® para el 14 de diciembre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Menos de Cuatro Meses para que Inicie la Transición
- Repaso Trimestral acerca de Comparación de IRF y LTCH: Nuevas Medidas Agregadas
- Repaso Trimestral de Comparación de Hospicio
- Panel de Expertos Técnicos del Plan de Desarrollo de Medida MACRA: Presentar las Nominaciones antes del 20 de diciembre
- Panel Asesor de Medicare sobre Pruebas de Laboratorio de Diagnóstico Clínico: Solicitud de Nominaciones
- Recurso de Declaración de Conformidad de QRDA I
- Tarifa de Solicitud de Inscripción de Proveedor para el CY 2018

Cumplimiento del proveedor

- Pago por Servicios Ambulatorios Prestados a Beneficiarios que son Pacientes Internos en otros Centros
- Facture Correctamente para los Procedimientos de Reemplazo de Dispositivo

Reclamaciones, precios y códigos

- Si Envía Reclamaciones en Papel: Evite Problemas de Transferencia

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Cambios en la Revisión Médica de IRF — Nuevo

- Folleto de Referencia de IRF — Nuevo
- Llamada acerca del Programa de Pago de Calidad: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de las 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 las Reclamaciones de Medicare Relacionadas con el Desastre en Carolina del Sur y Georgia causado por el Huracán Irma — Actualizado
- Catálogo de Diciembre 2017 — Revisado
- Folleto acerca del Sistema de Pago Prospectivo de IRF — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Requerimientos de Excepción del Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS para Suplidores Sin Contrato — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Beneficiario que Viaja a Áreas del Programa de Licitación Competitiva de DMEPOS — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Privacidad Médica de la Información de Salud Protegida — Recordatorio
- Hoja Informativa acerca de Servicios de Integración de Salud Conductual — Recordatorio
- Herramienta Educativa acerca de Conceptos Básicos de Medicare: Acrónimos Utilizados Comúnmente — Recordatorio
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Servicios de Evaluación y Manejo — 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 diciembre de 2017

MLN Connects® para el 21 de diciembre de 2017

Vea esta edición como un PDF 

Nota del Editor

¡Felices fiestas de parte del personal de MLN Connects! La próxima edición regular será publicada el jueves, 4 de enero de 2018.

Noticia y anuncios

- Programa de Incentivo de EHR de Ajuste de Pago de Medicare de 2018 para Médicos Elegibles
- Comparación de Médicos: Información de Desempeño de 2016 Disponible

Cumplimiento del proveedor

- Reclamaciones de Hospitales de Medicare: Evite Códigos de Error — Recordatorio

Próximos eventos

- Llamada acerca de Opción de Acuerdo de Apelaciones

de Volumen Bajo — 9 de enero

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de la Respuesta de Tarifas por Servicio FFS de Medicare a los Fuegos Forestales del Sur de California de 2017 — Nuevo
- Llamada acerca del Modelo de Expansión del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Folleto acerca del Sistema de Pago de Hospicio — Revisado
- Hoja Informativa del Manual de Tarifas Fijas de Ambulancia — Revisado
- Hoja Informativa de Sobrepagos de Medicare — Revisado

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

Sistema de pago prospectivo

Actualización fuera de ciclo al sistema de pago prospectivo de SNF de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10377
Número de petición de cambio relacionado: 10377
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R3928CP
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

La petición de cambio 10377 agrega lógica al pricer del sistema de pago prospectivo (PPS) del centro de enfermería especializada (SNF) para aplicar la reducción de pago del programa de reporte de calidad (QRP) para el año fiscal (FY) 2018.

A partir del año fiscal 2018 y en cada año subsiguiente, si un SNF no presenta los datos de calidad requeridos, sus tasas de pago para el año se reducen en dos puntos porcentuales para ese año fiscal.

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/MM10377.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10377, 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/R3928CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3928, CR 10377

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

Hospital

Medicare no paga a los hospitales de cuidados agudos por los servicios ambulatorios que brindan a los beneficiarios en una hospitalización cubierta en otros centros de Parte A

Número de *MLN Matters*®: SE17033 *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 que facturan servicios hospitalarios para pacientes internos y para hospitales de cuidados agudos que brindan servicios ambulatorios a beneficiarios que son pacientes internos de hospitales de cuidados prolongados (LTCHs), centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados (IRFs), centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados (IPFs) y hospitales de cuidados críticos (CAHs). Este artículo fue revisado el 13 de diciembre para incluir una referencia y un enlace a un reporte reciente de la Oficina del Inspector General acerca de este asunto en la sección de Información Adicional de este artículo. Toda la demás información sigue siendo la misma.

Resumen

En general, Medicare no debe pagarle a un hospital de cuidados agudos por los servicios (por ejemplo, cirugía para pacientes ambulatorios o trabajos de laboratorio) proporcionados a un beneficiario en ese centro cuando el

beneficiario aún sea un paciente interno de otro centro. Los hospitales de cuidados agudos, en virtud de acuerdos con el LTCH, IRF, IPF y/o CAH, deben consultar al LTCH, IRF, IPF y/o CAH para el pago de los servicios para pacientes ambulatorios que brinda al beneficiario mientras sea un paciente interno en ese otro centro. Además, los hospitales de cuidados agudos no deben cobrar a los beneficiarios por los deducibles para pacientes ambulatorios y los pagos de coseguro como resultado de tales servicios.

