

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Febrero 2018



En esta edición

La próxima generación de organización de cuidado responsable - implementación	4
Días quirúrgicos globales para hospital de cuidado crítico de método II	12
Actualización trimestral de abril a modificaciones de iniciativas de codificación correcta	19

Mejoras en los beneficios del año tres de la NGACO

Número de *MLN Matters*®: MM10044 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10044
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de noviembre de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R187DEMO
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

La petición de cambio (CR) 10044 provee instrucción a los contratistas administrativos de Medicare para implementar dos nuevas mejoras de beneficios para el año de funcionamiento tres del modelo de la próxima generación de la organización de cuidado responsable (NGACO). Este artículo fue revisado el 23 de enero para reflejar una revisión a la CR 10044 emitida el 22 de noviembre de 2017. En el artículo, se revisó la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión, y la dirección web de la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

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

requisitos.

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

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm10044.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10044, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R187DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 187, CR 10044

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

Facturación

Mejoras en los beneficios del año tres de la NGACO	1
Terapia de ejercicio supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.....	3
Restablecer el indicador de QMB en el sistema de procesamiento de reclamaciones de la CR 9911	3
La próxima generación de organización de cuidado responsable – implementación.....	4

Tarifas

Actualización de abril de 2018 de los cambios en los códigos de medicamentos y biológicos.....	4
--	---

Información en tiempos de desastres

Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Alabama, Florida, Luisiana y Misisipi causado por el huracán Nate.....	5
--	---

Problemas de procesamiento

NCD 110.21 Agentes Estimulantes de Eritropoyesis en cáncer.....	5
---	---

Laboratorio clínico

Actualización trimestral de las tarifas fijas de laboratorio clínico y servicios sujetos a pago de cargo razonable	6
Reemplazo de códigos de mamografía, exención de coseguro, deducible para servicios preventivos y otros servicios, adición de anestesia y servicios preventivos prolongados	6

Evaluación y manejo

Documentación de servicio de E/M proporcionado por estudiantes – actualización al manual.....	7
---	---

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	8
MLN Connects® para el 25 de enero de 2018	9
MLN Connects® – Edición Especial para el 26 de enero de 2018	9
MLN Connects® para el 1 de febrero de 2018	10
MLN Connects® para el 8 de febrero de 2018	10
MLN Connects® para el 15 de febrero de 2018	11

Parte A

Hospital

Días quirúrgicos globales para hospital de cuidado crítico de método II	12
---	----

ESRD

Actualización al Capítulo 11 del 'Manual de Políticas de Beneficios de Medicare'.....	12
---	----

PARD

Actualización al sistema de pago prospectivo (PPS) de centro de salud federalmente cualificado (FQHC) para el año calendario 2018 – actualización recurrente de archivos	13
--	----

Sistema de pago prospectivo

Actualización del código de diagnóstico para pagos complementarios por factor de coagulación sanguínea administrado a pacientes hospitalizados con hemofilia	13
--	----

Problemas de procesamiento

Manejo de reclamaciones asignadas inapropiadamente con el código de denegación 32404.....	14
---	----

Determinaciones de cobertura local de Parte A.....

Revisión a las LCD existentes	
Terapia de Viscosuplementación para la Rodilla – revisión a la LCD de las Partes A y B.....	16
Múltiples revisiones a determinaciones de cobertura local de las Partes A/B y la Parte B	16
Reemplazo articular mayor (cadera y rodilla) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....	17

LCD retiradas

Múltiples LCDs de la Parte A y Parte B están siendo retiradas	17
---	----

Información adicional de LCD

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – revisión al artículo de la Parte A y Parte B.....	17
---	----

Contactos de Parte A

Parte B

NCCI

Actualización trimestral de abril a modificaciones de iniciativas de codificación correcta	19
--	----

Laboratorio clínico

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA	19
--	----

Determinaciones de cobertura local de Parte B.....

Revisiones a las LCD existentes	
Mamoplastía de Reducción – revisión a la LCD de la Parte B	21
Múltiples revisiones a determinaciones de cobertura local de las Partes A/B y la Parte B	21

Dstrucción del(los) Nervio(s) de la Articulación Facetaria Paravertebral – aclaración de artículo/revisión a la LCD de la Parte B/artículo “Guías de Codificación”.....	22
---	----

Terapia de Viscosuplementación para la Rodilla – revisión a la LCD de las Partes A y B.....	22
---	----

Reemplazo articular mayor (cadera y rodilla) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B	23
--	----

LCD retiradas

Múltiples LCDs de la Parte A y Parte B están siendo retiradas	23
---	----

Timpanometría – LCD retirada de la Parte B	23
--	----

Información adicional de LCD

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – revisión al artículo de la Parte A y Parte B.....	24
---	----

Uso inapropiado del modificador 50 por centro de cirugía ambulatoria (ASC).....	24
---	----

Información de contacto Puerto Rico.....

Información de contacto Florida.....

Información de contacto Islas Virgenes

de los Estados Unidos.....

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Maria Murdoch
Marielba Cancel
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT® five-digit codes, descriptions, and other data only are copyright© 2018 by 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-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2017 Optum 360, LLC. All rights reserved.

Third-party websites:

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

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

Facturación

Terapia de ejercicio supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática

Número de *MLN Matters*[®]: MM10295
Número de petición de cambio relacionado: 10295
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 25 de mayo de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R204NCD y R3969CP
Fecha de implementación: 3 de abril de 2018
– modificaciones de MAC; 2 de julio de 2018 – implementación completa

Resumen

La petición de cambio (CR) 10295 informa a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) que a partir del 25 de mayo de 2017, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) para cubrir la terapia de ejercicio supervisada (SET) para beneficiarios con claudicación intermitente (IC) para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.

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/MM10295.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10295, 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/R3969CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R204NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3969, CR 10295
CMS Pub. 100-03, Transmittal 204, CR 10295

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

Restablecer el indicador de QMB en el sistema de procesamiento de reclamaciones de la CR 9911

Número de *MLN Matters*[®]: MM10433
Número de petición de cambio relacionado: 10433
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3965CP
Fecha de implementación: Para reclamaciones procesadas en o después del 2 de julio de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid suspendieron la petición de cambio (CR) 9911 para abordar problemas imprevistos que impiden el procesamiento de reclamaciones de costo compartido de beneficiario cualificado de Medicare (QMB) por estados y otros pagadores secundarios fuera del proceso del acuerdo de coordinación de beneficios (COBA).

La CR 10433 restablece todos los cambios en la CR 9911 a la remesa de pago de Medicare y al resumen de Medicare al incluir mensajes de QMB y al reflejar \$0 de responsabilidad de costo compartido para el período en que los beneficiarios están inscritos en QMB.

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/MM10433.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10433, 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/R3965CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3965, CR 10433

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.

La próxima generación de organización de cuidado responsable – implementación

Número de *MLN Matters*®: SE1613 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: N/A
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de implementación: N/A

Este artículo de edición especial ofrece información acerca de la próxima generación de organización de cuidado responsable (NGACO) el modelo de iniciativas de exención de mejora de beneficios y la dirección de procesamiento de las reclamaciones suplementarias. Este artículo fue revisado el 23 de enero para revisar la parte de “Telehealth Expansion” (“Expansión de Telesalud”) del artículo y para agregar el Adjunto A al artículo.

Resumen

Este artículo de edición especial ofrece información acerca de la próxima generación de organización de cuidado responsable (NGACO) el modelo de iniciativas de exención de mejora de beneficios y la dirección de procesamiento de las reclamaciones suplementarias.

Las mejoras de prestaciones son la exención de ciertas reglamentaciones de servicio de Medicare (es decir, telesalud, visitas a domicilio posteriores al periodo de hospitalización, y la reglamentación de tres días en un centro de enfermería especializada), y las iniciativas destinadas a ayudar a NGACO a mejorar la atención y el compromiso de sus beneficiarios.

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/SE1613.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1613

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

Tarifas

Actualización de abril de 2018 de los cambios en los códigos de medicamentos y biológicos

Número de *MLN Matters*®: MM10454
 Número de petición de cambio relacionado: 10454
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de febrero de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3966CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10454 informa a los proveedores y suplidores de Medicare que, efectivo para reclamaciones presentadas a partir del 2 de abril de 2018 y se aplica retroactivamente a las fechas de servicio en o después del 1 de abril de 2018, el archivo del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) de abril de 2018 incluye tres nuevos códigos HCPCS: Q5103, Q5104 y Q2041; también incluye una revisión al descriptor para el código Q5101 del HCPCS. El código Q5102, inyección, infliximab, biosimilar, 10 mg, se discontinuará a partir del 31 de marzo de 2018.

Además, a partir del 1 de abril de 2018, los modificadores que describen al fabricante de un producto biosimilar ya no serán requeridos en las reclamaciones de Medicare para los códigos HCPCS

para biosimilares. Sin embargo, tenga en cuenta que el código Q5102 del HCPCS y el requisito de utilizar modificadores biosimilares siguen vigentes para las fechas de servicio anteriores al 1 de abril 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/MM10454.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10454, 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/R3966CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3966, CR 10454

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

Información en tiempos de desastres

Reclamaciones de Medicare relacionadas con el desastre en Alabama, Florida, Luisiana y Misisipi causado por el huracán Nate

Número de *MLN Matters*[®]: SE17034 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Este artículo de edición especial está destinado a proveedores y suplidores que presentan reclamaciones a los contratistas administrativos de Medicare (MAC) por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare en Alabama, Florida, Luisiana y Misisipi, afectados por el huracán Nate. Este artículo fue revisado el 19 de enero para informarles a los proveedores que la declaración de emergencia de salud pública y la autoridad de exención de la Sección 1135 ha expirado, como se indica en el artículo. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

El 8 de octubre de 2017, de conformidad con la Ley de Alivio de Desastres y Asistencia de Emergencia de Robert T. Stafford, el Secretario en funciones, Wright, del Departamento de Salud y Servicios Humanos declaró que, como resultado de los efectos del huracán Nate, existe una emergencia en los estados de Luisiana retroactiva al 5 de octubre de 2017; Misisipi y Alabama retroactivas al 6 de octubre de 2017; y Florida retroactiva al 7 de octubre de 2017.

Bajo la Sección 1135 o 1812(f) de la Ley de Seguro Social, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han emitido varias exenciones para aquellas personas que fueron evacuadas, transferidas o de otra manera reubicadas como resultado del efecto del huracán Nate en 2017. Estas exenciones evitarán brechas en el



acceso al cuidado para los beneficiarios afectados por la emergencia. **Nota:** La autoridad de exención de la Sección 1135 ha expirado.

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/SE17034.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo SE17034

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

Problemas de procesamiento

NCD 110.21 Agentes Estimulantes de Eritropoyesis en cáncer

Problema

La petición de cambio (CR) 10318 con fecha del 9 de noviembre de 2017, se dirige a las modificaciones para la NCD 110.21, ESAs en cáncer. Estas modificaciones son para ser implementadas el 2 de abril de 2018, y están incluidas en el Business Requirement (BR) 10318.10.

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MACs) tienen instrucciones de desactivar temporalmente las modificaciones de sistema compartido asociadas con la NCD 110.21 desde el 1 de octubre de 2017, hasta nuevo aviso.

Estado/fecha de resolución

Abierto.

Acción del Proveedor

Ninguna.

Problemas de procesamiento actuales

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

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

Laboratorio clínico

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

Número de *MLN Matters*®: MM10445
 Número de petición de cambio relacionado: CR10445
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de febrero de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de enero 2018, para códigos nuevos, de lo contrario el 1 de abril de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3973CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

Resumen

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

Lo más destacado de la actualización incluye:

- Instrucciones para acceder al archivo de datos de tarifas fijas de laboratorio clínico de 2018, mapeo de nuevos códigos para pruebas de laboratorio clínico y actualizaciones para costos de laboratorio sujetos al pago de cargo razonable.
- La fijación de precio de numerosos códigos nuevos será a precio de proveedor (código 22 de indicador de precios) hasta que se aborde en la reunión anual de laboratorio clínico, que tendrá lugar en julio de 2018.

- Corrección al código 80410 existente, que tenía un cruce incorrecto (multiplicador de 1 en lugar de 3) en el archivo de CLFS anual

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/MM10445.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10445, 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/R3973CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3973, CR 10445

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

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

Número de *MLN Matters*®: MM10181 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10181
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de agosto de 2017
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3844CP
 Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

La petición de cambio 10181 proporciona información relacionada con los cambios en la mamografía, la colonoscopia, la anestesia y los servicios preventivos prolongados, a partir del 1 de enero. El artículo fue revisado el 9 de febrero para reposicionar texto bajo diferentes encabezados en la página dos. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

La petición de cambio 10181 publica la siguiente información:

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

- agregarán nuevos códigos a partir del 1 de enero. G0513 y G0514 para servicios preventivos prolongados se agregarán y se descontará el coseguro y el deducible

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10181.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10181, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2017Downloads/R3844CP.pdf>.

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

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

Evaluación y manejo

Documentación de servicio de E/M proporcionado por estudiantes -- actualización al manual

Número de *MLN Matters*®: MM10412
Número de petición de cambio relacionado: 10412
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3971CP
Fecha de implementación: 5 de marzo de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10412 revisa el *Medicare Claims Processing Manual* (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare) para permitir que el médico docente verifique en el registro médico cualquier documentación del estudiante de los componentes de los servicios de evaluación y manejo (E/M).

El médico docente debe realizar (o volver a realizar) personalmente el examen físico y las actividades de toma de decisión médica del servicio de E/M que está siendo facturado, pero puede verificar cualquier documentación del estudiante en el registro médico, en lugar de volver a documentar este trabajo.

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/MM10412.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10412, 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/R3971CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3971, CR 10412

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

Búsqueda de LCDs

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

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



Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Marzo de 2018

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte B

Cuando: 15 de marzo de 2018
 Hora: 11:30 a.m. - 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: *Webcast* **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0396644.asp>

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte A y B

Cuando: 15 de marzo de 2018
 Hora: 2:00 p.m. - 3:30 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** español
 Tipo: *Webcast* **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/Eventos/0397446.asp>

Teleconferencia de pregúntele al contratista (ACT): Proceso de inscripción del proveedor de Medicare (A/B)

Cuando: 22 de marzo de 2018
 Hora: 11:30 a.m. - 1:00 p.m. ET **Idioma en que se ofrece el evento:** inglés
 Tipo: *Webcast* **Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0399041.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

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

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® para el 25 de enero de 2018

MLN Connects® para el 25 de enero de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- El VA y HHS Anuncian Alianza para Fortalecer los Esfuerzos de Prevención de Fraude, Derroche y Abuso
- CMS Actualiza Datos de Pagos Abiertos
- Sitio Web Mejorado de Datos de Pagos Abiertos
- Programas de Reporte de Calidad de IRF y LTCH: Fecha Límite de Presentación es el 15 de febrero
- Panel acerca del Desarrollo de Medidas de Hospitalización Potencialmente Prevenibles para las HHAs: Nominaciones para el 22 de febrero
- Programa de Reporte de Calidad de SNF: Fecha Límite de Presentación Extendida hasta el 15 de mayo
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: Manual del Usuario de Medida de Calidad Versión 2
- Continúa la Vacunación Contra la Influenza Estacional hasta Enero y Más Allá

Cumplimiento del proveedor

- Reportando Cambios en la Propiedad — Recordatorio

Próximos eventos

- Llamada acerca de Opción de Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen — 13 de febrero
- Webinar acerca de Revisión de Salud en el Hogar y Reportes Correctos — 6 de marzo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Llamada acerca de Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen: Presentación de Video — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de las Reclamaciones de Medicare Relacionadas con el Desastre en Alabama, Florida, Luisiana y Misisipi Causado por el Huracán Nate — Actualizado
- Hoja Informativa acerca de Servicios de Cama de Usos Múltiples — Revisado

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

MLN Connects® – Edición Especial para el 26 de enero de 2018

Las operaciones del MAC continúan durante el cierre

- [Procesamiento paso a paso de reclamaciones retenidas de límite de terapia](#)
- [Nueva Tarjeta de Medicare: Actualizaciones de la web](#)
- [Nueva Tarjeta de Medicare: ¿Cuándo mis pacientes de Medicare recibirán sus tarjetas?](#)

Procesamiento paso a paso de reclamaciones retenidas de límite de terapia

CMS está publicando inmediatamente el procesamiento paso a paso de [reclamaciones retenidas con límite de terapia](#) (en inglés) con el modificador KX con fechas de recibo comenzando del 1 al 10 de enero; CMS también implementará un “rolling hold” (procesamiento paso a paso de reclamaciones retenidas de límite de terapia) para minimizar impacto si la legislación para extender el proceso de exenciones de límites de terapia para pacientes ambulatorios es promulgada.

Nueva Tarjeta de Medicare: Actualizaciones de la web

Para ayudarle a prepararse para la transición al Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) en las tarjetas de Medicare comenzando el 1 de abril de 2018, revise la nueva información acerca de remesas de pago.

Comenzando en octubre de 2018, a lo largo del [periodo de transición](#) (en inglés), cuando los proveedores presentan una reclamación utilizando el Número del Seguro de Salud del Beneficiario (HICN) válido y activo, CMS devolverá

tanto el HICN como el MBI en cada remesa de pago. Aquí hay ejemplos de diferentes remesas de pago (en inglés):

- [Medicare Remit Easy Print](#) (proveedores y suplidores de Medicare Parte B)
- [PC Print para Instituciones](#)
- Remesa de Pago en Papel: [FISS \(Instituciones de Medicare Parte A\)](#), [MCS \(Profesionales de Medicare Parte B\)](#), [VMS \(Equipo Médico Duradero\)](#)

Encuentre más información nueva en la página web del proveedor de la Nueva Tarjeta de Medicare.

Nueva Tarjeta de Medicare: ¿Cuándo mis pacientes de Medicare recibirán sus tarjetas?

Comenzando en abril de 2018, CMS comenzará a enviar las nuevas tarjetas de Medicare a todas las personas con Medicare basado en el flujo, basado en ubicación geográfica y otros factores. Aprenda más acerca de la [Estrategia de Envío](#) (en inglés). También comenzando en abril de 2018, sus pacientes podrán verificar el estado del envío de las tarjetas en su área a través de [Medicare.gov](#).

Para más información, visite (en inglés):

- [Estrategia de Envío](#)
- [¿Preguntas de los pacientes? Directrices](#)
- [Páginas de la Nueva Tarjeta de Medicare Panorama General y proveedor.](#)

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

MLN Connects® para el 1 de febrero de 2018

MLN Connects® para el 1 de febrero de 2018

Vea esta edición como PDF 

Noticia y anuncios

- Programa de Prevención de Diabetes de Medicare: Inscripción del Suplidor Abierta
- Investigación y Educación Enfocada: Nuevos Recursos
- Médicos de MIPS: Política de Circunstancias Incontrolables y Extremas de 2017
- Programa de Pago de Calidad: Recursos de Encuentros Orientados al Paciente
- Hospitales Elegibles y CAHs: Obtenga Ayuda con la Atestación en Qnet
- Encuentre las Regulaciones de Pago de FFS de Medicare
- Febrero es el Mes del Corazón Americano

Cumplimiento del proveedor

- Dispositivos Cocleares Reemplazados Sin Costo: Facture Correctamente — Recordatorio

Próximos eventos

- Webinar acerca del Programa de Incentivos de Reporte de eCQM para IQR-EHR de Hospital — 6 de febrero
- Llamada acerca del Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen — 13 de febrero

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters® acerca de la Implementación de la Próxima Generación de Organización de Cuidado Responsable — Revisado
- Herramienta Educativa de los Estándares de Calidad de DMEPOS — Revisado
- Folleto acerca de Terapia de Oxígeno en el Hogar — Revisado
- ¿Está Buscando Materiales Educativos?

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

MLN Connects® para el 8 de febrero de 2018

MLN Connects® para el 8 de febrero de 2018

Vea esta edición como PDF 

Noticia y anuncios

- Pacientes sobre Papeleo: Boletín de Enero
- Registro de Pagos Abiertos
- MIPS: Llamada acerca de Medidas y Actividades de Mejora sobre Información de Avance de Atención
- Programa de Pago de Calidad: Tabla de APM Avanzado
- Recursos del Programa de Reporte de Calidad de Hospicio
- Programa de Reporte de Calidad de LTCH: Materiales de la Capacitación de Diciembre
- Medida de Calidad y Revisión y Reporte Correcto del QRP de SNF: Error de Cálculo
- Reporte de Revisión y Corrección de Salud en el Hogar: Corrección
- Continúa la Actividad de la Influenza: ¿Están sus Pacientes Protegidos?

Cumplimiento del proveedor

- Reclamaciones de Hospital de Medicare: Evite Errores

de Codificación — Recordatorio

Próximos eventos

- Llamada acerca del Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen — 13 de febrero
- Webinar acerca de Qué Hay de Nuevo en Comparación de Médico — 21 o 22 de febrero
- Webinar acerca del Reporte de Facturación Comparativo en Prescriptores de Opioides — 21 de febrero o 7 de marzo
- Llamada acerca de QIP de ESRD: Reglamento Final para el CY 2018 — 22 de febrero

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Documentación de Servicio de E/M Proporcionado por Estudiantes — Nuevo
- Herramienta Educativa de Recursos de Inscripción de Medicare — Revisado
- Herramienta Educativa de Facturación de Inmunización de Medicare Parte B — Recordatorio

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

MLN Connects® para el 15 de febrero de 2018

MLN Connects® para el 15 de febrero de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticia y anuncios

- Fechas Límites de Reporte de MIPS se Aproximan Rápidamente: 10 Cosas para Hacer y Saber
- Programa de Pago de Calidad: Puntuaciones de Desempeño para Datos de Reclamaciones de 2017
- Programa de Acreditación de Capacitación de Automanejo de Diabetes: Nueva Página Web y Mostrador de Ayuda
- Medidas de Daño en el Hospital: Comente para el 16 de febrero
- Programa de Incentivo de EHR: Aceptando Propuestas para Nuevas Medidas para el 29 de junio
- Nueva Opción para Presentación de Reportes de Costos de Medicare

Cumplimiento del proveedor

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

Reclamaciones, precios y códigos

- OPPS Pricer File de enero de 2018

Próximos eventos

- Webinar acerca de Mejorar la Accesibilidad de las Configuraciones del Proveedor — 21 de febrero
- Llamada acerca de QIP de ESRD: Reglamento Final para el CY 2018 — 22 de febrero
- Webinar acerca del Grupo de Trabajo de las Medidas de QCDR de 2018 — 27 de febrero
- Webinar acerca de Sirviendo a Adultos con Discapacidades en el Espectro del Autismo — 28 de febrero
- Webinar acerca de Presentación de Datos de Calidad

de MIPS — 28 de febrero

- Webinar acerca de Cuidados Paliativos y de Hospicio para Adultos con Discapacidades — 7 de marzo
- Llamada acerca de la Opción de Actualización de Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen — 13 de marzo
- Pagos Abiertos: Llamada acerca del Programa y Su Rol — 14 de marzo
- Webinar acerca de Atestación de MIPS para Avance de Información de Cuidado y Actividades de Mejoramiento — 14 de marzo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Herramienta Educativa de Recursos de Inscripción de Medicare — Revisado
- Folleto de Preguntas Frecuentes de PECOS — Revisado
- Folleto de PECOS para Suplidores de DMEPOS — Revisado
- Folleto acerca de Proteger Su Identidad y Privacidad Utilizando PECOS — Revisado
- Folleto de PECOS para Organizaciones de Proveedores y Suplidores — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Información de Contacto y Asistencia Técnica de PECOS — Revisado
- Hoja Informativa acerca del Programa de Bonificación Médica para el Área de Escasez del Profesional de la Salud — Revisado
- Folleto acerca de Medicare como Pagador Secundario — Recordatorio
- Hoja Informativa acerca de Beneficiarios en Custodia bajo una Autoridad Penal — Recordatorio

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

Medicare Learning Network®

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



Hospital

Días quirúrgicos globales para hospital de cuidado crítico de método II

Número de *MLN Matters*®: MM10425
 Número de petición de cambio relacionado: 10425
 Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de enero de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R2013OTN
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambio 10425 que analiza los días quirúrgicos globales para los proveedores de hospital de cuidado crítico (CAH) de método II. El paquete quirúrgico global, también llamado cirugía global, incluye todos los servicios necesarios normalmente proporcionados por un cirujano antes, durante y después de un procedimiento. El pago de Medicare por el procedimiento quirúrgico incluye los servicios preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios rutinariamente realizados por el cirujano o por miembros del mismo grupo con la misma especialidad.

Médicos y profesionales de la salud que facturan por el tipo de factura (TOB) 85x por servicios profesionales prestados en un CAH de método II tiene la opción de reasignar sus derechos de facturación al CAH. Cuando los derechos de facturación son reasignados al CAH de método II, se realiza un pago al CAH por servicios profesionales (utilizando los códigos de ingresos 96x, 97x o 98x) según el archivo complementario del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de

la salud (MPFS).

Los proveedores de CAH de método II deben seguir las mismas directrices que los servicios del médico de la Parte B que están disponibles en el *Medicare Claims Processing Manual* ("Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare").

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10425.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10425, 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/R2013OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2013, CR 10425

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

Actualización al Capítulo 11 del 'Manual de Políticas de Beneficios de Medicare'

Número de *MLN Matters*®: MM10366
 Número de petición de cambio relacionado: CR 10366
 Fecha de emisión de CR relacionado: 19 de enero de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R240BP
 Fecha de implementación: 20 de febrero de 2018

Resumen

La petición de cambio 10366, que está destinada a centros de enfermedad renal en estado terminal, solo actualiza el *Medicare Benefit Policy Manual* ('Manual de Políticas de Beneficios de Medicare') para incluir información previamente comunicada con respecto a la cobertura de Medicare o diálisis renal suministrada a personas con daño renal agudo. No se ha agregado ninguna nueva política.

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/MM10366.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10366, 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/R240BP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-02, Transmittal 240, CR 10366

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.

PARD

Actualización al sistema de pago prospectivo (PPS) de centro de salud federalmente cualificado (FQHC) para el año calendario 2018 – actualización recurrente de archivos

Número de *MLN Matters*®: MM10480
Número de petición de cambio relacionado: 10480
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3972CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10480 actualiza la tarifa de pago base de FQHC tribal exento del sistema de pago prospectivo de centro de salud federalmente cualificado (FQHC PPS, por sus siglas en inglés) en el pricer de FQHC.

A los FQHCs tribales exentos se les paga el menor de sus cargos o una tarifa del PPS de FQHC tribal exento para todos los servicios de FQHC que se le brindan a un beneficiario durante una visita cara a cara médicamente necesaria a un FQHC. Las reclamaciones con fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2018 hasta el 31 de marzo de 2018, pagadas a la tasa de 2017 de \$349 deben ajustarse y pagarse a la tasa de \$383 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/MM10480.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10480, 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/R3972CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3972, CR 10480

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

Sistema de pago prospectivo

Actualización del código de diagnóstico para pagos complementarios por factor de coagulación sanguínea administrado a pacientes hospitalizados con hemofilia

Número de *MLN Matters*®: MM10474
Número de petición de cambio relacionado: 10474
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3974CP
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10474 proporciona actualizaciones de los códigos de diagnóstico necesarios para permitir pagos complementarios en el sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados por factor de coagulación sanguínea administrado a pacientes hospitalizados con hemofilia.

A partir del 1 de julio de 2018, se da por **terminado** el código de diagnóstico D68.32 (anticuerpo antifosfolípido con trastorno hemorrágico). Por lo tanto, los proveedores que incluyan el código de diagnóstico D68.32 en reclamaciones de pacientes hospitalizados con fechas de alta después del 1 de julio de 2018, no recibirán el pago complementario.

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/MM10474.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10474, 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/R3974CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3974, CR 10474

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

Problemas de procesamiento

Manejo de reclamaciones asignadas inapropiadamente con el código de denegación 32404

Problema

Ha llegado a la atención de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que las reclamaciones institucionales están siendo rechazadas de manera inapropiada con el código de denegación 32404 cuando se envía un código de ingresos entre 030x-031x con un HCPCS de laboratorio que no es un código de laboratorio de diagnóstico clínico.

Resolución

La implementación de una corrección del sistema está programada para el 5 de marzo de 2018. Mientras tanto, CMS retendrá todas las reclamaciones institucionales con el código de denegación 32404 asignado, excepto las reclamaciones de centros de salud federalmente cualificados (FQHC) y clínicas de salud rurales (RHC). Las reclamaciones retenidas se liberarán automáticamente una vez que se implemente la corrección.

Estado/fecha de resolución

Abierto

Acción del proveedor

Hasta que se implemente la corrección, las reclamaciones de FQHC y RHC se devolverán al proveedor (RTP). Como solución alternativa, se recomienda a los proveedores de FQHC y RHC que eliminen la(s) línea(s) de reclamación a las que se les ha asignado el código de denegación 32404 y que vuelvan a enviar la reclamación. Esta acción no



afectará el pago. Los proveedores pueden discontinuar esta solución alternativa después del 5 de marzo de 2018.

Problemas de procesamiento actuales

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

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Determinaciones de Cobertura Local

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisión a las LCD existentes

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)

La sección de las “Guías de Utilización” de la determinación de cobertura local (LCD) para terapia de viscosuplementación para la rodilla fue revisada para aclarar que los medicamentos que son administrados como inyección intra-articular única por curso de tratamiento y los medicamentos que son administrados por múltiples semanas por curso de tratamiento deben de administrarse no más de una vez cada seis meses.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Múltiples revisiones a determinaciones de cobertura local de las Partes A/B y la Parte B

First Coast Service Options Inc. ha revisado la sección de los “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) para incluir una explicación de que todos los códigos dentro de un código de diagnóstico ICD-10-CM con rango de asterisco desde el primer código hasta el último código se aplican.

A continuación está la lista de LCDs impactadas:

LCDs combinadas de las Partes A y B

L33270 Bisfosfonatos (Intravenoso [IV]) y Anticuerpos Monoclonales en el Tratamiento de la Osteoporosis y sus Otras Indicaciones
 L36356 Estudios de Densidad Mineral ósea
 L33273 Bortezomib (Velcade®)
 L33274 Toxinas Botulínicas
 L33669 Electrocardiografía
 L36276 Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis
 L33661 Citometría de Flujo
 L33726 Gemcitabine (Gemzar®)
 L34912 Pruebas Genéticas para el Síndrome de Lynch
 L33538 Radioterapia para T1 Carcinomas Basocelulares y de Células Escamosas de la Piel
 L34021 Tasa de Sedimentación, Eritrocito
 L36035 Estimulación de la Médula Espinal para el Dolor Crónico
 L33410 Radiocirugía Estereotáctica (SRS) y Radioterapia del Cuerpo Estereotáctico (SBRT)

L33771 Vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza

L33774 Cápsula Inalámbrica Endoscópica

LCDs de la Parte B solamente

L33804 Inmunoterapia de Alérgeno
 L33810 Topografía Corneal Computarizada
 L33941 Cuidado Rutinario del Pie
 L33963 Timpanometría
 L33967 Inyecciones de Vitamina B12

Fecha de efectividad

Todas las revisiones de LCD arriba excepto Timpanometría son efectivas para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de febrero de 2018**. La revisión de la LCD de Timpanometría es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de febrero de 2018**, para servicios prestados **en o después del 23 de septiembre de 2002**. 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) puede 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 de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Reemplazo articular mayor (cadera y rodilla) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33618 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La LCD para reemplazo de articulación mayor (cadera y rodilla) se revisó para agregar el código de diagnóstico de la ICD-10-CM: Z47.32 a la sección “Códigos de Diagnóstico de la ICD-10-CM para la Artroplastia Total de Cadera” de la LCD y el código de diagnóstico de la ICD-10-CM: Z47.33 a la sección “Códigos de Diagnóstico de la ICD-10-CM para la Artroplastia Total de Rodilla” de la LCD. Así también, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD. Además, según una revisión anual de la LCD, se determinó que parte del lenguaje en cursiva de la sección “Requisitos de Documentación” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y

Medicaid (CMS) listados en la LCD; por lo tanto, esta LCD fue 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 15 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 LCDs vigentes, futuras y retiradas [haga clic aquí](#).

LCD retiradas

Múltiples LCDs de la Parte A y Parte B están siendo retiradas

LCD ID números: L33985, L33990, L33991, L34013 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión y análisis de datos anual de las siguientes LCDs, se determinó que estas LCDs ya no son requeridas, y por lo tanto, están siendo retiradas.

- L33985 – Análisis de la Función de Célula Inmune de Trasplante (ImmuKnow®)
- L33990 – Doxorubicina HCl
- L33991 – Lisis Endoscópica y Percutánea de las Adherencias Epidurales
- L34013 – Cirugía de Reducción de Volumen Pulmonar

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es efectivo para los servicios prestados **en o después del 15 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 LCDs vigentes, futuras y retiradas [haga clic aquí](#).

Información adicional de LCD

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – revisión al artículo de la Parte A y Parte B

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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan instrucciones a los contratistas con respecto al pago de Medicare por medicamentos y productos biológicos incidentes a el servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable generalmente se autoadministra y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables autoadministrados excluidos que inciden a el servicio de un médico se encuentran en el *Medicare Benefits Policy*

Manual, Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2. Efectivo para los servicios prestados **en o después del 2 de abril de 2018**, Haegarda® (inhibidor de esterasa c1 por vía subcutánea [humano]) (J3490/J3590) ha sido agregado a la lista de medicamentos autoadministrados del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la Jurisdicción N (JN).

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

La lista de SAD de First Coast Service Options Inc. está disponible en: [Medicamentos autoadministrados](#).

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

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

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

855-416-4199

Sitios web

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

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

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recauda de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo

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

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

Intermediarios de salud en el hogar regional/hospicio

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

Contacte a CMS

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

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

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

NCCI

Actualización trimestral de abril a modificaciones de iniciativas de codificación correcta

Número de *MLN Matters*®: MM10472
Número de petición de cambio relacionado: 10472
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3963CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) desarrollaron la iniciativa nacional de codificación correcta (NCCI) para promover metodologías correctas de codificación y para controlar la codificación inadecuada que conduce al pago inapropiado en las reclamaciones de Medicare de la Parte B. Cada trimestre, CMS actualiza las tablas de pares de códigos. CMS recientemente publicó las tablas de pares de códigos de abril de 2018 para que los proveedores revisaran antes de presentar reclamaciones.

Las modificaciones de pares de códigos de procedimiento a procedimiento (PTP) de la NCCI son modificaciones de prepago automatizadas que impiden el pago impropio cuando se presentan ciertos códigos juntos. First Coast Service Options Inc. ha desarrollado [este tutorial para ayudarle a reducir el número de reclamaciones denegadas](#) debido a pares de códigos NCCI incorrectos.

Las políticas de codificación desarrolladas se basan en las

convenciones de codificación definidas en el manual de *Current Procedural Terminology* de la Asociación Médica Americana, las políticas y ediciones nacionales y locales, las directrices de codificación desarrolladas por las sociedades nacionales, el análisis de práctica médica y quirúrgica estándar y la revisión de práctica actual de codificación.

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/MM10472.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10472, 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/R3963CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3963, CR 10472

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

Laboratorio clínico

Códigos sujetos a y excluidos de las ediciones de CLIA

Número de *MLN Matters*®: MM10446 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10446
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3975CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

La petición de cambio (CR) 10446 informa a los contratistas acerca de los códigos de 2018 que están sujetos a así como excluidos de las ediciones de las enmiendas de mejora de laboratorio clínico (CLIA). La CR también incluye los códigos discontinuados a partir del 31 de diciembre de 2017. El artículo fue revisado el 9 de febrero para reflejar una CR actualizada. Esta CR añadió G0475 como un código que está sujeto a modificaciones de CLIA efectivo el 13 de abril de 2015, (ver página siete en negrillas). Toda la demás información permanece igual.

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 centros certificados; 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/R3975CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3975, CR 10446

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

Determinaciones de Cobertura Local

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

Revisión a las LCD existentes

Mamoplastía de Reducción – revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33939 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de mamoplastía de reducción, se determinó que el lenguaje en cursivo en la sección de “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa una cita directa de la determinación de cobertura nacional (NCD) de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) para reconstrucción de senos luego de una mastectomía (NCD 140.2). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con la NCD.

Se eliminó la siguiente oración:

Medicare considerará que la mamoplastía de reducción es razonable y necesaria cuando se realiza para lograr la simetría después de extirpar y/o reconstruir un seno debido a una enfermedad maligna.

Se añadieron las siguientes oraciones:

La reconstrucción del seno afectado y del contralateral no afectado luego de una mastectomía médicamente necesaria se considera como un procedimiento no estético

relativamente seguro y efectivo. En consecuencia, un pago de programa se puede realizar para cirugía de reconstrucción del seno seguido de la remoción del seno por cualquier razón médica.

Un pago de programa no puede realizarse para reconstrucción del seno por razones estéticas. (La cirugía estética está excluida de cubierta bajo §1862(a)(10) del Acta).

Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 8 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Múltiples revisiones a determinaciones de cobertura local de las Partes A/B y la Parte B

First Coast Service Options Inc. ha revisado la sección de los “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de múltiples determinaciones de cobertura local (LCDs) para incluir una explicación de que todos los códigos dentro de un código de diagnóstico ICD-10-CM con rango de asterisco desde el primer código hasta el último código se aplican.

A continuación está la lista de LCDs impactadas:

LCDs combinadas de las Partes A y B

L33270 Bisfosfonatos (Intravenoso [IV]) y Anticuerpos Monoclonales en el Tratamiento de la Osteoporosis y sus Otras Indicaciones
L36356 Estudios de Densidad Mineral ósea
L33273 Bortezomib (Velcade®)
L33274 Toxinas Botulínicas
L33669 Electrocardiografía
L36276 Agentes Estimulantes de la Eritropoyesis
L33661 Citometría de Flujo
L33726 Gemcitabine (Gemzar®)
L34912 Pruebas Genéticas para el Síndrome de Lynch
L33538 Radioterapia para T1 Carcinomas Basocelulares y de Células Escamosas de la Piel
L34021 Tasa de Sedimentación, Eritrocito
L36035 Estimulación de la Médula Espinal para el Dolor Crónico
L33410 Radiocirugía Estereotáctica (SRS) y Radioterapia del Cuerpo Estereotáctico (SBRT)
L33771 Vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se

realiza

L33774 Cápsula Inalámbrica Endoscópica

LCDs de la Parte B solamente

L33804 Inmunoterapia de Alérgeno
L33810 Topografía Corneal Computarizada
L33941 Cuidado Rutinario del Pie
L33963 Timpanometría
L33967 Inyecciones de Vitamina B12

Fecha de efectividad

Todas las revisiones de LCD arriba excepto Timpanometría son efectivas para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de febrero de 2018**. La revisión de la LCD de Timpanometría es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de febrero de 2018**, para servicios prestados **en o después del 23 de septiembre de 2002**. 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) puede 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 de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Destrucción del(los) Nervio(s) de la Articulación Facetaria Paravertebral – aclaración de artículo/revisión a la LCD de la Parte B/artículo “Guías de Codificación”

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

El siguiente artículo fue publicado previamente en Medicare A y B al Día (pág. 34) en septiembre de 2017. Aclaración adicional perteneciente a los Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs) ha sido incluida en este artículo.

En base a una correspondencia externa pidiendo aclaración acerca de cuándo se puede realizar la destrucción de la articulación facetaria paravertebral repetida, se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para la destrucción del(los) nervio(s) de la articulación facetaria paravertebral para añadir lenguaje que aclare las secciones de la LCD acerca de las “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” y las “Guías de Utilización”. El lenguaje se leerá de la siguiente manera: La destrucción de la articulación facetaria paravertebral repetida no es médicamente necesaria cuando se realiza en el mismo lugar anatómico (lado y nivel espinal) dentro de los seis meses de un tratamiento anterior. (Así que un bilateral o R(L) entonces L(R) del mismo nivel se permite en seis meses y luego puede ser repetido en los seis meses subsiguientes). Además, las guías de codificación fueron creadas y anexadas a la LCD para proveer instrucciones acerca del uso apropiado de los modificadores y códigos complementarios para servicios de destrucción de la articulación facetaria paravertebral (Códigos de Current Procedural Terminology [CPT®] 64633-64636). Por cada episodio de cuidado, el modificador apropiado debe ser utilizado para identificar el lado del nivel espinal que está siendo tratado (ej. RT,



LT, 50 (el modificador 50 no es reportable por Centros de Cirugía Ambulatoria [ASCs]). Los servicios médicos facturados sin un modificador indicando el lado del nivel espinal tratado serán rechazados.

Es de destacar, que los ASCs no pueden reportar el modificador 50 por cualquier código de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)/CPT. Los ASCs deben reportar dos procedimientos ya sea como una sola unidad o dos líneas separadas (anexando los modificadores RT y LT) o con un “2” en el campo de unidades en una línea cuando se prestan servicios bilaterales en la misma fecha de servicio.

En adición, el artículo de las “Guías de Codificación” acerca de la destrucción del(los) nervio(s) de la articulación facetaria paravertebral, fue revisado para incluir la aclaración arriba relacionada a los ASCs.

Fecha de vigencia

Esta revisión del artículo de la LCD/“Guías de Codificación” es efectivo para reclamaciones procesadas **en o después del 8**

de febrero de 2018, por servicios prestados **en o después del 16 de octubre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

Nota: Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 [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)

La sección de las “Guías de Utilización” de la determinación de cobertura local (LCD) para terapia de viscosuplementación para la rodilla fue revisada para aclarar que los medicamentos que son administrados como inyección intra-articular única por curso de tratamiento y los medicamentos que son administrados por múltiples semanas por curso de tratamiento deben de administrarse no más de una vez cada seis meses.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para reclamaciones

procesadas **en o después del 8 de febrero de 2018**.

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 de cobertura local (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Reemplazo articular mayor (cadera y rodilla) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33618 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para reemplazo de articulación mayor (cadera y rodilla) se revisó para agregar el código de diagnóstico de la ICD-10-CM: Z47.32 a la sección “Códigos de Diagnóstico de la ICD-10-CM para la Artroplastia Total de Cadera” de la LCD y el código de diagnóstico de la ICD-10-CM: Z47.33 a la sección “Códigos de Diagnóstico de la ICD-10-CM para la Artroplastia Total de Rodilla” de la LCD. Así también, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD. Además, según una revisión anual de la LCD, se determinó que parte del lenguaje en cursiva de la sección “Requisitos de Documentación” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

listados en la LCD; por lo tanto, esta LCD fue 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 15 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

LCD retiradas

Múltiples LCDs de la Parte A y Parte B están siendo retiradas

LCD ID números: L33985, L33990, L33991, L34013 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión y análisis de datos anual de las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs), se determinó que estas LCDs ya no son requeridas, y por lo tanto, están siendo retiradas.

- L33985 – Análisis de la Función de Célula Inmune de Trasplante (ImmuKnow®)
- L33990 – Doxorubicina HCI
- L33991 – Lisis Endoscópica y Percutánea de las Adherencias Epidurales
- L34013 – Cirugía de Reducción del Volumen Pulmonar

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es efectivo para los servicios prestados **en o después del 15 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Timpanometría – LCD retirada de la Parte B

LCD ID número: L33963 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base en una revisión anual y una revisión del análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para la timpanometría, se determinó que esta LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para los servicios prestados **en o después del 15 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos

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

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Información adicional de LCD

Lista de medicamentos autoadministrados (SAD) – revisión al artículo de la Parte A y Parte B

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

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan instrucciones a los contratistas con respecto al pago de Medicare por medicamentos y productos biológicos incidentes a el servicio de un médico. Las instrucciones también proporcionan a los contratistas un proceso para determinar si un medicamento inyectable generalmente se autoadministra y, por lo tanto, no está cubierto por Medicare. Las pautas para la evaluación de medicamentos para la lista de medicamentos inyectables autoadministrados excluidos que inciden a el servicio de un médico se encuentran en el *Medicare Benefits Policy Manual* (Manual de Políticas de Beneficios de Medicare), Pub. 100-02, Capítulo 15, Sección 50.2.

Efectivo para los servicios prestados **en o después del 2 de abril de 2018**, Haegarda® (inhibidor de esterasa c1 por vía subcutánea [humano]) (J3490/J3590) ha sido agregado a la lista de medicamentos autoadministrados del contratista administrativo de Medicare (MAC) de la Jurisdicción N (JN).

La evaluación de medicamentos para agregar a la lista



de SAD es un proceso continuo. Los proveedores son responsables de monitorear la lista de SAD para la adición o eliminación de medicamentos.

La lista de SAD de First Coast Service Options Inc. (First Coast) está disponible en: [Medicamentos autoadministrados](#).

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

Uso inapropiado del modificador 50 por centro de cirugía ambulatoria (ASC)

Los procedimientos quirúrgicos bilaterales prestados por Centros de Cirugía Ambulatoria (ASCs) pueden estar cubiertos bajo la Parte B. Aunque el uso del modificador 50 no está prohibido de acuerdo con las instrucciones de facturación de Medicare, el modificador no está reconocido para propósitos de pago y si es utilizado por ASCs, puede resultar en pago incorrecto.

Según expresado en Pub. 100-04, *Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare*, Capítulo 14 – Centros de Cirugía Ambulatoria, Sección 40.5 – Pago por Múltiples Procedimientos, un procedimiento efectuado bilateralmente en una sesión operativa se reporta como dos procedimientos, ya sea como una sola unidad en dos líneas separadas o con un “2” en el campo de unidades en una línea. El procedimiento múltiple de reducción del 50 por ciento aplica a todos los procedimientos bilaterales sujetos a descuento de procedimiento múltiple. Por ejemplo, si el lavado por canulación; seno maxilar (punción del antro por ostium natural) (código CPT 31020) es realizado bilateralmente en una sesión operativa,

reporte 31020 en dos líneas separadas o con un “2” en el campo de las unidades. Dependiendo si la reclamación incluye otros servicios para los cuales los descuentos de procedimiento múltiple aplican, el contratista aplica la reducción de procedimiento de 50 por ciento al pago por lo menos a una de las tasas de pago del código CPT 31020.

Por lo tanto, los procedimientos bilaterales realizados en ASCs deben ser reportados o como una unidad sencilla en dos líneas separadas (anexando los modificadores RT y LT) o con un “2” en el campo de unidades en una línea, para que los procedimientos bilaterales sean pagados correctamente. La reducción de procedimiento múltiple de 50 por ciento aplicará a todos los procedimientos bilaterales sujetos a descuento de procedimiento múltiple. Efectivo para servicios prestados **en o después del 26 de marzo de 2018**, las reclamaciones facturadas inadecuadamente por ASCs con un modificador 50 serán rechazadas.

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

Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Correo electrónico: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager