

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Enero 2018



## En esta edición

- Resumen de las políticas en el reglamento final de MPFS de 2018 y el pago de tarifa del sitio de origen de telesalud..... 3
- 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).....13

## Precio de venta promedio trimestral de abril de CMS actualiza los gastos de viaje de 2018 de Medicare para colección de especímenes

Número de *MLN Matters*®: MM10448  
Número de petición de cambio relacionado: 10448  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3942CP  
Fecha de implementación: 22 de enero de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron la petición de cambio (CR) 10448, la cual revisa el pago de gastos de viaje cuando son facturados en base al millaje utilizando el código P9603 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y cuando son facturados en base a una tarifa fija utilizando el código P9604 del HCPCS.

CMS calculó el subsidio por milla utilizando la tasa de millaje federal de \$0.545 por milla más \$0.45 adicional por milla para cubrir el tiempo y los gastos de viaje de un técnico. La base de tarifa fija de subsidio por viaje es \$10.00.

### 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/MM10448.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10448, 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/R3942CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3942, CR 10448

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



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

### Tarifas

Precio venta promedio trimestral abril CMS actualiza los gastos viajes 2018-Medicare para colección de especímenes.....	1
Resumen de políticas reglamento final MPFS 2018 y pago tarifa sitio origen telesalud.....	3
Precio de venta prom. trim. abril 2018 Medicare Parte B archivos precios medicamentos.....	3
Actualización 2018 a tarifa fija DMEPOS.....	4

### MUE

Modificaciones servicios médicamente improbables y proced. quirúrgicos bilaterales.....	4
---	---

### Cobertura

Precio de venta prom. trim. Cambios de abril al software de edición NCD de lab.....	5
Revs. ICD-10 y otras codificaciones a NDCs.....	5

### Remesa de Pago

Supresión SPR 45 días si tamb. recibe ERA.....	6
--	---

### Facturación

Reembolsos no solicitados/voluntarios.....	6
--	---

### Recursos educativos

Calendario de eventos.....	7
MLN Connects® para el 4 de enero de 2018.....	8
MLN Connects® para el 11 de enero de 2018.....	8
MLN Connects® para el 18 de enero de 2018.....	9

## Parte A

### Hospital

Corrección para prevenir el pago de reclamaciones de inf. pacientes hospitalizados solo para benef. inscritos en planes de MA.....	10
Especificaciones editor códigos para pacientes ambulatorios integrado de enero 2018.....	10

### ESRD

Ajuste transitorio pago adicional medicamentos para medicamentos de ESRD.....	11
---	----

### PPS

Actualización enero 2018 al PPS para pacientes ambulatorios de hospital.....	12
--	----

### Clinica de Salud Rural

Actualización al Cap. 13 Manual de Política Beneficios de Medicare de (RHC) y (FQHC).....	13
---	----

### LCDs de la Parte A.....

#### Revisión a las LCDs existentes

Análogos de la hormona (LHRH) - revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	15
Estudios de Susceptibilidad: revisión a las "guías de codificación" LCD de Partes A y B.....	15
Mamografía de Detección y Diagnóstico – revisión a la LCD de las Partes A y B.....	15
Proced. no cubiertos – tratamiento endoscópico de (GERD) rev. a LCD Partes A y B.....	16
Factores de coagulación de hemofilia – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	16
(MAC) Ciertos Servs. Manejo del Dolor Intervencionistas – rev. LCD de las Partes A y B.....	17
Escaneo Dúplex de Arterias de Extremidades Inferiores – rev. a LCD de Partes A y B.....	17
Estim. magnética transcran. trastorno depresivo mayor – rev. LCD Partes A y B.....	17
Estudios Fisiol. No Invas. Arterias Extremidades Sup. Inf.-- revisión LCD Partes A y B.....	18
Anticuerpo Superficie Hepatitis B y Antígeno Superficie -- revisión LCD Partes A y B.....	18

CalcioTotal -- rev. a LCD de las Partes A y B.....	19
Terapia de viscosuplementación para la rodilla -- revisión a LCD de las Partes A y B.....	19
Proced. patología molecular para la tipificación de (HLA) -- rev. a LCD Partes A y B.....	19
Servicios no cubiertos -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	20
(MRA) -- revisión a LCD de las Partes A y B.....	20
Monitoreo Control. Susts. y Pruebas de Abuso de Drogas -- rev. LCD de las Partes A y B.....	21
Servs. No Cub. (Cód. proced. 0449T y 0450T) – rev. art. cobertura local Partes A y B.....	21
<b>Contactos de Parte A.....</b>	<b>22</b>

## Parte B

### Centro de cirugía ambulatoria

Actualización enero del sistema pago ASC.....	23
---	----

### Laboratorio clínico

Nuevas pruebas exentas.....	23
Códigos sujetos a y excluidos de edic. CLIA.....	24

### NCCI

Uso adecuado del modificador 59.....	24
--------------------------------------	----

### Facturación

Lista 2018 jurisdic. códigos. HCPCS DMEPOS.....	25
---	----

### MREP

Actualización a los códigos. CARC y RARC para utilizar con MREP 4.6.....	25
--	----

### LCDs de la Parte B.....

#### Revisión a las LCDs existentes

Análogos de la hormona (LHRH) - revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	27
Estudios de Susceptibilidad: revisión a las "guías de codificación" LCD de Partes A y B.....	27
Mamografía de Detección y Diagnóstico – revisión a la LCD de las Partes A y B.....	27
Proced. no cubiertos – tratamiento endoscópico de (GERD) rev. a LCD Partes A y B.....	28
Factores de coagulación de hemofilia -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	28
(MAC) Ciertos Servs. Manejo del Dolor Intervencionistas – rev. LCD de las Partes A y B.....	29
Escaneo Dúplex de Arterias de Extremidades Inferiores – rev. a LCD de Partes A y B.....	29
Estim. magnética transcran. trastorno depresivo mayor -- rev. LCD Partes A y B.....	29
Estudios Fisiol. No Invas. Arterias Extremidades Sup. Inf.-- revisión LCD Partes A y B.....	30
Anticuerpo Superficie Hepatitis B y Antígeno Superficie -- revisión LCD Partes A y B.....	30
CalcioTotal -- rev. a LCD de las Partes A y B.....	31
Terapia de viscosuplementación para la rodilla -- revisión a LCD de las Partes A y B.....	31
Proced. patología molecular para la tipificación de (HLA) -- rev. a LCD Partes A y B.....	31
Servicios no cubiertos -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	32
(MRA) -- revisión a LCD de las Partes A y B.....	32
Monitoreo Control. Susts. y Pruebas de Abuso de Drogas -- rev. LCD de las Partes A y B.....	33
Servs. No Cub. (Cód. proced. 0449T y 0450T) – rev. art. cobertura local Partes A y B.....	33
<b>Información de contacto Puerto Rico.....</b>	<b>34</b>
<b>Información de contacto Florida.....</b>	<b>35</b>
<b>Información de contacto Islas Virgenes de los Estados Unidos.....</b>	<b>36</b>

## 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© 2018 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© 2017 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.*

## Tarifas

# Resumen de las políticas en el reglamento final de MPFS de 2018 y el pago de la tarifa del sitio de origen de telesalud

Número de *MLN Matters*®: MM10393  
Número de petición de cambio relacionado: 10393  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3938CP  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10393 proporciona un resumen de las políticas en el reglamento final de tarifas fijas de médico de Medicare (MPFS) de 2018. La siguiente es una lista de algunos de los cambios:

- Actualización general de pago y objetivo de código mal valorado
- Tasas de pago para departamentos hospitalarios basados en el proveedor, fuera del campus, no exceptuados, pagados bajo el MPFS
- Actualización del monto de pago de la tarifa del sitio de origen de telesalud y nuevos códigos
  - Para el año calendario (CY) 2018 la cantidad de pago para el código Q3014 (tarifa del centro del sitio de origen de Telesalud) de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) es 80 por ciento del menor del cargo actual o \$25.76
  - Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) están finalizando la

adición de varios códigos a la lista de servicios de telesalud para el CY 2018, incluyendo: G0296, G0506, 90785, 90839, 90840, 96160, y 96161.

- Mejora de las tasas de pago para los servicios de salud del comportamiento basados en el consultorio
- Nuevos códigos para servicios preventivos prolongados

### 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/MM10393.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10393, 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/R3938CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3938, CR 10393

*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.*

# Precio de venta promedio trimestral de abril de 2018 de Medicare Parte B de los archivos de precios de medicamentos

Número de *MLN Matters*®: MM10447  
Número de petición de cambio relacionado: 10447  
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de enero de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3947CP  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

### Resumen

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

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago de reclamaciones por medicamentos pagados por separado de Medicare Parte B, procesados o reprocesados en o después del 2 de abril de 2018, con fechas de servicio del 1 de abril de 2018 al 30 de junio de 2018.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10447.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10447, 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/2018Downloads/R3947CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3947, CR 10447

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

## Actualización de 2018 a la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*®: MM10395  
 Número de petición de cambio relacionado: 10395  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de diciembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3931CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

La tarifa fija de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y provisiones médicas (DMEPOS) es actualizada trimestralmente, cuando es necesario, para poder implementar cantidades de tarifas fijas para códigos nuevos y existentes, según corresponda, y aplicar cambios en políticas de pago.

El pago según la tarifa fija es un requisito reglamentario en 42 CFR (Código de Regulaciones Federales) §414.102 para nutrición parenteral y enteral (PEN), férulas y yesos, y lentes intraculares (IOL) insertados en el consultorio de un médico.

### 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/MM10395.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10395, 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/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/R3931CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3931, CR 10395

*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.*

## MUE

## Modificaciones por servicios médicamente improbables y procedimientos quirúrgicos bilaterales

Número de *MLN Matters*®: SE1422 *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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) completaron una revisión de los datos de modificaciones por servicios médicamente improbables (MUE) de reclamaciones y confirmaron un patrón de facturación inadecuada para los procedimientos quirúrgicos bilaterales utilizando múltiples líneas para evitar las ediciones de reclamación. Este artículo fue revisado con más detalles y ejemplos y fue vuelto a publicar el 17 de enero. Los proveedores que realizan procedimientos quirúrgicos bilaterales deben revisar el artículo completo.

### Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) completaron una revisión de los datos de modificaciones por servicios médicamente improbables (MUE) de reclamaciones y confirmaron un patrón de facturación inadecuada para los procedimientos quirúrgicos bilaterales utilizando múltiples líneas para evitar las ediciones de reclamación.

De acuerdo con CMS, la práctica de utilizar múltiples líneas sobrecarga a los beneficiarios y al programa de Medicare. CMS comenzará a implementar los cambios a las MUE para los procedimientos quirúrgicos bilaterales

el 1 de julio de 2014. Las instrucciones de facturación de Medicare requieren que las reclamaciones para ciertos procedimientos quirúrgicos bilaterales sean presentadas utilizando el modificador -50 y una unidad de servicio (UOS).

Se anima al personal de facturación a revisar los procesos de reclamaciones para los procedimientos bilaterales para asegurar que el modificador -50 sea utilizado de acuerdo con la codificación correcta de Medicare y las instrucciones de presentación de reclamaciones.

CMS desarrolló las MUE para reducir los errores de reclamaciones pagadas para las reclamaciones de la Parte B. Una MUE para un código de procedimiento es el máximo de unidades de servicio que un proveedor reportaría bajo la mayoría de las circunstancias para un sólo beneficiario en una sola fecha de servicio.

### 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/SE1422.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1422

*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

# Precio de venta promedio trimestral de abril de Cambios de abril al software de edición de NCD de laboratorio

Número de *MLN Matters*®: MM10424  
Número de petición de cambio relacionado: 10424  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R3937CP  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

## Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron instrucciones para los contratistas administrativos de Medicare (MAC) acerca de los cambios en la determinación de cobertura nacional (NCD) de laboratorio. Se desarrolló e incorporó un software uniforme a nivel nacional en los sistemas compartidos de Medicare para que las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCDs (Publicación 100-03, Secciones 190.12-190.34) se procesaran 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 MAC no buscarán archivos para retractar el pago de las reclamaciones ya pagadas o pagarán retroactivamente

## Revisiones de ICD-10 y otras codificaciones a determinaciones de cobertura nacional (NCDs)

Número de *MLN Matters*®: MM10318 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10318  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de enero de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R2005OTN  
Fecha de implementación: 29 de enero de 2018, 2 de abril de 2018, y 2 de julio de 2018. Vea la CR para detalles.

*La petición de cambio (CR) 10318 hace ajustes de codificación y clarificación a las NCDs 20.9, 20.9.1, 20.16, 20.29, 20.30, 20.33, 40.1, 80.2, 80.2.1, 80.3, 80.3.1, 110.18, 110.21, 110.23, 160.27, 190.3, 190.11, 220.4, 220.6.17, 260.1, 220.13, 270.1, 270.3, y 80.11. Este artículo fue revisado el 19 de enero para reflejar una revisión a la CR 10318 emitida el 18 de enero. En el artículo, se revisaron la fecha de publicación de la CR, la fecha de implementación de MAC, el número de transmisión y la dirección web de la CR. Toda la demás información permanece igual.*

## 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

las reclamaciones, sino que ajustarán las reclamaciones que usted lleve 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/MM10424.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10424, 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/R3937CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3937, CR 10424

*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.*

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 (en inglés) 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/2018Downloads/R2005OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2005, CR 10318

*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.*

**Remesa de pago**

## Supresión de la SPR en 45 días si también recibe ERA

Número de *MLN Matters*®: MM10151 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 10151  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de diciembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1994OTN  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

*La remesa de pago en papel estándar (SPR) es la versión impresa de una remesa de pago electrónica (ERA). La petición de cambio 10151 establece que a partir del 2 de enero de 2018, los administradores del sistema deben eliminar la emisión de SPRs a aquellos que también han estado recibiendo transacciones de ERA por 45 días o más. Este artículo fue revisado el 29 de diciembre para re dejar una revisión a la CR 10151 emitida el 28 de diciembre. En el artículo, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR fueron revisados. Toda la demás información permanece igual.*

**Resumen**

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

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

**Información adicional**

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10151, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R1994OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1994, CR 10151

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

**Facturación**

## Reembolsos no solicitados/voluntarios

Los contratistas de Medicare reciben reembolsos no solicitados/voluntarios (es decir, dinero recibido que no está relacionado a una cuenta por cobrar abierta).

Los contratistas de Parte A generalmente reciben reembolsos no solicitados/voluntarios en forma de una factura de ajuste, pero pueden recibir algunos reembolsos no solicitados/voluntarios como cheques.

Los contratistas de la Parte B generalmente reciben cheques. Fondos considerables son devueltos a los fondos fiduciarios cada año a través de tales reembolsos no solicitados/voluntarios.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid les recuerda a los proveedores que:

La aceptación de un reembolso voluntario como repago para las reclamaciones especificadas en ninguna manera afecta o limita los derechos del gobierno federal o ninguna de sus agencias o agentes,



para perseguir cualquier criminal correspondiente, civil o recursos administrativos que surjan o que estén relacionados a estas u otras reclamaciones.

Fuente (en inglés): *CMS Pub. 100-06, Capítulo 5, Sección 410.10*

*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>

#### febrero de 2018

Servicios de manejo de atención transicional (B)

Cuando: 7 de febrero de 2018

Hora: 11:30 a.m. - 1:00 p.m. ET

Tipo: *Webcast*

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés

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

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0397842.aspp>

#### marzo de 2018

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A

Cuando: 14 de marzo de 2018

Hora: 10:00 a.m. - 11:30 p.m. ET

Tipo: *Webcast*

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés

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

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0396643.asp>

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

### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

#### Nota:

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

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

Título del registrante: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de email: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

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

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



## MLN Connects® para el 4 de enero de 2018

*MLN Connects® para el 4 de enero de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticias y anuncios

- CMS Publica Sistema de Envío de Datos para Médicos en el Programa de Pago de Calidad
- CMS Actualiza su Página Web para Comparar Calidad de Hospital
- Pacientes sobre Papeleo: Obtenga Actualizaciones en Reducción de Cargas
- Programa de Pago de Calidad: Registros Cualificados y QCDRs
- Recursos del Programa de Pago de Calidad
- Hospitales del Programa de Incentivo de EHR: Utilizando Qnet para Atestiguar
- Recursos del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare
- Capacitación Basada en la Web acerca de la Sección GG del Programa de Reporte de Calidad de Cuidado Post-Agudo
- Actualización de Comparación de Hospicio

- ¿Está Usted Preparado para una Emergencia de Cuidado de Salud?
- Logre que Sus Pacientes Tengan un Comienzo Saludable en el 2018

### Cumplimiento del proveedor

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

### Próximos eventos

- Llamada acerca de Opción de Acuerdo de Apelaciones de Volumen Bajo — 9 de enero
- QIP de ESRD: Llamada acerca del Reglamento Final del CY 2018 — 23 de enero

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Llamada acerca del Cuidado de la Demencia: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Evitando Fraude y Abuso de Medicare: Folleto acerca de Un Plan para Médicos — Revisado

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

## MLN Connects® para el 11 de enero de 2018

*MLN Connects® para el 11 de enero de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticias y anuncios

- Nuevo Modelo de Pago para Mejorar la Calidad, la Coordinación y la Relación Costo-Efectividad tanto para la Atención para Pacientes Hospitalizados como para Pacientes Ambulatorios
- Reportes de Comentarios Confidenciales del Programa de Reporte de Calidad de SNF
- Reporte de Calidad de Hospital: Schematron de QRDA I Actualizado del CY 2018
- Enero es el Mes de Concientización acerca de la Salud Cervical

### Cumplimiento del proveedor

- Uso Adecuado del Modificador KX para las

Reclamaciones de Medicamentos Inmunosupresores de la Parte B — Recordatorio

### Próximos eventos

- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca del Proyecto de la Nueva Tarjeta de Medicare — 23 de enero
- QIP de ESRD: Llamada acerca del Reglamento Final del CY 2018 — 23 de enero

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Folleto de Reemplazo de Articulación Mayor (Cadera o Rodilla) — Nuevo
- Herramienta Educativa de Evaluaciones del PPS de SNF Requeridas por Medicare — Revisado

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

## MLN Connects® para el 18 de enero de 2018

MLN Connects® para el 18 de enero de 2018

Vea esta edición como PDF 

### Noticias y anuncios

- Resultados del Modificador de Valor de 2018 y Factor de Ajuste de Pago
- DMEPOS Final acerca de los Estándares de Calidad para Inserciones de Zapatos Terapéuticos
- Mes de la Concientización de la Glaucoma: Haga una Resolución para una Vista Saludable

### Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor de CMS: Tomografía Computarizada -- Recordatorio

### Próximos eventos

- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca del Proyecto de la Nueva Tarjeta de Medicare — 23 de enero
- QIP de ESRD: Llamada acerca del Reglamento Final del CY 2018 — 23 de enero
- Webinar acerca de la Llamada Anual de MIPS para

Medidas y Actividades — 5 de febrero

- Webinar acerca del Reporte de Facturación Comparativo en Prescriptores de Opioides — 21 de febrero

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Presentación de Video de QRUR — Nuevo
- Llamada acerca de Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Evitando Fraude y Abuso de Medicare: Capacitación basada en la Web acerca de un Plan para Médicos — Revisado
- Cómo Utilizar el Folleto de la Base de Datos de Cobertura de Medicare — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Servicios de Integración de Salud Conductual — 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/MLNMattersArticles/Index.html>.



**Hospital**

## Corrección para prevenir el pago de reclamaciones de información de pacientes hospitalizados solamente para los beneficiarios inscritos en planes de MA

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10238 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 10238  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2015  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3943CP  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

*La petición de cambio 10238 implementa la modificación requerida para evitar el pago de reclamaciones de información solamente para beneficiarios de Medicare Advantage para estudios de exención de dispositivos de investigación y estudios clínicos aprobados bajo cobertura con evidencia de desarrollo, que deben pagarse por el plan Medicare advantage (MA). Este artículo fue revisado el 22 de diciembre para reflejar una revisión a la CR 10238 emitida el 22 de diciembre. En el artículo, una referencia acerca de la fecha de alta en el último párrafo de la sección 'Background' fue cambiada para decir fecha de admisión/desde. Así también, la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR fueron revisados. Toda la demás información permanece igual.*

**Resumen**

La petición de cambio (CR) 10238 instruye a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) para permitir que el archivo común de trabajo (CWF) establezca la modificación 5233 en las reclamaciones de información de pacientes hospitalizados solamente facturadas con códigos de condición 04 y 30 para estudios de exención de dispositivo de investigación (IDE) y estudios clínicos aprobados bajo cobertura con evidencia de desarrollo (CED), que a su vez permitirá que el sistema estándar

del intermediario fiscal (FISS) ponga a cero el pago. La CR 10238 no contiene una nueva política. Mejora la implementación de las políticas de pago de Medicare existentes.

Dentro de los 90 días de la fecha de implementación de la CR 10238, los MAC reprocesarán solo las reclamaciones de información de pacientes hospitalizados con un pago mayor a \$0, códigos de condición 04 y 30, uno de los números aprobados de estudio de IDE o CED en la hoja de cálculo adjunta a la CR y una fecha de admisión/desde, en o después del 1 de abril de 2015 y antes del 31 de marzo de 2018.

**Información adicional**

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10238.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10238, 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/R3943CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3943, CR 10238

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

## Especificaciones del editor de códigos para pacientes ambulatorios integrado de enero 2018

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10385  
 Número de petición de cambio relacionado: 10385  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3940CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

**Resumen**

El editor de códigos para pacientes ambulatorios integrado (I/OCE) se utiliza para procesar reclamaciones bajo el sistema de pago prospectivo para pacientes externos (OPPS) y que

no pertenecen al OPPS para departamentos hospitalarios ambulatorios, centros de salud mental comunitarios, todos los proveedores que no pertenecen al OPPS y para servicios limitados cuando se brindan en una agencia de salud en el hogar que no está bajo el sistema de pago prospectivo de salud en el hogar (PPS) o a un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no terminal.

Las modificaciones de I/OCE para la publicación de enero de 2018 (versión 19.0) se resumen en el artículo, que incluye la implementación de una nueva lógica de programa, ediciones y modificadores. Las modificaciones retroactivas se indican en la columna "Effective Date"

Ver **Especificaciones**, en la página 11

## Especificaciones

De la página 10

(Fecha de Efectividad). Un resumen completo de los cambios de datos se adjunta a la [petición de cambio](#) (en inglés).

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10385.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10385, 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/R3940CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3940, CR 10385

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

## ESRD

## Ajuste transitorio de pago adicional de medicamentos para medicamentos de ESRD

Número de *MLN Matters*®: MM10065 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10065  
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de enero de 2018

Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R1999OTN  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

*La petición de cambio 10065 proporciona instrucciones a los contratistas administrativos de Medicare en la implementación del ajuste transitorio de pago adicional de medicamentos para medicamentos de enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Este artículo fue revisado el 10 de enero para reflejar la CR 10065 revisada emitida esa fecha. La CR fue revisada para proporcionar ejemplos más descriptivos para Parsabiv y Sensipar. Estos ejemplos fueron agregados al artículo. Además, se revisaron la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR. Toda la demás información sigue siendo la misma.*

### Resumen

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

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

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10065.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10065, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R1999OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1999, CR 10065

*Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le 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.*

**PPS**

## Actualización de enero de 2018 al sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios de hospital

Número de *MLN Matters*®: MM10417  
 Número de petición de cambio relacionado: 10417  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2017  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3941CP  
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

### Resumen

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron cambios en las instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en enero de 2008 en la actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) de hospital.

El 1 de enero de 2018, no hay nuevas categorías de dispositivos elegibles para el pago de transferencia. Sin embargo, el código de procedimiento existente C2623, que fue aprobado el 25 de agosto de 2017, es elegible cuando se factura con el procedimiento 36902 o 36903, retroactivo al 25 de agosto.

Además de este cambio de política, CMS incluye los siguientes cambios:

- Nuevo código de procedimiento pagable por separado
- Código de complemento de prótesis de retina Argus
- Cambios a nueva tecnología de APCs 1901 – 1908
- Servicios elegibles para asignación y pagos de APC de nueva tecnología
- Cambios de pago para rayos X tomados utilizando tecnología de cinta y radiografía computarizada
- Nuevo modificador FY
- Modificador CP eliminado
- Cambios a la lista de pacientes hospitalizados (IPO)
- Revisiones a la política de fecha de servicio (DOS) de laboratorio
- Instrucciones de facturación para medicamentos adquiridos 340B

- Nuevos códigos HCPCS y descripciones de dosis para ciertos medicamentos, productos biológicos y radiofármacos
- Otros cambios a códigos para ciertos medicamentos, productos biológicos y radiofármacos
- Medicamentos y productos biológicos con pagos basados en el precio promedio de venta (ASP)
- Modificaciones en el procedimiento de sustitución de piel
- Nuevos códigos para plaquetas reducidas por patógenos y pruebas de patógenos para plaquetas
- Ajuste de pago para ciertos hospitales de cáncer
- Nuevo sitio web con capacidad de búsqueda según lo requiere la Sección 4011 de la 21<sup>st</sup> Century Cures Act
- Cambios a la lógica del pricer del OPPS
- Determinaciones de cobertura

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10417.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10417, 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/R3941CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3941, CR 10417

*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*<sup>®</sup>: MM10350 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10350  
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de enero de 2018  
Fecha de efectividad: 22 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R239BP  
Fecha de implementación: 22 de enero de 2018

*La petición de cambio (CR) 10350 notifica a los RHCs y FQHCs de actualizaciones al Capítulo 13 del Manual de Política de Beneficios de Medicare (Pub. 100-02). Estas actualizaciones clarifican pagos y otra información acerca de política. Este artículo fue revisado el 10 de enero para reflejar una revisión a la CR 10350 emitida el 9 de enero. En el artículo, se revisaron la fecha de efectividad y la fecha de implementación. También, fueron revisados la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR. Toda la demás información permanece igual.*

## Resumen

La actualización de 2018 del Capítulo 13 del *Medicare Benefit Policy Manual* (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*<sup>®</sup> 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/2018Downloads/R239BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 239, CR 10350

*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.*



Encuentre rápido sus favoritos  utilice Enlaces Populares

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con un solo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita – utilice Enlaces Populares.

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisión a las LCD existentes

## Análogos de la hormona luteinizante de la hormona liberadora (LHRH) - revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L33685 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio 10385 (Editor de Códigos de Pacientes Ambulatorios Integrado [I/OCE] de enero de 2018), se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para los análogos de la hormona luteinizante de la hormona liberadora (LHRH) para reflejar que el código J9219 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) se cambió para indicar "Parte B solamente" en la sección "Códigos CPT®/HCPCS" de la LCD, ya que este código tiene un indicador de estado de la Parte A "E2" (No pagado por Medicare cuando se presenta en reclamaciones para pacientes ambulatorios). Además, los códigos de procedimiento en la sección "Códigos CPT®/HCPCS" de la LCD se colocaron en grupos para ser consistentes con los grupos en la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada al código HCPCS J9219 es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2018**. La revisión de la LCD relacionada a la consistencia en los grupos es efectiva para las 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 "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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Estudios de Susceptibilidad – revisión a las "guías de codificación" de la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L33755 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las "guías de codificación" para estudios de susceptibilidad de la determinación de cobertura local (LCD) fueron revisados para aclarar que los códigos de diagnóstico listados en la determinación de cobertura nacional (NCD) 190.12 para los códigos 87086 y 87088 del Current Procedural Terminology (CPT®) también son permitidos para estudios de susceptibilidad (códigos CPT® 87181-87190).

### Fecha de vigencia

Esta revisión a las "guías de codificación" es efectiva

para reclamaciones procesadas **en o después del 19 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Mamografía de Detección y Diagnóstico – revisión a la LCD de las Partes A y B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para mamografía de detección y diagnóstico fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico N63.11-N63.14, N63.21-N63.24, N63.31, N63.32, N63.41, y N63.42 de la ICD-10-CM a la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para los códigos de procedimiento 77065, 77066, y G0279.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 29 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 al seleccionar "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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Procedimientos no cubiertos – tratamiento endoscópico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) – revisión a la LCD Partes A y B

### LCD ID número: L33296 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración de una determinación de cobertura local (LCD), la LCD para procedimientos no cubiertos – tratamiento endoscópico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) fue revisada para eliminar el código 43210 del Current Procedural Terminology (CPT®) de la sección de los “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD. Además, el lenguaje relacionado a “esophyX” se eliminó de la sección “Limitaciones de Cobertura” de la LCD. En adición, la sección de la LCD “Fuentes de Información y Bases para Decisión” fue actualizada con ocho fuentes de texto completo publicadas de esta petición de reconsideración para el código CPT® 43210 para el sistema esophyX® para el tratamiento de GERD.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 25 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden encontrarse 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Factores de coagulación de hemofilia -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10385 (Editor de Códigos para Pacientes Ambulatorios Integrado [I/OCE] de enero 2018), la determinación de cobertura local (LCD) para factores de coagulación de hemofilia fue revisada para reflejar que el código J7191 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) cambió de “Parte A y Parte B” a “Parte B solamente” en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD ya que este código tiene un indicador de estado de la Parte A “E2” (No pagado por Medicare cuando se presenta en reclamaciones para pacientes ambulatorios).

Además, el código J7191 del HCPCS fue eliminado de la sección “Párrafo del Grupo 1” bajo “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD y fue puesto en su propio grupo.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Cuidado Anestésico Monitoreado (MAC) para Ciertos Servicios de Manejo del Dolor Intervencionistas – revisión a la LCD de las Partes A y B

**LCD ID número: L33595 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para cuidado anestésico monitoreado (MAC) para ciertos servicios de manejo del dolor intervencionistas, se determinó que algunas partes del lenguaje en *italicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Escaneo Dúplex de Arterias de Extremidades Inferiores – revisión a la LCD de las Partes A y B

**LCD ID número: L33667 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para escaneo dúplex de arterias de extremidades inferiores, se determinó que algunas partes del lenguaje en *italicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Estimulación magnética transcraneal para el trastorno depresivo mayor -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L34522 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para la estimulación magnética transcraneal para el trastorno depresivo mayor, se determinó que parte del lenguaje en  *cursiva* en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que figuran en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para garantizar la consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Estudios Fisiológicos No Invasivos de las Arterias de las Extremidades Superiores o Inferiores -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L33696 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para estudios fisiológicos no invasivos de las arterias de las extremidades superiores o inferiores, se determinó que algunas partes del lenguaje en *itálicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Anticuerpo de Superficie de la Hepatitis B y Antígeno de Superficie -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L34003 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para anticuerpo de superficie de la hepatitis B y antígeno de superficie, se determinó que algunas partes del lenguaje en *itálicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

### 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.

## CalcioTotal -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L34031 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para calcio total, se determinó que algunas partes del lenguaje en *itálicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Terapia de viscosuplementación para la rodilla -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L33767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10385 (Editor de Códigos para Pacientes Ambulatorios Integrado [I/OCE] de enero 2018), la determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación para la rodilla fue revisada para agregar el código J7320 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) a las secciones “Códigos CPT®/HCPCS” y “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para la Parte A, ya que el indicador de estado cambió de “E2” (No pagado por Medicare cuando se presenta en reclamaciones para pacientes ambulatorios) a “K” (Pagado bajo el OPPTS, pago separado de la APC).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Procedimientos de patología molecular para la tipificación de antígenos de leucocitos humanos (HLA) -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L34518 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para procedimientos de patología molecular para la tipificación de antígenos de leucocitos humanos (HLA), se determinó que algunas partes del lenguaje en *itálicas* en la sección “Requerimientos de Documentación” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Servicios no cubiertos -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

Con base en la petición de cambio 10236 (Actualización de Octubre de 2017 del Sistema de Pago Prospectivo Hospitalario para Pacientes Ambulatorios [OPPS]), la determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada para mover el código de procedimiento 0421T de la sección “Códigos CPT®/HCPCS - Códigos del Grupo 3:” bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte B solamente” de la LCD a la sección “Códigos CPT®/HCPCS - Códigos del Grupo 1:” bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte A y Parte B “ de la LCD con el símbolo “++” para indicar que está cubierto si el beneficiario está inscrito en un estudio aprobado de excepción de dispositivo de investigación de categoría B (IDE).

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 1 de enero de 2018**, para servicios prestados **en o después del 5 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Angiografía por resonancia magnética (MRA) -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L34372 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para angiografía por resonancia magnética, se determinó que algunas partes del lenguaje en itálicas en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Monitoreo Controlado de Sustancias y Pruebas de Abuso de Drogas -- revisión a la LCD de las Partes A y 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 para eliminar los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) 80159, 80171, 80173, 80183, 80184, 83992, y 84999 de la sección de “Códigos CPT®/ HCPCS” de la LCD ya que representan pruebas de drogas de intención terapéutica. El enfoque de la LCD es en pruebas de abuso de drogas y no en el efecto terapéutico de las drogas.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 25 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Servicios No Cubiertos (Códigos de procedimiento 0449T y 0450T) – revisión al artículo de cobertura local de las Partes A y 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) fue actualizado para incluir múltiples fuentes publicadas de peticiones de reconsideración recibidas en el 2017 para los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) 0449T y 0450T (inserción de un dispositivo de drenaje acuoso, sin depósito extraocular, enfoque interno, en el espacio subconjuntival). Adicionalmente, se actualizó el historial de revisión de la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos; sin embargo, el contenido de la LCD no fue revisado en respuesta a las peticiones de reconsideración.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 18 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Números telefónicos

### First Coast Service Options

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

#### Servicio al cliente

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

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

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

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

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

#### Intercambio electrónico de datos

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

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

#### Sistema de respuesta automática

**877-602-8816**

#### Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

#### Pagos en exceso

904-791-6281

#### Asistencia técnica de SPOT

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

855-416-4199

#### Sitios web

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

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

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Reclamaciones/correspondencia

##### Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

#### Medicare EDI

##### Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

#### Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

#### Solicitudes de FOIA

##### Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Consultas generales

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

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

#### Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

#### Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

#### Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

#### Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

#### Redeterminaciones

##### Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

##### Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

#### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

#### Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

### Aseguradoras regionales de equipo

**médico duradero (DMERC) DME,** dispositivos ortóticos y prótesis, suministros de llevar a casa, y reclamaciones de medicamentos orales anticáncer

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

#### Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

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

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

## Contacte a CMS

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

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

### Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

### Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

## Centro de cirugía ambulatoria

### Actualización de enero del sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10441  
Número de petición de cambio relacionado: 10441  
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de diciembre de 2017  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3939CP  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

#### Resumen

La petición de cambio 10441 detalla los cambios a las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización de enero del sistema de pago de centro de cirugía ambulatoria.

Muchas tasas de pago de ASC bajo el sistema de pago de ASC se establecen utilizando la información de la tasa de pago en el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS). Los archivos de pago asociados con esta transmisión reflejan los cambios más recientes al pago del MPFS de 2018, efectivo a partir del 1 de enero de 2018.

Con esta actualización, un nuevo estatuto requiere que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pongan a disposición del público un sitio web de búsqueda que compare el pago estimado y la responsabilidad del beneficiario por una cantidad adecuada de artículos y servicios pagados en el sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios y el sistema de pago de centro de cirugía ambulatoria.

Otros cambios programados con esta actualización incluyen:

- Políticas de transferencia de nuevo dispositivo
- Nuevo código de procedimiento pagadero por separado (C9748)
- Cambios en la asignación de sustituto de piel

#### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10441.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10441, 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/R3939CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3939, CR 10441

*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 enero a las nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10418  
Número de petición de cambio relacionado: 10418  
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de enero de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3945CP  
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

#### Resumen

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

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

#### Información adicional

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

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10418.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10418, 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/2018Downloads/R3945CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3945, CR 10418

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

## Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA

Número de *MLN Matters*®: MM10446  
 Número de petición de cambio relacionado: 10446  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de enero de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R3949CP  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

### Resumen

Las regulaciones de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA) requieren que un centro esté debidamente certificado para cada prueba realizada. Medicare sólo paga por las pruebas de laboratorio realizadas en un centro certificado; las reclamaciones consideradas una prueba de laboratorio de CLIA están actualmente editadas al nivel de certificado de CLIA. Los códigos HCPCS que se consideran una prueba de laboratorio bajo CLIA cambian cada año. Los contratistas deben ser informados acerca de los nuevos códigos HCPCS que están sujetos a ediciones de CLIA y excluidos de las ediciones de CLIA.

### 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/MM10446.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10446, 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/2018Downloads/R3949CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3949, CR 10446

*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.*

## NCCI

## Revisión de CMS al uso adecuado del modificador 59

Número de *MLN Matters*®: SE1418 *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, que aclara el uso correcto del modificador 59, fue revisado el 3 de enero conforme al último artículo del modificador 59 en la página web de la Iniciativa de la Codificación Correcta Nacional. La actualización clave fue la adición de información acerca de los modificadores XE, XS, XP y XU.*

### Resumen

La iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) de Medicare y la edición relacionada definen códigos que no deben ser reportados juntos; ya sea en todas las situaciones o en la mayoría de situaciones. El Modificador 59 se utiliza para identificar los procedimientos/servicios, diferentes a los servicios de E/M, que normalmente no son reportados juntos, pero que son apropiados bajo las circunstancias. La documentación debe respaldar el uso.

**Nota:** El modificador de 59 y otros modificadores asociados **no** deben ser utilizados para evitar la edición a menos que se cumplan los criterios apropiados para el uso del modificador.

### Información adicional

Para más detalles sobre los usos apropiados e inapropiados del modificador 59, incluyendo numerosos ejemplos de codificación, el enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/SE1418.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1418

*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

### Lista de 2018 de jurisdicciones de códigos del HCPCS para DMEPOS

Número de *MLN Matters*®: MM10416  
Número de petición de cambio relacionado: 10416  
Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de enero de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R3950CP  
Fecha de implementación: 13 de febrero de 2018

#### Resumen

La petición de cambio (CR) 10416 notifica a los proveedores que la hoja de cálculo que contiene una lista actualizada de los códigos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) para el contratista administrativo de Medicare de equipos médicos duraderos (DME MAC), de la Parte B, o de las jurisdicciones de MAC A/B se actualiza para reflejar los códigos que se han agregado o discontinuado (eliminado). La hoja de cálculo es útil para el personal de facturación mostrando al contratista de Medicare apropiado a ser facturado por el HCPCS que aparece en la hoja de cálculo. La hoja de cálculo para la lista de jurisdicciones de 2018 está adjunta a la [CR 10416](#) (en inglés). Eventualmente, también estará disponible bajo la categoría “Coding” (“Codificación”) (en

inglés) en <https://www.cms.gov/Center/Provider-Type/Durable-Medical-Equipment-DME-Center.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/MM10416.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10416, 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/2018Downloads/R3950CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3950, CR 10416

*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.*

## MREP

### Actualización a los códigos CARC y RARC para utilizar con MREP 4.6

Un archivo “Codes.ini” actualizado de códigos de comentarios de remesas de pago (RARC) y de códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC) está ahora disponible para la comunidad del proveedor/supridor para importar a su versión actual del software Medicare Remit Easy Print (MREP).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han publicado una nueva versión del software que incluye este archivo “Codes.ini”. Los usuarios que instalaron el MREP v4.5.1 entre el 2 de enero de 2018 y el 10 de enero de 2018 no necesitarán importar el archivo “Codes.ini” por separado. Para descargar el archivo “Codes.ini” más reciente, por favor siga estos pasos:

1. Acceda a la [página de CMS de Medicare Remit Easy Print \(MREP\)](#) (en inglés)

2. Desplácese hasta el final de la página
3. Extraiga el archivo “Codes.ini” del [Medicare Remit Easy Print - versión 4.6 \[ZIP, 1MB\]](#) (en inglés)
4. Luego de extraer el archivo “Codes.ini”, grábelo en su computadora
5. Siga las instrucciones descritas en la sección “Working with MREP Remittances Advices” - How to Update (Import) the CARC/RARC codes (cómo actualizar [importar] los códigos CARC/RARC [página 67]) de [Medicare Remit Easy Print User Guide, versión 4.6](#) (en inglés)

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

## 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.

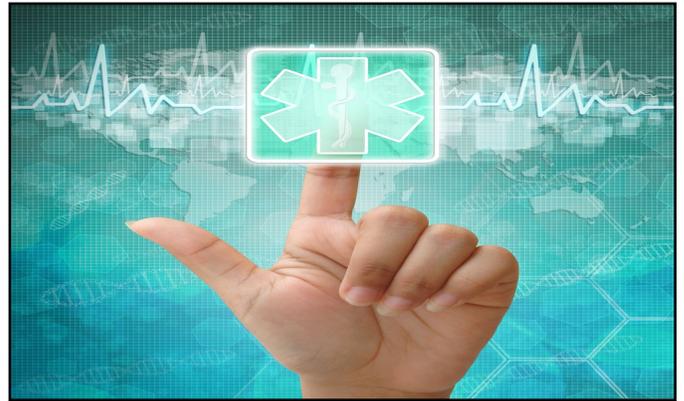
### Notificación electrónica

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 <http://medicareespanol.fcso.com>, haga clic en el enlace "eNews" ubicado en el rincón superior derecho de la página y siga las indicaciones.

### Más información

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

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## Revisión a las LCD existentes

## Análogos de la hormona luteinizante de la hormona liberadora (LHRH) - revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L33685 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio 10385 (Editor de Códigos de Pacientes Ambulatorios Integrado [I/OCE] de enero de 2018), se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para los análogos de la hormona luteinizante de la hormona liberadora (LHRH) para reflejar que el código J9219 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) se cambió para indicar “Parte B solamente” en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD, ya que este código tiene un indicador de estado de la Parte A “E2” (No pagado por Medicare cuando se presenta en reclamaciones para pacientes ambulatorios). Además, los códigos de procedimiento en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD se colocaron en grupos para ser consistentes con los grupos en la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada al código HCPCS J9219 es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2018**. La revisión de la LCD relacionada a la consistencia en los grupos es efectiva para las 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 “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Estudios de Susceptibilidad – revisión a las “guías de codificación” de la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L33755 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Las “guías de codificación” para estudios de susceptibilidad de la determinación de cobertura local (LCD) fueron revisados para aclarar que los códigos de diagnóstico listados en la determinación de cobertura nacional (NCD) 190.12 para los códigos 87086 y 87088 del Current Procedural Terminology (CPT®) también son permitidos para estudios de susceptibilidad (códigos CPT® 87181-87190).

### Fecha de vigencia

Esta revisión a las “guías de codificación” es efectiva

para reclamaciones procesadas **en o después del 19 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Mamografía de Detección y Diagnóstico – revisión a la LCD de las Partes A y B

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

La determinación de cobertura local (LCD) para mamografía de detección y diagnóstico fue revisada para añadir los códigos de diagnóstico N63.11-N63.14, N63.21-N63.24, N63.31, N63.32, N63.41, y N63.42 de la ICD-10-CM a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para los códigos de procedimiento 77065, 77066, y G0279.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 29 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Procedimientos no cubiertos – tratamiento endoscópico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) – revisión a la LCD Partes A y B

### LCD ID número: L33296 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración de una determinación de cobertura local (LCD), la LCD para procedimientos no cubiertos – tratamiento endoscópico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) fue revisada para eliminar el código 43210 del Current Procedural Terminology (CPT®) de la sección de los “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD. Además, el lenguaje relacionado a “esophyX” se eliminó de la sección “Limitaciones de Cobertura” de la LCD. En adición, la sección de la LCD “Fuentes de Información y Bases para Decisión” fue actualizada con ocho fuentes de texto completo publicadas de esta petición de reconsideración para el código CPT® 43210 para el sistema esophyX® para el tratamiento de GERD.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 25 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>.

Las guías de codificación para una LCD (cuando están presentes) pueden encontrarse 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Factores de coagulación de hemofilia -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10385 (Editor de Códigos para Pacientes Ambulatorios Integrado [I/OCE] de enero 2018), la determinación de cobertura local (LCD) para factores de coagulación de hemofilia fue revisada para reflejar que el código J7191 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) cambió de “Parte A y Parte B” a “Parte B solamente” en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD ya que este código tiene un indicador de estado de la Parte A “E2” (No pagado por Medicare cuando se presenta en reclamaciones para pacientes ambulatorios).

Además, el código J7191 del HCPCS fue eliminado de la sección “Párrafo del Grupo 1” bajo “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD y fue puesto en su propio grupo.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Cuidado Anestésico Monitoreado (MAC) para Ciertos Servicios de Manejo del Dolor Intervencionistas – revisión a la LCD de las Partes A y B

**LCD ID número: L33595 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para cuidado anestésico monitoreado (MAC) para ciertos servicios de manejo del dolor intervencionistas, se determinó que algunas partes del lenguaje en *itálicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Escaneo Dúplex de Arterias de Extremidades Inferiores – revisión a la LCD de las Partes A y B

**LCD ID número: L33667 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para escaneo dúplex de arterias de extremidades inferiores, se determinó que algunas partes del lenguaje en *itálicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Estimulación magnética transcraneal para el trastorno depresivo mayor -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L34522 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para la estimulación magnética transcraneal para el trastorno depresivo mayor, se determinó que parte del lenguaje en *cursiva* en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que figuran en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para garantizar la consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Estudios Fisiológicos No Invasivos de las Arterias de las Extremidades Superiores o Inferiores -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L33696 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para estudios fisiológicos no invasivos de las arterias de las extremidades superiores o inferiores, se determinó que algunas partes del lenguaje en *italicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Anticuerpo de Superficie de la Hepatitis B y Antígeno de Superficie -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L34003 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para anticuerpo de superficie de la hepatitis B y antígeno de superficie, se determinó que algunas partes del lenguaje en *italicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

### Suscripción a Medicare Parte B

La Parte B de Medicare es publicada mensualmente y está disponible en inglés y español. Entidades que no son proveedoras de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción impresa anual si lo desean. Esta suscripción incluye todas las ediciones publicadas desde octubre 2013 hasta marzo 2017.

## CalcioTotal -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L34031 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para calcio total, se determinó que algunas partes del lenguaje en *itálicas* en la sección de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Terapia de viscosuplementación para la rodilla -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L33767 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10385 (Editor de Códigos para Pacientes Ambulatorios Integrado [I/OCE] de enero 2018), la determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de viscosuplementación para la rodilla fue revisada para agregar el código J7320 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) a las secciones “Códigos CPT®/HCPCS” y “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para la Parte A, ya que el indicador de estado cambió de “E2” (No pagado por Medicare cuando se presenta en reclamaciones para pacientes ambulatorios) a “K” (Pagado bajo el OPPTS, pago separado de la APC).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Procedimientos de patología molecular para la tipificación de antígenos de leucocitos humanos (HLA) -- revisión a la LCD de las Partes A y B

### LCD ID número: L34518 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para procedimientos de patología molecular para la tipificación de antígenos de leucocitos humanos (HLA), se determinó que algunas partes del lenguaje en *itálicas* en la sección “Requerimientos de Documentación” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Servicios no cubiertos -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

Con base en la petición de cambio 10236 (Actualización de Octubre de 2017 del Sistema de Pago Prospectivo Hospitalario para Pacientes Ambulatorios [OPPS]), la determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada para mover el código de procedimiento 0421T de la sección “Códigos CPT®/HCPCS - Códigos del Grupo 3:” bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte B solamente” de la LCD a la sección “Códigos CPT®/HCPCS - Códigos del Grupo 1:” bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte A y Parte B “ de la LCD con el símbolo “++” para indicar que está cubierto si el beneficiario está inscrito en un estudio aprobado de excepción de dispositivo de investigación de categoría B (IDE).

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas en o después del 1 de enero de 2018, para servicios prestados en o después del 5 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Angiografía por resonancia magnética (MRA) -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L34372 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para angiografía por resonancia magnética, se determinó que algunas partes del lenguaje en itálicas en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

Esta revisión de LCD es efectiva para los servicios prestados en o después del 9 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 al seleccionar “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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Monitoreo Controlado de Sustancias y Pruebas de Abuso de Drogas -- revisión a la LCD de las Partes A y 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 para eliminar los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) 80159, 80171, 80173, 80183, 80184, 83992, y 84999 de la sección de “Códigos CPT®/ HCPCS” de la LCD ya que representan pruebas de drogas de intención terapéutica. El enfoque de la LCD es en pruebas de abuso de drogas y no en el efecto terapéutico de las drogas.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 25 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Servicios No Cubiertos (Códigos de procedimiento 0449T y 0450T) – revisión al artículo de cobertura local de las Partes A y 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) fue actualizado para incluir múltiples fuentes publicadas de peticiones de reconsideración recibidas en el 2017 para los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) 0449T y 0450T (inserción de un dispositivo de drenaje acuoso, sin depósito extraocular, enfoque interno, en el espacio subconjuntival). Adicionalmente, se actualizó el historial de revisión de la determinación de cobertura local (LCD) de servicios no cubiertos; sin embargo, el contenido de la LCD no fue revisado en respuesta a las peticiones de reconsideración.

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 18 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC 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](mailto:askFloridaB@fcsso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

### Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC 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](mailto:FloridaB@fcsso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

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

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC 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](mailto:askFloridaB@fcsso.com)

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 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>

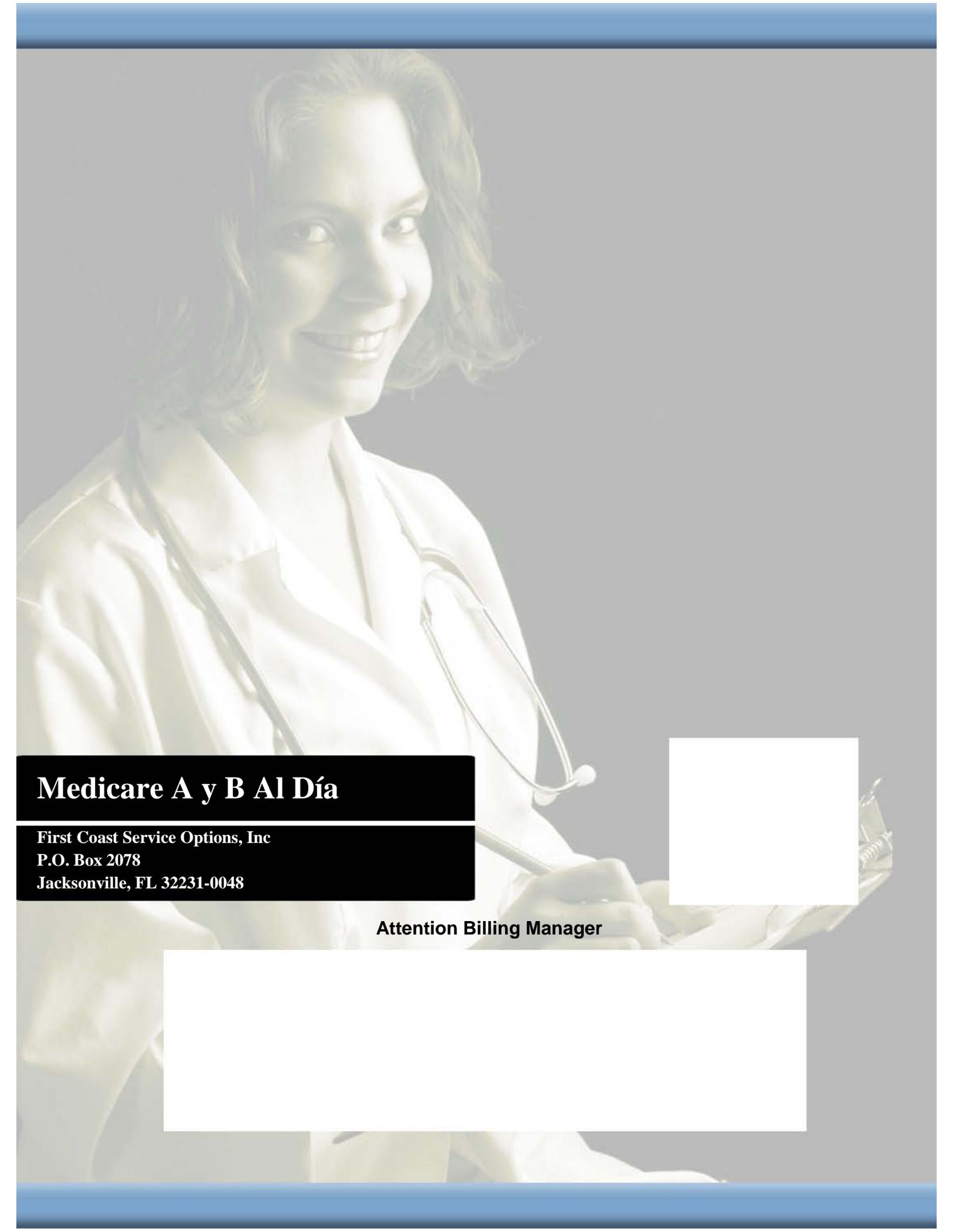
First Coast University

<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**