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/SE17033.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE17033

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

Actualización trimestral de códigos HCPCS utilizados para la aplicación de facturación consolidada de salud en el hogar

Número de *MLN Matters*®: MM10374
 Número de petición de cambio relacionado: 10374
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de noviembre de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3923CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) actualizan periódicamente las listas de códigos HCPCS que son sujetas a la provisión consolidada de facturación del sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (HH PPS). A partir del 1 de abril de 2018, el código A4575 de HCPCS será añadido a la lista de códigos de suministro no rutinarios de facturación consolidada de HH.

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/MM10374.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10374, 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/R3923CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3923, CR 10374

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.



Clínica de Salud Rural

Actualización al capítulo 13 del Manual de la política de beneficios de Medicare de clínica de salud rural (RHC) y centro de salud federalmente cualificado (FQHC)

Número de *MLN Matters*®: MM10350
 Número de petición de cambio relacionado: 10350
 Fecha de emisión de CR relacionado: 17 de noviembre de 2017
 Fecha de efectividad: 15 de febrero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R238BP
 Fecha de implementación: 15 de febrero de 2018

Resumen

La actualización de 2018 del capítulo 13 del Manual de política de beneficios de Medicare – servicios de clínica de salud rural (RHC) y centro de salud federalmente cualificado (FQHC) – provee información de requisitos y políticas de pago para RHCs y FQHCs, según autorizados por la sección 1861(aa) de la Ley de Seguro Social. Este capítulo ahora incluye políticas de pago para manejo de cuidado en las RHCs y FQHCs según finalizadas en el reglamento final del manual de tarifas fijas para médicos del año calendario (CY) 2018. Todas las demás revisiones sirven para clarificar la política existente.

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/MM10350.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10350, 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/R238BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 238, CR 10350

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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.

PARD

Actualización al sistema de pago prospectivo (PPS) de los centros de salud federalmente cualificados (FQHC) para el año calendario 2018 - actualización recurrente de archivos

Número de *MLN Matters*®: MM10334
Número de petición de cambio relacionado: 10334
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de noviembre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3922CP
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10334 le informa a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) que, efectivo el 1 de enero de 2018, los siguientes ítems aplican a reclamaciones de los FQHC:

1. Comenzando en el 2017, la tarifa del PPS de los FQHC es actualizada anualmente por la bolsa del mercado de los FQHC. Basado en datos históricos a través del segundo trimestre del 2017, la bolsa del mercado de los FQHC para el CY 2018 es 1.9 por ciento. Desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018, la tarifa de pago base es \$166.60. La tarifa de pago base de 2018 refleja un incremento de 1.9 por ciento sobre la tarifa de pago base de 2016 de \$163.49.
2. La actualización al PRICER, efectivo para el 1 de enero de 2018, también corrige el factor de ajuste geográfico (GAF) para contratista/localización 0118272 (San Diego-Carlsbad, CA) para ser 1.054

para el CY 2017.

3. Los MACs ajustarán en masa todas las reclamaciones de los FQHC con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2017, hasta el 31 de diciembre de 2017, por localización de contratista 0118272 dentro de los 90 días de la implementación de la CR10334.

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/MM10334.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10334, 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/R3922CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3922, CR 10334

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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.

Revisiones a la hoja de cálculo S-10 del año fiscal 2014 y 2015: Nueva prórroga para todos los hospitales del IPPS

Número de *MLN Matters*®: MM10378
Número de petición de cambio relacionado: 10378
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de diciembre de 2017
Fecha de efectividad: 2 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R1981OTN
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) extendieron la fecha límite para volver a presentar ciertos datos de la Hoja de Cálculo S-10 desde el 31 de octubre de 2017 hasta el 2 de enero de 2018, para todos los hospitales del sistema de pago prospectivo para pacientes internos (IPPS).

La petición de cambio 10378 aclara fechas límite para cargar envíos de hojas de cálculo S-10 revisadas o iniciales al Sistema de Información de Reporte de Costos de Proveedores de Atención Médica (HCRIS, por sus siglas en inglés) para los reportes de costos del año fiscal

(FY) 2014 o FY 2015 que no se han liquidado.

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/MM10378.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10378, 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/R1981OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1981, CR 10378

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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 de Cobertura Local

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Cambios a LCD

Partes A y B del HCPCS de 2018, Cambios a las determinaciones de cobertura local Parte A y Parte B

First Coast Service Options Inc. ha revisado determinaciones de cobertura local (LCDs) impactadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2018. Los códigos de procedimiento se han añadido, revisado, reemplazado y eliminado. Lo siguiente es una lista de las LCDs impactadas.

Partes A y B LCDs Combinadas

- L33261 Pruebas de Alergia
- L36767 Aortografía y Angiografía Periférica
- L36499 Pruebas Genéticas BRCA1 y BRCA2
- L36355 Detección de Cáncer Colorrectal
- L36393 Monitoreo Controlado de Sustancias y Pruebas de Abuso de Drogas
- L33586 Panel de Perfiles de Expresión Génica para uso en el Tratamiento del Cáncer de Mama
- L33684 Factores de Coagulación de la Hemofilia
- L34007 Inmunoglobulina Intravenosa
- L33382 Fusión Espinal Lumbar para la Inestabilidad y Condiciones Degenerativas del Disco
- L34519 Procedimientos de Patología Molecular
- L33777 Servicios No Cubiertos
- L33707 Servicios de Diagnóstico Pulmonar
- L36342 Mamografía de Detección y Diagnóstico
- L33413 Servicios de Terapia y Rehabilitación
- L33414 Fotosensibilizadores Tópicos Utilizados con PDT

- para Queratosis Actínica y Ciertos Cánceres Cutáneos
- L33762 Tratamiento de las Venas Varicosas de la Extremidad Inferior
- L33767 Terapia de Viscosuplementación para la Rodilla

LCD de la Parte A solamente

- L33972 - Programa de Hospitalización Psiquiátrica Parcial

LCD de la Parte B solamente

- L33834 - Intervención/Evaluación de Salud y Comportamiento
- L33910 Centro de Pruebas de Diagnóstico Independiente (IDTF)

Fecha de vigencia

Las revisiones de estas LCDs son efectivas para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

LCDs nuevas

Medición de cistatina C – nueva LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L37561 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada en base al análisis de datos por parte del Grupo de Comunicación de Salvaguardas del Programa (PSCG, por sus siglas en inglés). La Cistatina C (Current Procedural Terminology [CPT®] código 82610) se identificó como aberrante en Florida en comparación con la nación. La cistatina C se ha propuesto e investigado como un marcador mejorado de la función renal y como una posible alternativa a la tasa de filtración glomerular estimada en función de la creatinina sérica (eGFR), así como a un biomarcador para predecir el riesgo cardiovascular. Debido al riesgo de un alto error en el pago de la reclamación en dólares y la falta de pruebas de calidad para muchas indicaciones propuestas, se ha creado la LCD para Medición de Cistatina C.

Esta LCD describe indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica de medición de cistatina

C para cálculo de eGFR, no cobertura de medición de cistatina C para predicción de riesgo cardiovascular, códigos CPT®, códigos de diagnóstico ICD-10-CM, guías de documentación y pautas de utilización.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 2 de febrero de 2018**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de 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](#).

Electrorretinografía (ERG) – nueva LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L37398 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Electrorretinografía (ERG) se desarrolló con la intención de permitir la utilización de la electrorretinografía para diagnosticar la pérdida de la función de la retina o distinguir entre lesiones retinianas y lesiones del nervio óptico y detectar toxicidad cloroquina (Aralen) e hidroxicloroquina (Plaquenil). La LCD no apoya el uso de ERG para el diagnóstico o el tratamiento de glaucoma.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 2 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar seleccionando



“Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de 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](#).

Revisión a las LCDs existentes

Servicios no cubiertos – revisión al artículo de cobertura local de la Parte A y Parte B

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

El artículo de cobertura local de servicios no cubiertos para las fuentes de información y bases de decisión (A52928) se actualizó para agregar 15 fuentes publicadas de solicitudes de reconsideración anteriores (recibidas en julio de 2015 y octubre de 2016) para los códigos C9737/43284/43285/43289 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)/Current Procedural Terminology® (CPT®) para el aumento de banda magnética del esfínter esofágico inferior (LINX, por sus siglas en inglés). Además, se actualizó el historial de revisión de la determinación de cobertura local (LCD) de los servicios no cubiertos; sin embargo, el contenido de la LCD no fue revisado en respuesta a las solicitudes de

reconsideración.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de cobertura local es efectiva para servicios prestados **en o después del 30 de noviembre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar al seleccionar “Documentos Relacionados de Cobertura Local” (“Related Local Coverage Documents”) 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](#).

Fósforo sérico – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L34022 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para fósforo sérico, se determinó que algunas de las palabras en itálicas a través de la LCD no representan citas directas de las fuentes listadas en la LCD de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS); por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados **en o después del 7 de diciembre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

Bifosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de osteoporosis y sus otras indicaciones – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33270 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para bifosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones, se determinó que algunas de las palabras en *itálicas* a través de la LCD no representan citas directas de las fuentes listadas en la LCD de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS); por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados **en o después del 7 de diciembre de 2017**.

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

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

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

LCD ID número: L33257 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para abatacept se revisó en base a una petición de reconsideración. La sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD fue revisada para añadir la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para artritis psoriásica activa en adultos. En adición, los códigos de diagnóstico L40.50, L40.51, L40.52, L40.53, y L40.59 de la ICD-10-CM fueron añadidos a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” del código J0129 de la LCD para el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Además, la sección “Fuentes de Información y Bases para Decisión” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del **2 de enero de 2018**, para servicios prestados **en o después del 30 de junio de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

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

LCD ID número: L36393 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para monitoreo controlado de sustancias y pruebas de abuso de drogas fue revisada en base a una consulta de correspondencia externa. La sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD fue revisada para eliminar el cuadro de medicamentos primarios y metabolitos.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 12 de diciembre de 2017**.

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de 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](#).

Detección de cáncer colorrectal y mamografía de detección y diagnóstico – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L36355 y L36342 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las determinaciones de cobertura local (LCD) para detección de cáncer colorrectal y mamografía de detección y diagnóstico fueron revisadas en base a la petición de cambio (CR) 10181, así como el reemplazo de códigos de mamografía del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), la exención de coseguro y deducible para prevención y otros servicios, y la adición de anestesia y servicios preventivos prolongados.

Se revisó el lenguaje en la LCD de detección de cáncer colorrectal en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD. Se revisó el lenguaje para servicios de anestesia para eliminar el código 00810 del Current Procedural Terminology (CPT®) y se reemplazó con los códigos CPT® 00811 y 00812.

Se revisó la LCD de mamografía de detección y diagnóstico en las secciones “Códigos CPT®/HCPCS” y el “párrafo de Códigos ICD-10 que Apoyan Necesidad Médica” de la LCD para eliminar el código G0202 del HCPCS y reemplazarlo con el código CPT® 77067, se eliminó el código G0204 del HCPCS y se

reemplazó con el código CPT® 77066, y se eliminó el código G0206 del HCPCS y se reemplazó con el código CPT® 77065.

Aún más, la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD de mamografía de detección y diagnóstico se revisó para eliminar los códigos CPT®/HCPCS: 77065, 77066, y G0279 de la sección “Códigos Grupo 1” de la LCD y añadirlos como “Códigos Grupo 2” para ser consistente con los grupos en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Fecha de vigencia

Las revisiones a la LCD, en base a la CR 10181, son efectivas para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2018**. La revisión adicional a la LCD de mamografía de detección y diagnóstico es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 1 de enero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Anexos” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

Monitorización Electrocardiográfica Utilizable (WEM) de Largo Plazo – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33380 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la monitorización electrocardiográfica utilizable (WEM) de largo plazo se revisó en base a una solicitud de reconsideración. La sección “Códigos Current Procedural Terminology (CPT®)/Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)” de la LCD actual fue revisada para eliminar los códigos CPT 0295T-0298T de la sección “Párrafo Grupo 1” de la LCD y agregarlos a la sección “Códigos del Grupo 1” de la LCD. Además, la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD fue actualizada para agregar los códigos CPT 0295T-0298T a la sección “Párrafo Grupo 1” de la LCD. Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD. Además, la sección “Códigos CPT/HCPCS” de la LCD fue revisada para eliminar los códigos CPT 93268-93272 de la sección “Códigos del Grupo 1” de la LCD y agregarlos como

“Códigos del Grupo 2” para ser coherentes con los grupos de la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Fecha de vigencia

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

Escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) – revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L33751 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) de escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) fue revisada como un esfuerzo colaborativo con NOVITAS para tener cobertura estandarizada entre ambos contratistas administrativos de Medicare (MACs) para las jurisdicciones de JH, JL, y JN.

La LCD fue revisada para actualizar las siguientes secciones: “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica”, “Historial/Trasfondo y/o Información General”, “Indicaciones Cubiertas”, “Limitaciones”, “Códigos CPT/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación”, “Guías de Utilización”, y “Fuentes de Información y Bases para Decisión”. Además, las siguientes secciones fueron añadidas a la LCD: “Resumen de Evidencia” y “Análisis de Evidencia (Razonamiento para Determinación)”.

El lenguaje en la LCD fue revisado para dirigirse a los requisitos razonables y necesarios para procedimientos de SCODI. Los códigos de diagnóstico fueron revisados debido a códigos inadecuados en la LCD que le sigue a la transición de ICD-10-CM. Se añadieron requisitos adicionales a la sección “Requisitos de Documentación” de la LCD. Finalmente, se añadieron parámetros de utilización a la sección de las “Guías de Utilización” de la LCD para pacientes cuyas condiciones oftalmológicas primarias son relacionadas a enfermedad de la retina y pacientes con condiciones de la retina que están bajo tratamiento activo de medicina intravítrea.

Servicios no cubiertos (códigos de procedimiento 0387T, 0389T-0391T) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

A partir del 18 de enero de 2017, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cubren los marcapasos sin conductores a través de la cobertura con evidencia de desarrollo (CED, por sus siglas en inglés). CMS cubre los marcapasos sin conductores cuando los procedimientos se realizan en estudios aprobados por la Food and Drug Administration (FDA). CMS también cubre, en estudios longitudinales prospectivos, marcapasos sin conductores que se utilizan de acuerdo con la etiqueta aprobada por la FDA para los dispositivos que tienen: un estudio post-aprobación en curso aprobado por la FDA; o completó un estudio posterior a la aprobación de la FDA. Los marcapasos sin conductores no están cubiertos cuando se suministran fuera de un estudio de CED aprobado por CMS.

Con base en la petición de cambio (CR) 10117 (determinación de cobertura nacional (NCD 20.8.4); marcapasos sin conductores), la determinación de



Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 25 de enero de 2018**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (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 (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

cobertura local de servicios no cubiertos (LCD) ha sido revisada para eliminar los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 0387T, 0389T, 0390T y 0391T de la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD debajo del subtítulo “Procedimientos para la Parte A y la Parte B”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 2 de enero de 2018**, para servicios prestados **en o después del 18 de enero de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar al seleccionar “Adjuntos” 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](#).

Cuidado de heridas – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L37166 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el cuidado de heridas fue revisada para agregar los códigos de ingresos 0982 y 0983 a la sección “Códigos de Ingresos” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 7 de diciembre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de 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](#).

Angiografía Tomográfica Computarizada del Tórax, Corazón y Arterias Coronarias – revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L33282 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

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

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 2 de enero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

Nota: Para revisar las determinaciones de cobertura local (LCDs) 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

855-416-4199

Sitios web

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

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

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo

médico duradero (DMERC) DME,

dispositivos ortóticos y próstéticos,

suministros de llevar a casa, y

reclamaciones de medicamentos orales

anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

Servicios de rehabilitación

Edición actualizada de los servicios de terapia siempre

Número de *MLN Matters*®: MM10176 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10176
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de dic. de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3936CP
 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 21 de diciembre para reflejar una CR 10176 actualizada. La CR fue revisada para eliminar el código HCPCS 97532 de la lista de códigos de terapia en el archivo adjunto a la CR. Ese código también se elimina de la lista de esos códigos en este artículo. Además, en el artículo, se cambió la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la transmisión. 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 de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10176.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10176, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3936CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3936, CR 10176

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. La información 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 y cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Tarifas

Reducción de pago para rayos X tomados utilizando radiografía computarizada

Número de *MLN Matters*®: MM10188
 Número de petición de cambio relacionado: 10188
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de julio de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3820CP
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10188 anuncia una nueva disposición que implementa una reducción de pago del siete por ciento para servicios de imágenes que son rayos X tomados utilizando radiografía computarizada (incluida la porción de componente técnico de un servicio global) suministrada durante 2018, 2019, 2020, 2021, o 2022. Los servicios de rayos X proporcionados durante 2023 o un año posterior se reducirán en un 10 por ciento.

Para implementar esta disposición, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid crearon el modificador FY. A partir de 2018, las reclamaciones por servicios de radiografía computarizada que se proporcionan para rayos

X deben incluir el modificador FY que dará como resultado la reducción de pago aplicable.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10188.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10188, 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/R3820CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3820, CR 10188

Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. 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 y cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Determinaciones de Cobertura Local

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 de cobertura local (LCD). Los proveedores pueden obtener el texto completo de las LCD en nuestro sitio web de educación <https://medicareespanol.fcs.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.

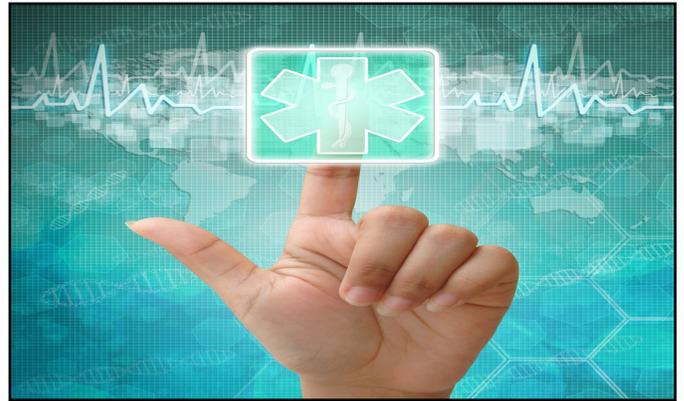
Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia de 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.fcs.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.fcs.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**.

Cambios a LCD

Partes A y B del HCPCS de 2018, Cambios a las determinaciones de cobertura local Parte A y Parte B

First Coast Service Options Inc. ha revisado determinaciones de cobertura local (LCDs) impactadas por la actualización anual del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de 2018. Los códigos de procedimiento se han añadido, revisado, reemplazado y eliminado. Lo siguiente es una lista de las LCDs impactadas.

Partes A y B LCDs Combinadas

L33261 Pruebas de Alergia
 L36767 Aortografía y Angiografía Periférica
 L36499 Pruebas Genéticas BRCA1 y BRCA2
 L36355 Detección de Cáncer Colorrectal
 L36393 Monitoreo Controlado de Sustancias y Pruebas de Abuso de Drogas
 L33586 Panel de Perfiles de Expresión Génica para uso en el Tratamiento del Cáncer de Mama
 L33684 Factores de Coagulación de la Hemofilia
 L34007 Inmunoglobulina Intravenosa
 L33382 Fusión Espinal Lumbar para la Inestabilidad y Condiciones Degenerativas del Disco
 L34519 Procedimientos de Patología Molecular
 L33777 Servicios No Cubiertos
 L33707 Servicios de Diagnóstico Pulmonar
 L36342 Mamografía de Detección y Diagnóstico
 L33413 Servicios de Terapia y Rehabilitación
 L33414 Fotosensibilizadores Tópicos Utilizados con PDT

para Queratosis Actínica y Ciertos Cánceres Cutáneos
 L33762 Tratamiento de las Venas Varicosas de la Extremidad Inferior
 L33767 Terapia de Viscosuplementación para la Rodilla

LCD de la Parte A solamente

L33972 - Programa de Hospitalización Psiquiátrica Parcial

LCD de la Parte B solamente

L33834 - Intervención/Evaluación de Salud y Comportamiento
 L33910 Centro de Pruebas de Diagnóstico Independiente (IDTF)

Fecha de vigencia

Las revisiones de estas LCDs son efectivas para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

LCDs nuevas

Medición de cistatina C – nueva LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L37561 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta determinación de cobertura local (LCD) fue desarrollada en base al análisis de datos por parte del Grupo de Comunicación de Salvaguardas del Programa (PSCG, por sus siglas en inglés). La Cistatina C (Current Procedural Terminology [CPT®] código 82610) se identificó como aberrante en Florida en comparación con la nación. La cistatina C se ha propuesto e investigado como un marcador mejorado de la función renal y como una posible alternativa a la tasa de filtración glomerular estimada en función de la creatinina sérica (eGFR), así como a un biomarcador para predecir el riesgo cardiovascular. Debido al riesgo de un alto error en el pago de la reclamación en dólares y la falta de pruebas de calidad para muchas indicaciones propuestas, se ha creado la LCD para Medición de Cistatina C.

Esta LCD describe indicaciones y limitaciones de cobertura y/o necesidad médica de medición de cistatina

C para cálculo de eGFR, no cobertura de medición de cistatina C para predicción de riesgo cardiovascular, códigos CPT®, códigos de diagnóstico ICD-10-CM, guías de documentación y pautas de utilización.

Fecha de vigencia

Esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 2 de febrero de 2018**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de 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](#).

Electrorretinografía (ERG) – nueva LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L37398 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para Electrorretinografía (ERG) se desarrolló con la intención de permitir la utilización de la electrorretinografía para diagnosticar la pérdida de la función de la retina o distinguir entre lesiones retinianas y lesiones del nervio óptico y detectar toxicidad cloroquina (Aralen) e hidroxicloroquina (Plaquenil). La LCD no apoya el uso de ERG para el diagnóstico o el tratamiento de glaucoma.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 2 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar seleccionando



“Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de 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](#).

Revisión a las LCDs existentes

Servicios no cubiertos – revisión al artículo de cobertura local de la Parte A y Parte B

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

El artículo de cobertura local de servicios no cubiertos para las fuentes de información y bases de decisión (A52928) se actualizó para agregar 15 fuentes publicadas de solicitudes de reconsideración anteriores (recibidas en julio de 2015 y octubre de 2016) para los códigos C9737/43284/43285/43289 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)/Current Procedural Terminology® (CPT®) para el aumento de banda magnética del esfínter esofágico inferior (LINX, por sus siglas en inglés). Además, se actualizó el historial de revisión de la determinación de cobertura local (LCD) de los servicios no cubiertos; sin embargo, el contenido de la LCD no fue revisado en respuesta a las solicitudes de

reconsideración.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de cobertura local es efectiva para servicios prestados **en o después del 30 de noviembre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar al seleccionar “Documentos Relacionados de Cobertura Local” (“Related Local Coverage Documents”) 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](#).

Fósforo sérico – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L34022 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para fósforo sérico, se determinó que algunas de las palabras en itálicas a través de la LCD no representan citas directas de las fuentes listadas en la LCD de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS); por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados **en o después del 7 de diciembre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

Bifosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de osteoporosis y sus otras indicaciones – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33270 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Basado en una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para bifosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones, se determinó que algunas de las palabras en *itálicas* a través de la LCD no representan citas directas de las fuentes listadas en la LCD de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS); por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios

prestados **en o después del 7 de diciembre de 2017**.

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

Las pautas de codificación para una LCD (cuando están presentes) se pueden encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

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

LCD ID número: L33257 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para abatacept se revisó en base a una petición de reconsideración. La sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD fue revisada para añadir la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para artritis psoriásica activa en adultos. En adición, los códigos de diagnóstico L40.50, L40.51, L40.52, L40.53, y L40.59 de la ICD-10-CM fueron añadidos a la sección “Códigos de ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” del código J0129 de la LCD para el Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Además, la sección “Fuentes de Información y Bases para Decisión” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas en o después del **2 de enero de 2018**, para servicios prestados **en o después del 30 de junio de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

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

LCD ID número: L36393 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para monitoreo controlado de sustancias y pruebas de abuso de drogas fue revisada en base a una consulta de correspondencia externa. La sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD fue revisada para eliminar el cuadro de medicamentos primarios y metabolitos.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 12 de diciembre de 2017**.

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de 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](#).

Detección de cáncer colorrectal y mamografía de detección y diagnóstico – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L36355 y L36342 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las determinaciones de cobertura local (LCD) para detección de cáncer colorrectal y mamografía de detección y diagnóstico fueron revisadas en base a la petición de cambio (CR) 10181, así como el reemplazo de códigos de mamografía del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), la exención de coseguro y deducible para prevención y otros servicios, y la adición de anestesia y servicios preventivos prolongados.

Se revisó el lenguaje en la LCD de detección de cáncer colorrectal en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD. Se revisó el lenguaje para servicios de anestesia para eliminar el código 00810 del Current Procedural Terminology (CPT®) y se reemplazó con los códigos CPT® 00811 y 00812.

Se revisó la LCD de mamografía de detección y diagnóstico en las secciones “Códigos CPT®/HCPCS” y el “párrafo de Códigos ICD-10 que Apoyan Necesidad Médica” de la LCD para eliminar el código G0202 del HCPCS y reemplazarlo con el código CPT® 77067, se eliminó el código G0204 del HCPCS y se

reemplazó con el código CPT® 77066, y se eliminó el código G0206 del HCPCS y se reemplazó con el código CPT® 77065.

Aún más, la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD de mamografía de detección y diagnóstico se revisó para eliminar los códigos CPT®/HCPCS: 77065, 77066, y G0279 de la sección “Códigos Grupo 1” de la LCD y añadirlos como “Códigos Grupo 2” para ser consistente con los grupos en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Fecha de vigencia

Las revisiones a la LCD, en base a la CR 10181, son efectivas para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2018**. La revisión adicional a la LCD de mamografía de detección y diagnóstico es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 1 de enero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Anexos” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

Monitorización Electrocardiográfica Utilizable (WEM) de Largo Plazo – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33380 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para la monitorización electrocardiográfica utilizable (WEM) de largo plazo se revisó en base a una solicitud de reconsideración. La sección “Códigos Current Procedural Terminology (CPT®)/Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)” de la LCD actual fue revisada para eliminar los códigos CPT 0295T-0298T de la sección “Párrafo Grupo 1” de la LCD y agregarlos a la sección “Códigos del Grupo 1” de la LCD. Además, la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD fue actualizada para agregar los códigos CPT 0295T-0298T a la sección “Párrafo Grupo 1” de la LCD. Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD. Además, la sección “Códigos CPT/HCPCS” de la LCD fue revisada para eliminar los códigos CPT 93268-93272 de la sección “Códigos del Grupo 1” de la LCD y agregarlos como

“Códigos del Grupo 2” para ser coherentes con los grupos de la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

Fecha de vigencia

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de LCD.

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

Escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) – revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L33751 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) de escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) fue revisada como un esfuerzo colaborativo con NOVITAS para tener cobertura estandarizada entre ambos contratistas administrativos de Medicare (MACs) para las jurisdicciones de JH, JL, y JN.

La LCD fue revisada para actualizar las siguientes secciones: “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica”, “Historial/Trasfondo y/o Información General”, “Indicaciones Cubiertas”, “Limitaciones”, “Códigos CPT/HCPSCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación”, “Guías de Utilización”, y “Fuentes de Información y Bases para Decisión”. Además, las siguientes secciones fueron añadidas a la LCD: “Resumen de Evidencia” y “Análisis de Evidencia (Razonamiento para Determinación)”.

El lenguaje en la LCD fue revisado para dirigirse a los requisitos razonables y necesarios para procedimientos de SCODI. Los códigos de diagnóstico fueron revisados debido a códigos



inadecuados en la LCD que le sigue a la transición de ICD-10-CM. Se añadieron requisitos adicionales a la sección “Requisitos de Documentación” de la LCD. Finalmente, se añadieron parámetros de utilización a la

sección de las “Guías de Utilización” de la LCD para pacientes cuyas condiciones oftalmológicas primarias son relacionadas a enfermedad de la retina y pacientes con condiciones de la retina que están bajo tratamiento activo de medicina intravítrea.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 25 de enero de 2018**. Las LCDs de First Coast Service Options Inc. están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (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 (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Servicios no cubiertos (códigos de procedimiento 0387T, 0389T-0391T) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

A partir del 18 de enero de 2017, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) cubren los marcapasos sin conductores a través de la cobertura con evidencia de desarrollo (CED, por sus siglas en inglés). CMS cubre los marcapasos sin conductores cuando los procedimientos se realizan en estudios aprobados por la Food and Drug Administration (FDA). CMS también cubre, en estudios longitudinales prospectivos, marcapasos sin conductores que se utilizan de acuerdo con la etiqueta aprobada por la FDA para los dispositivos que tienen: un estudio post-aprobación en curso aprobado por la FDA; o completó un estudio posterior a la aprobación de la FDA. Los marcapasos sin conductores no están cubiertos cuando se suministran fuera de un estudio de CED aprobado por CMS.

Con base en la petición de cambio (CR) 10117 (determinación de cobertura nacional (NCD 20.8.4); marcapasos sin conductores), la determinación de

cobertura local de servicios no cubiertos (LCD) ha sido revisada para eliminar los códigos Current Procedural Terminology (CPT®) 0387T, 0389T, 0390T y 0391T de la sección “Códigos CPT®/HCPSCS” de la LCD debajo del subtítulo “Procedimientos para la Parte A y la Parte B”.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 2 de enero de 2018**, para servicios prestados **en o después del 18 de enero de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar al seleccionar “Adjuntos” 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](#).

Cuidado de heridas – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L37166 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para el cuidado de heridas fue revisada para agregar los códigos de ingresos 0982 y 0983 a la sección “Códigos de Ingresos” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 7 de diciembre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de 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](#).

Angiografía Tomográfica Computarizada del Tórax, Corazón y Arterias Coronarias – revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L33282 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

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

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 2 de enero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) se puede encontrar seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

Búsqueda de LCDs

First Coast Service Options Inc. ofrece múltiples funcionalidades de búsqueda de determinación de cobertura local (LCD) que le ayudan a encontrar las LCDs que necesita. Las herramientas de búsqueda de LCD ofrecen una manera rápida y directa para que los proveedores busquen LCDs.

Los proveedores pueden buscar por ID de LCD, palabra clave (título solamente) o código HCPCS para encontrar los resultados que necesitan en un instante. [Haga clic aquí](#) para más información.



Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte 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

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte 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

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte 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

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

Email: 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 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.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

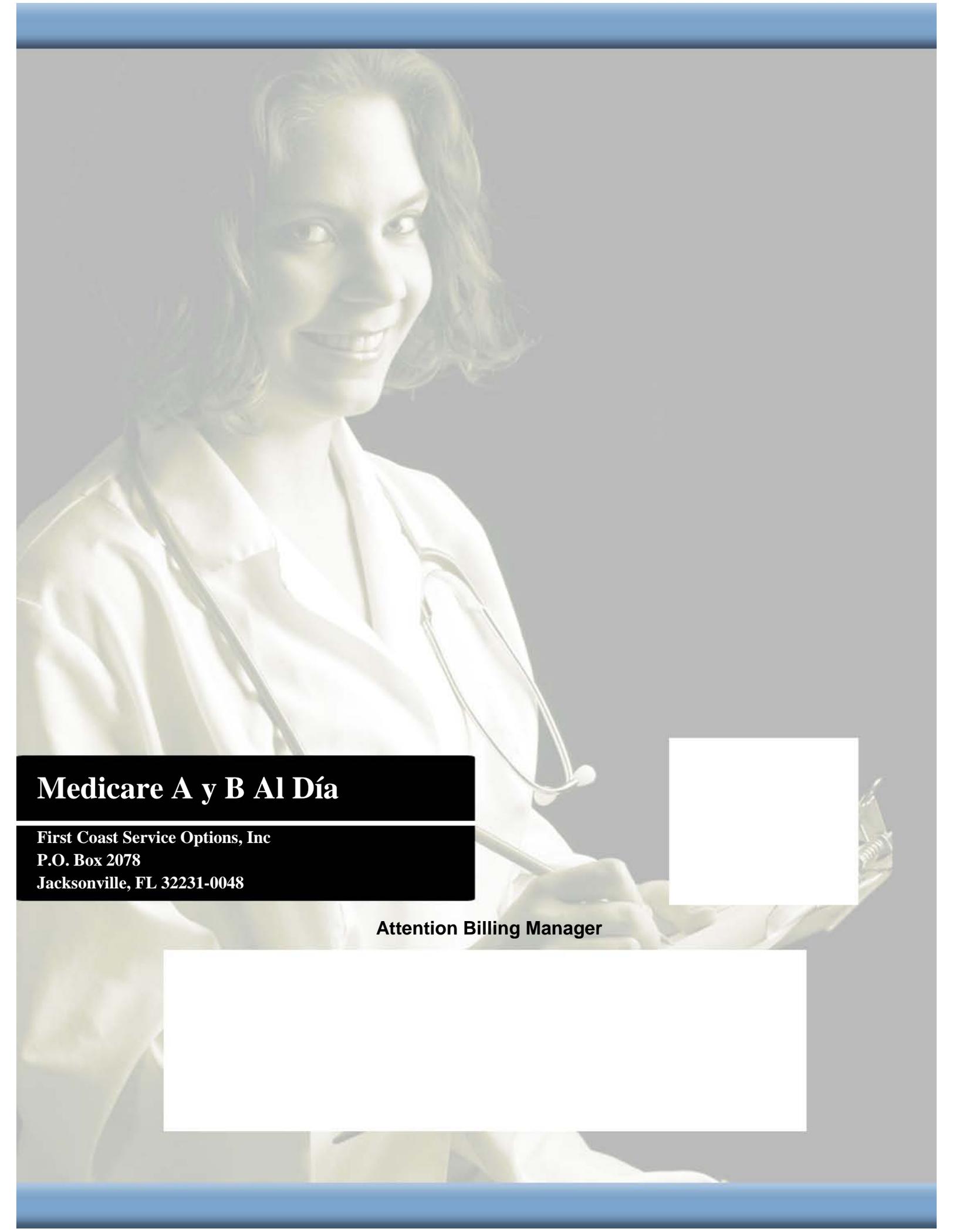
First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager