

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Marzo 2018



En esta edición

Prohibido facturar el saldo a beneficiarios cualificados de Medicare	3
Modificaciones a la implementación del segmento PWK del sistema esMD	10
Polisomnografía y pruebas de sueño - revisión a la LCD de Parte A y Parte B	26

Ajustes a reclamaciones de QMB procesadas bajo la CR 9911

Número de *MLN Matters*®: MM10494
Número de petición de cambio relacionado: 10494
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de marzo de 2018
Fecha de efectividad: 20 de diciembre de 2018 para las reclamaciones de MAC de Parte B y 20 de septiembre de 2018 para las reclamaciones de MAC de DME de Parte A
Número de transmisión de CR relacionado: R2042OTN
Fecha de implementación: 20 de diciembre de 2018 para las reclamaciones de MAC de Parte B y 20 de septiembre de 2018 para las reclamaciones de MAC de DME de Parte A

Resumen

A partir de julio, a través de la petición de cambio (CR) 10433, la información de beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) será reintroducida en la remesa de pago (RA) y se modificará la CR 9911 para evitar interrupciones en el procesamiento de reclamaciones por parte de los pagadores secundarios.

La CR 10494 proporciona a los contratistas administrativos de Medicare instrucciones para iniciar ajustes masivos no monetarios a reclamaciones de beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) afectados por la CR 9911.

Nota: El objetivo es producir RAs de Medicare de reemplazo que los proveedores puedan enviar a pagadores suplementarios para coordinar los beneficios según sea necesario.

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/MM10494.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10494, 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/R2042OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20 Transmittal 2042 CR 10494

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

Ajustes a reclamaciones de QMB procesadas bajo la CR 9911.....	1
Prohibido facturar el saldo a beneficiarios cualificados de Medicare.....	3
Actualizaciones a manuales para corregir errores y omisiones relacionados con la política de SNF.....	3
Restablecer el indicador QMB en el sistema de proc. de reclms. de CR 9911.....	4
Terapia de ejercicios supervisada (SET) para PAD sintomática.....	4
Criterios de uso apropiado para diagnóstico por imágenes avan. part. volun. y periodo de rep. de req. de pros. de recl. mod. QQ.....	5
Anuncio de recordatorio de MSI.....	5

Tarifas

Actualización de abril de 2018 de los cambios en los códigos de medicamentos y biológicos.....	6
Actualización de abril de 2018 a la tarifa fija de DMEPOS.....	6
Actualización de abril base de datos del man. de tarifas fijas de Medicare para médicos y prof. de la salud 2018.....	7

EDI

CMS publica cods. de obs. de rem. pago, cod. de deneg., ajuste de rec. Medicare, Remit Easy Print y PC Print.....	7
---	---

Cobertura

ICD-10 y otras revisiones de codificación a determinaciones de cobertura nacional.....	8
--	---

Códigos de procedimiento

CMS publica actualización de conjuntos de cods. de taxon. del prov. abril 2018.....	8
---	---

Laboratorio clínico

Actualización trim. de tarifas fijas de lab. clin. y servs. sujetos a pago cargo razonable.....	9
---	---

PWK

Modificaciones a la implementación del segmento PWK del sistema esMD.....	10
---	----

Recursos Educativos

Calendario de Eventos.....	11
MLN Connects® del 22 de febrero de 2018.....	12
MLN Connects® del 1 de marzo de 2018.....	13
MLN Connects® del 8 de marzo de 2018.....	14
MLN Connects® -- Ed. Esp. - Provisiones Extendidas Legislativas Expiradas de Medicare y Otras Provisiones de Ley Presupuesto Bipartidista 2018.....	15
MLN Connects® del 15 de marzo de 2018.....	15
MLN Connects® del 22 de marzo de 2018.....	17

Parte A

Hospital

Especificaciones de abril de 2018 del editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado.....	18
--	----

PARD

Actualización al PPS de FQHC para el CY 2018-actualización recurr. de archivos.....	19
---	----

PPS

Requisitos de facturación para proveedores del OPPS con múltiples ubic. de serv.....	19
Actliz. del cód. diag. para pagos complementarios factor de coagulación sanguínea adm. a pacientes hosp hemofilia.....	20
Actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios abril 2018.....	21
Datos de beneficiarios de Medicare dev SSI año fiscal 2016 para hospitales del IPPS, IRFs y hospitales cuidado prolongado.....	21

LCD Parte A.....	22
-------------------------	-----------

LCD revisadas

Fotografía del fondo del ojo - revisión a la LCD de las Parte A y Parte B.....	23
Radioterapia T1 carcinomas basocelulares y de células escamosas de la piel - rev. LCD de las Partes A y B.....	23
Mamografía de detección y diagnóstico - rev. al art. guías de codif. (A54846) Partes A/B.....	23
Servicios de terapia y rehabilitación - revisión a la LCD Parte A y Parte B.....	24
Estudios de densidad mineral ósea - revisión a la LCD Parte A y Parte B.....	24
Servs. no cubiertos - rev. a LCD Partes A/B.....	25
Análogos de la hormona luteinizante liberadora (LHRH) rev. LCD Partes A y B.....	25
Polisomnografía y pruebas de sueño - revisión a LCD Parte A y Parte B.....	26
Colonoscopia diagnóstica - revisión a la LCD Parte A y B.....	26
Manejo quirúrgico de la obesidad mórbida - revisión a la LCD Partes A y B.....	27

Información adicional de LCD

Aclaración de implem. de CR 10318, trans. 2005, ICD-10 y Otras Revs. Cods. a NDCs.....	27
Contactos Parte A.....	28

Parte B

Centro de cirugía ambulatoria

Actualización de abril al sistema de pago de ASC.....	29
---	----

Noticias de inscripción

Guía de procesamiento del formulario CMS-855O.....	29
--	----

LCD Parte B.....

LCD revisadas

Bloques de articulación de la faceta paravertebral revisión a la LCD de la Parte B.....	31
Servicios de terapia facturados por médicos/prof. de la salud-revisión a LCD de la Parte B.....	31
Bloques de nervios periféricos - revisión a la LCD de la Parte B.....	31
Cobertura de medicam. y prods. biológicos con y sin etiqueta pac. amb. rev. LCD Parte B.....	32
Polisomnografía y pruebas de sueño - revisión a LCD Parte A y Parte B.....	32
Colonoscopia diagnóstica - revisión a la LCD Parte A y B.....	32
Fotografía del fondo del ojo - revisión a la LCD de las Parte A y Parte B.....	33
Radioterapia T1 carcinomas basocelulares y de células escamosas de la piel - rev. LCD de las Partes A y B.....	33
Mamografía de detección y diagnóstico - rev. al art. guías de codif. (A54846) Partes A/B.....	33
Servicios de terapia y rehabilitación - revisión a la LCD Parte A y Parte B.....	34
Estudios de densidad mineral ósea - revisión a la LCD Parte A y Parte B.....	34
Servs. no cubiertos - rev. a LCD Partes A/B.....	35
Análogos de la hormona luteinizante liberadora (LHRH) rev. LCD Partes A y B.....	35
Manejo quirúrgico de la obesidad mórbida - revisión a la LCD Partes A y B.....	36

Información adicional de LCD

Aclaración de implem. de CR 10318, trans. 2005, ICD-10 y Otras Revs. Cods. a NDCs.....	36
--	----

Contactos de la Parte B de Puerto Rico.....

Información de contacto Florida.....

Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....

.....	39
-------	----

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Maria Murdoch
Marelba Cancel
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

CPT® codes, descriptors, and other data only are copyright© 2018 American Medical Association (or such other date of publication of CPT®). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS apply. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT®. AMA does not directly or indirectly practice medicine or dispense medical services. AMA assumes no liability for data contained or not contained herein.

ICD-10 codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2017 under the Uniform Copyright Convention. All rights reserved.

Third-party websites:

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

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

Facturación

Prohibido facturar el saldo a beneficiarios cualificados de Medicare

Número de *MLN Matters*®: SE1128 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: N/A
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de marzo de 2018
Fecha de efectividad: N/A
Número de transmisión de CR relacionado: N/A
Fecha de implementación: N/A

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Este artículo fue revisado el 22 de marzo para incluir información actualizada acerca de la remesa de pago y la notificación de resumen de Medicare para todas las reclamaciones de QMB de tarifa por servicio de Medicare. También incluye nuevas estadísticas acerca del número de beneficiarios inscritos en QMB.

Resumen

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

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

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1128

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

Actualizaciones a manuales para corregir errores y omisiones relacionados con la política de SNF

Número de *MLN Matters*®: MM10512
Número de petición de cambio relacionado: 10512
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de marzo de 2018
Fecha de efectividad: 19 de junio de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R114GI, R242BP y R4001CP
Fecha de implementación: 19 de junio de 2018

Resumen

La petición de cambio 10512 actualiza los manuales de Medicare con respecto a la política de centros de enfermería especializada (SNF) para aclarar el contenido existente. Estos cambios se están realizando para corregir varias omisiones y errores técnicos menores. Estos cambios están destinados solo a aclarar el contenido existente y no se anticipan cambios en la política, el procesamiento o el sistema. Los manuales afectados incluyen:

- *Medicare General Information, Eligibility and Entitlement Manual* (Pub. 100-01)
- *Medicare Benefit Policy Manual* (Pub. 100-02)
- *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04)

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/MM10512.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10512, 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/R114GI.pdf>, <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R242BP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4001CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-01, 100-02 y 100-04 Transmittal 114, 242 y 4001 CR 10512

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.

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

Número de *MLN Matters*®: MM10433 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10433
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de marzo de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3993CP
 Fecha de implementación: Para reclamaciones procesadas en o después del 2 de julio de 2018

La petición de cambio (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 beneficiario cualificado de Medicare (QMB) y al reflejar \$0 de responsabilidad de costo compartido para el período en que los beneficiarios están inscritos en QMB. Este artículo fue revisado el 13 de marzo para reflejar una CR actualizada. Esa CR añadió CARCs 66, 247, y 248. Contratistas de equipo médico duradero (DME MACs) fueron añadidos a la sección "Proveedores Afectados." Los números de inscripción de QMB también fueron actualizados para reflejar estadísticas de 2016 y las farmacias fueron añadidas en la sección "Background" ("Trasfondo"). La fecha de la CR, el número de transmisión, y el enlace a la transmisión también cambiaron.

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/R3993CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3993, 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.

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

Número de *MLN Matters*®: MM10295 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10295
 Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de marzo de 2018
 Fecha de efectividad: 25 de mayo de 2017
 Número de transmisión de CR relacionado: R205NCD y R3992CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018 – modificaciones de MAC; 2 de julio de 2018 – implementación completa

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 sintomática (PAD). El artículo fue revisado el 5 de marzo para reflejar una revisión a la petición de cambio (CR). La fecha de implementación de MAC, la fecha de publicación de la CR, los números de transmisión y las direcciones web de las transmisiones

fueron revisados. Toda la demás información permanece igual.

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> y el enlace a la NCD (en inglés) es [NCD 20.35](#).

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

Criterios de uso apropiado para diagnóstico por imágenes avanzado -- participación voluntaria y período de reporte -- requisitos de procesamiento de reclamaciones - modificador QQ

Número de *MLN Matters*[®]: MM10481
Número de petición de cambio relacionado: 10481
Fecha de emisión de CR relacionado: 2 de marzo de 2018
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R2040OTN
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10481 publica información acerca del nuevo modificador QQ que puede reportarse en la misma línea de reclamación que el código de procedimiento para un servicio de diagnóstico por imágenes avanzado suministrado en un entorno aplicable y pagado según un sistema de pago aplicable. El modificador puede ser:

- Utilizado cuando el profesional de la salud que presta el servicio conoce el resultado de la consulta del profesional que realiza la orden con un mecanismo de apoyo de decisión clínica (CDSM) para ese paciente,
- Reportó en la misma línea de reclamación que el código para un servicio de diagnóstico por imágenes avanzado que se proporciona en un entorno aplicable y se paga con un sistema de

pago aplicable, y,

- Reportó tanto en la reclamación del centro como en la del profesional de la salud.

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/MM10481.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10481, 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/R2040OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2040, CR 10481

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.

TERAPIA

De la página 4

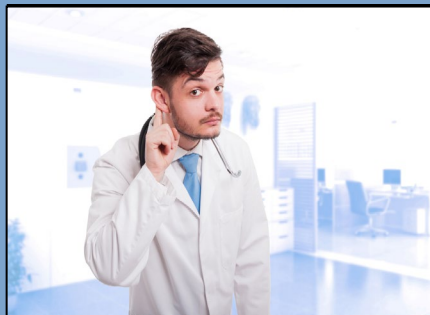
de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R3992CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R205NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 y 100-03, Transmittal 3992 y 205, CR 10295

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.

Anuncio de recordatorio de MSI: ¡Aún hay tiempo de evaluar nuestros servicios!

Aún hay tiempo de compartir sus experiencias acerca de los servicios que brindamos. Por favor complete la encuesta de Indicador de Satisfacción de MAC (MSI). Los resultados de esta encuesta nos ayudarán a obtener información valiosa y determinar mejoras en el proceso. Haga clic [aquí](#) para tomar la encuesta.



Tarifas

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM10454 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10454
 Fecha de emisión de CR relacionado: 7 de marzo de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3997CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

La petición de cambio 10454 agrega tres códigos nuevos y revisa otro código. Además, se han realizado cambios en modificadores que describen biosimilares. Este artículo fue revisado el 8 de marzo para reflejar una actualización a la CR. Esa CR proporciona instrucciones adicionales para los MACs acerca del uso de los descriptores largos. La fecha de la CR, el número de transmisión y el enlace a la transmisión también cambiaron. Toda la demás información permanece sin cambios.

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/R3997CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 3997 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.

Actualización de abril de 2018 a la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*[®]: MM10503
 Número de petición de cambio relacionado: 10503
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de marzo de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R4004CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

Resumen

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

El pago según la tarifa fija es un requisito reglamentario en 42 CFR (*Code of Federal Regulations*) §414.102 para nutrición parenteral y enteral (PEN), férulas y yesos, y lentes intraoculares (IOLs) insertados en el consultorio de un médico.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10503.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10503, 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/R4004CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 4004 CR 10503

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

Actualización de abril a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la

Número de *MLN Matters*®: MM10488
Número de petición de cambio relacionado: 10488
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3976CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10488 añade los códigos de procedimiento G9873-G9885 y G9890-G9891 al MPFS con estado de procedimiento de X (exclusión estatutaria) efectivo para fechas de servicio en o después del 1 de abril de 2018. Estos códigos son no cubiertos y por lo tanto, no tienen RVUs. Todos estos códigos nuevos fueron comunicados a través de otras instrucciones. Un resumen de todos los cambios está [adjunto a la CR](#) (en inglés).

Los contratistas no buscarán en sus archivos para retraer pago por reclamaciones ya pagadas ni para pagar reclamaciones retroactivamente, sin embargo, ellos ajustarán reclamaciones que usted les traiga a su atención.

En concordancia con el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 30.1, esto debe ser considerado como la notificación de 30 días

de un cambio al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud programado para el 2 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/MM10488.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10488, 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/R3976CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 Transmittal 3976 CR 10488

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

EDI

CMS publica actualizaciones de códigos de observación de remesas de pago, códigos de denegación de ajuste de reclamación, Medicare Remit Easy Print y PC Print

Número de *MLN Matters*®: MM10489
Número de petición de cambio relacionado: 10489
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3980CP
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la petición de cambio (CR) 10270, la cual actualiza el código de observación de remesa de pago (RARC) y las listas de códigos de denegación de ajuste de reclamación (CARC).

La CR 10489 también llama a una actualización de Medicare Remit Easy Print (MREP) y de software PC Print. Si usted utiliza [MREP](#) o [software PC Print](#), asegúrese de obtener la última versión que se publica en o antes del 2 de julio 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/MM10489.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10489, 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/R3980CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3980, CR 10489

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

Cobertura

ICD-10 y otras revisiones de codificación a determinaciones de cobertura nacional (NCDs)

Número de *MLN Matters*®: MM10473 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10473
 Fecha de emisión de CR relacionado: 28 de febrero de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R2039OTN
 Fecha de implementación: Modificaciones de MAC local; 2 de abril de 2018 – Modificaciones del sistema compartido; 2 de julio de 2018

La petición de cambio (CR) 10318 hace ajustes de codificación y clarificación a las NCDs 20.5, 110.18, 110.21, 150.3, 190.1, 190.11, 210.3, 210.4.1, 210.6, 220.4, 220.6.17, y 250.4. Este artículo fue revisado el 1 de marzo de 2018, para reflejar una actualización a la CR, la cual corrigió instrucciones en el requerimiento comercial 7 (NCD 210.3).

Resumen

La petición de cambio (CR) 10473 constituye una actualización de mantenimiento de conversiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (ICD-10) y otras actualizaciones de codificación específicas a determinaciones de cobertura nacional (NCDs). Estos cambios de codificación de NCD son

el resultado de códigos recientemente disponibles, revisiones de codificación de NCDs publicadas por separado, o comentarios de codificación recibidos.

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/MM10473.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10473, 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/R2039OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2039, CR 10473

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

Códigos de procedimiento

CMS publica actualización de conjuntos de códigos de taxonomía del proveedor de abril de 2018

Número de *MLN Matters*®: MM10402
 Número de petición de cambio relacionado: 10402
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de febrero de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3977CP
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización programada para el 1 de abril acerca de los códigos de taxonomía del proveedor del cuidado de la salud (HPTC).

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

La petición de cambio (CR) 10402 le instruye a los contratistas administrativos de Medicare que implementen el conjunto HPTC de NUCC tan pronto sea posible después del 1 de abril pero no más tarde del 2 de julio.

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/MM10402.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10402, 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/R3977CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3977, CR 10402

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

Laboratorio clínico

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

Número de *MLN Matters*®: MM10445 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10445
Fecha de emisión de CR relacionado: 14 de marzo 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: R3999CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

La petición de cambio 10445 publica la actualización trimestral de las tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS) y los servicios de laboratorio sujetos a un pago de cargo razonable, que proporciona instrucciones para acceder al archivo de datos de CLFS de 2018, fijación de precios de códigos nuevos, códigos eliminados y corrección del código 80410 existente. Este artículo fue revisado el 15 de marzo para reflejar una petición de cambio (CR) actualizada. La CR eliminó la lista de códigos nuevos con un modificador QW que entraban en vigencia a partir del 1 de abril de 2018, de la sección de política. Toda la demás información permanece igual.

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/R3999CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3999, 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

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)



PWK

Modificaciones a la implementación del segmento PWK del sistema esMD

Número de *MLN Matters*®: MM10397
 Número de petición de cambio relacionado: 10397
 Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de febrero de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R2031OTN
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10397 le permite a los contratistas administrativos de Medicare recibir documentación no solicitada, también conocida como paperwork (PWK), a través del sistema de presentación electrónica de documentación médica (esMD).

La CR 10397 también contiene archivos adjuntos que incluyen hojas de portada que deben ser utilizadas para presentaciones de documentación electrónica, por fax, o por correo electrónico. Existen tres hojas de portada, una para cada proveedor de Parte A y de Parte B, así como una para suplidores de equipo médico duradero (DME). Además, hay dos guías complementarias anexadas a la CR 10397, una para reclamaciones institucionales y otra para reclamaciones profesionales.

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/MM10397.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10397, 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/R2031OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20 Transmittal 2031 CR 10397

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.



Descubra los Beneficios de SPOT en los datos de elegibilidad

Elegibilidad - Deducibles/Límites
 Preventivo - MSP - Plan de Cobertura
 Hospicio - Salud en el Hogar
 Paciente hospitalizado

Recursos educativos

Calendario de eventos

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

abril de 2018

Servicios de E/M: Seleccionando códigos de cuidado crítico

Cuando: 19 de abril de 2018

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

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0387644.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® para el 22 de febrero de 2018

MLN Connects® para el 22 de febrero de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Proceso de Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen

Cumplimiento del proveedor

- Pago por Servicios Ambulatorios Brindados a Beneficiarios que son Pacientes Hospitalizados en otros Centros — Recordatorio

Próximos eventos

- Llamada de Actualización acerca de la Opción de Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen — 13 de marzo
- Pagos Abiertos: Llamada acerca del Programa y Su Rol — 14 de marzo
- Llamada acerca de Cuidado de la Demencia: Recomendaciones de Planificación y Práctica del Cuidado Centrado en la Persona — 20 de marzo
- Conferencia de Inscripción de Proveedores Nacionales de CMS — 24 y 25 de abril

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Video del Minuto del Proveedor de CMS: Utilizando su MAC para Prepararse para la Revisión del CERT — Nuevo
- Llamada acerca del Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Hoja Informativa acerca de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para las Camas de Hospital y Accesorios — Nuevo

- Hoja Informativa acerca de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Bombas de Infusión y Medicamentos Relacionados — Nuevo
- Hoja Informativa acerca de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Nebulizadores y Medicamentos Relacionados — Nuevo
- Hoja Informativa acerca de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Exámenes de Laboratorio – Conteos Sanguíneos — Nuevo
- Hoja Informativa acerca de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Tiras de Prueba para Diabéticos — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Descripción General del Modelo de Autorización Previa de Ambulancia No Urgente Programada Repetitiva — Revisado
- Folleto acerca de Servicios de Telesalud — Revisado
- Folleto acerca de Inscripción de Medicare para Proveedores Institucionales — Revisado
- Folleto acerca de PECOS para Médicos y NPPs — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Información de DMEPOS para Farmacias — Recordatorio
- Hoja Informativa acerca de Acreditación de DMEPOS — Recordatorio
- Folleto acerca de Inmunizadores Masivos y Lista de Facturación — 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>.



MLN Connects® para el 1 de marzo de 2018

MLN Connects® para el 1 de marzo de 2018

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticias y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Video para Su Sala de Espera
- Hoja Informativa acerca de Pacientes sobre Paperwork
- CMS Publica Reporte Público de Resultados de Encuesta de Hospicio de CAHPS®
- Actualización Trimestral de Comparación de Hospicio
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Inscripción del Suplidor
- Atestación del Programa de Incentivo de EHR de Hospital de Medicare: Fecha Límite Extendida hasta el 16 de marzo
- Borrador de 2019 de la Guía de Implementación de QRDA Categoría I: Presente Comentarios para el 21 de marzo
- MIPS: Solicite para Participar en Estudio de Medidas de Calidad para el 23 de marzo
- Fechas Límites de Reporte de MIPS
- Especificaciones de Medidas de QCDR de MIPS de 2018
- Video acerca de Proyecciones de Medidas de Reclamaciones de MIPS Basadas en la Calidad y Resultados
- Documento de Pre-Publicación de Actualización Anual de eQIM
- Qué Hay de Nuevo con Materiales de Webinar de Comparación de Médicos
- ¿Está Usted Preparado para una Emergencia del Cuidado de la Salud?
- Marzo es el Mes Nacional de la Concientización del Cáncer Colorrectal

Cumplimiento del proveedor

- Hoja Informativa de Consejos para el Cumplimiento del Proveedor para el Conteo de Sangre en el Laboratorio — Nuevo

Próximos eventos

- 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
- Llamada acerca de Cuidado de la Demencia:

Recomendaciones de Planificación y Práctica del Cuidado Centrado en la Persona — 20 de marzo

- Servicios de E/M: Sesión de Escucha acerca de Guías de Documentación y Reducción de Carga — 21 de marzo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Dispositivos PAP y Accesorios Incluyendo CPAP — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Medicamentos Orales Anticáncer y Medicamentos Antieméticos Utilizados en Conjunto — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Cirugía Bariátrica — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Zapatos Diabéticos — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Ortesis de Extremidad Inferior — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Nutrición Enteral — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Medicamentos Inmunosupresores — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Servicios de Ambulancia — Revisado
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Servicios de Clínica de ESRD (Parte A No-DRG) — Revisado
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Tomografías Computarizadas — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Vacunas de Medicare Parte D y Administración de Vacunas — Revisado
- Herramienta Educativa de Facturación de Inmunización de Medicare Parte B — Revisado
- Folleto acerca de Prueba de Papanicolau y Exámenes Pélvicos — Revisado
- Folleto acerca de Inscripción de Médicos, NPPs, y Otros Suplidores de la Parte B de Medicare — Revisado
- Folleto acerca del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios de Hospital — Revisado

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

MLN Connects® para el 8 de marzo de 2018

MLN Connects® para el 8 de marzo de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Iniciativa MyHealthEData Coloca a los Pacientes en el Centro del Sistema de Atención Médica de los Estados Unidos
- Transición a las Nuevas Tarjetas de Medicare Comienza en Menos de un Mes
- Oportunidad de Financiación de MACRA: Desarrollo de Medidas para el Programa de Pago de Calidad
- Actualización de Comparación de IRF y LTCH
- Programa de Pago de Calidad: Envíe Datos de Participación de 2017 hasta el 31 de marzo
- Programa de Incentivo de EHR: Hospitales pueden Enviar Propuestas para Nuevas Medidas hasta el 29 de junio
- PEPPER para Hospitales de Cuidados Agudos a Corto Plazo
- Comentarios del Suplidor de DME acerca de Demostración de Discusión por Teléfono y del Proceso de Reapertura
- Preguntas Frecuentes acerca de Programas de Incentivos de EHR
- Uso de Medicamentos Antipsicóticos en Residencias de Ancianos: Actualización de Tendencia
- Ayude a Sus Pacientes a Ir Más Allá con la Comida

Cumplimiento del proveedor

- Facture Correctamente por los Procedimientos de Reemplazo de Dispositivo — Recordatorio

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de Abril de 2018 del Precio Promedio de Venta

Próximos eventos

- Llamada acerca de la Opción de Actualización de Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen — 13 de marzo
- Panel de Discusión acerca de la Semana Nacional de la Seguridad del Paciente — 13 de marzo
- Pagos Abiertos: Llamada acerca del Programa y Su Rol — 14 de marzo
- Webinar acerca de Guía de Implementación de QRDA

de Categoría I para el Reporte de Calidad de Hospital para el CY 2018 — 19 de marzo

- Llamada acerca de Cuidado de la Demencia: Recomendaciones de Planificación y Práctica del Cuidado Centrado en la Persona — 20 de marzo
- Servicios de E/M: Sesión de Escucha acerca de Guías de Documentación y Reducción de Carga — 21 de marzo

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Monitores de Glucosa — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Sillas de Ruedas Manuales — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Ordenar Prótesis para Extremidades Inferiores — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Pruebas de Laboratorio – Cultivos Bacterianos — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Opciones de Sillas de Ruedas/ Accesorios — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Suministros de Ostomía — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Ordenar Suministros y Equipos de Oxígeno — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Terapia de Herida de Presión Negativa — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Vendajes Quirúrgicos — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Suministros Urológicos — Nuevo
- Llamada acerca de Acuerdo de Apelaciones de Bajo Volumen — Nuevo
- Llamada acerca del QIP de ESRD: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Hoja Informativa acerca de Clínica de Salud Rural — Revisado

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

Provisiones Extendidas Legislativas Expiradas de Medicare y Otras Provisiones de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018

El 9 de febrero de 2018, el Presidente Trump firmó la ley de Presupuesto Bipartidista de 2018. Esta nueva ley incluye varias provisiones relacionadas al pago de Medicare.

En cuanto al pago de servicios de terapia de pacientes ambulatorios, la ley repele la aplicación de los límites de terapia de pacientes ambulatorios de Medicare pero retiene las cantidades de los límites anteriores como umbral por encima del cual las reclamaciones deben incluir el modificador KX como confirmación de que los servicios son médicamente necesarios según justificados por documentación adecuada en el expediente médico; y retienen el proceso dirigido de revisión médica, pero a una cantidad de umbral menor.

También extiende varias provisiones legislativas expiradas de Medicare afectando a los proveedores del cuidado de la salud y a los beneficiarios, incluyendo el pago básico del trabajo geográfico del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud, pagos añadidos por servicios de ambulancia y servicios

de salud rural en el hogar, cambios al ajuste de pago para hospitales de volumen bajo, y el programa de hospital dependiente de Medicare.

En adición, con respecto a la Sección 53111 – Actualización de Pago de Medicare para Centros de Enfermería Especializada, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid han recibido preguntas de los acreedores acerca del impacto de la actualización de los Centros de Enfermería Especializada (SNF) de FY 2019 debido a la sección 53111 del BBA de 2018. Para ayudar a contestar estas preguntas, estamos proveyendo información acerca de la actualización de la bolsa de mercado para FY 2019 basado en datos actualmente disponibles. Este estimado puede ser actualizado en el Aviso de Propuesta de Reglamentación para el FY 2019 del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de SNF.

Lea el [resumen completo](#) (en inglés).

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

MLN Connects® para el 15 de marzo de 2018

[MLN Connects® para el 15 de marzo de 2018](#)

[Vea esta edición como un PDF](#)

Noticias y anuncios

- Fechas Límites de Reporte de MIPS se Aproximan
- Programa de Incentivo de EHR: Fecha Límite de Atestación de Hospital Cambiada al 16 de marzo
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de Hospicio: Revise Sus Datos para el 30 de marzo
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de IRF y LTCH: Revise Sus Datos para el 5 de abril
- Ombudsman Farmacéutico y Tecnológico de Medicare
- Guía Actualizada de Implementación de QRDA III con Identificador de Información de Avance de Atención
- Reporte de Umbral de Cumplimiento Oportuno de QRP de Hospicio: Actualización de Nota al Calce
- Continúa la Actividad de Influenza: ¿Están Protegidos Sus Pacientes?

Cumplimiento del proveedor

- Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Camas de Hospital y Accesorios

Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos OCE Integrados para abril de 2018

Próximos eventos

- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca del Proyecto de la Nueva Tarjeta de Medicare — 20 de marzo
- Llamada acerca de Cuidado de la Demencia: Recomendaciones de Planificación y Práctica del Cuidado Centrado en la Persona — 20 de marzo
- Servicios de E/M: Sesión de Escucha acerca de Guías de Documentación y Reducción de Carga — 21 de marzo
- Webinar acerca de Trabajo en Equipo Interdisciplinario, Manejo y Comunicación — 21 de marzo
- Webinar acerca del Programa de Reporte de Calidad de Hospicio — 21 de marzo
- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca de la Ley IMPACT y Coordinación para Mejorar el Cuidado — 28 de marzo
- Webinar acerca del Manejo de Transiciones con Adultos con Discapacidades — 28 de marzo

Ver **MLN**, en la página 16

MLN

De la página 15

- Webinar acerca de Construir Asociaciones: Planes de Salud y Organizaciones Basadas en la Comunidad — 4 de abril

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de Criterios de Uso Apropiado para Diagnóstico por Imágenes Avanzado: Modificador QQ de HCPCS — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de las Especificaciones I/ OCE Versión 19.1 de abril de 2018 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Actualización de OPPTS de Hospital de abril de 2018 — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Nutrición Enteral — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Andadores — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Servicios de Salud en el Hogar — Nuevo
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Dispositivos de Respiración Asistida — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de la ICD-10 y Otras Revisiones de Codificación a las NCDs — Revisado
- Artículo de MLN Matters de la Actualización del Código de Diagnóstico para Pagos Complementarios por Factor de Coagulación Sanguínea Administrado a Pacientes Hospitalizados con Hemofilia — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Terapia de Ejercicio Supervisada para PAD Sintomática — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Cambios Trimestrales al Código HCPCS de Medicamento/ Producto Biológico — Revisado
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Pruebas de Laboratorio: Otros — Revisado
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Ordenar Servicios de Pacientes Ambulatorios — Revisado
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Servicios de Centros de Enfermería Especializada — Revisado
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Bombas de Terapia de Nutrición Enteral — Revisado
- Hoja Informativa de Consejos de Cumplimiento del Proveedor para IRF — Revisado
- Hoja Informativa del Sistema de Pago de Centro de Cirugía Ambulatoria — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Beneficiarios en Custodia bajo una Autoridad Penal — Revisado
- Folleto de Transportes de Ambulancia de Medicare — Revisado
- Listado de Productos Educativos de Inscripción del Proveedor-Suplidor Nacional de Medicare — Revisado
- Folleto de Cirugía Global — Recordatorio

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

Manténgase informado: Suscríbase a eNews

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



MLN Connects® para el 22 de marzo de 2018

MLN Connects® para el 22 de marzo de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- La Cobertura de Pruebas de Secuenciación de Próxima Generación Garantiza un Acceso Mejorado para Pacientes con Cáncer
- Transferencia de Medidas de Salud por la Ley de IMPACT: Período de Comentario Público Finaliza el 3 de mayo
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: HART v1.4.0
- Reporte de Medidas de Referencia para el Año Fiscal 2020 del Programa VBP Hospitalario

Cumplimiento del proveedor

- Facturación por Transplantes de Célula Madre — Recordatorio

Próximos eventos

- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca de la Ley IMPACT y Coordinación para Mejorar el Cuidado — 28 de marzo
- Webinar acerca de Reporte de Facturación Comparativo para Proveedores de Ortesis Espinales que Refieren — 11 de abril
- Conferencia Nacional de Inscripción del Proveedor de CMS — 24 y 25 de abril

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización de Abril de 2018: Sistema de Pago de ASC — Nuevo

- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización al Manual Electrónico para Corregir Errores y Omisiones: SNF de 2018 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Datos de Beneficiario de Medicare/SSI para el FY 2016: Hospitales del IPPS, IRFs, LTCHs — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Requisitos de Facturación para Proveedores del OPSS con Múltiples Ubicaciones de Servicio — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Restablecer el Indicador de QMB en el Sistema de Procesamiento de Reclamaciones de FFS — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización Trimestral de las CLFS y Servicios de Laboratorio Sujetos a un Pago de Cargo Razonable — Revisado
- Folleto acerca del Sistema de Pago Prospectivo de Salud en el Hogar — Revisado
- Folleto acerca de Centro de Salud Federalmente Cualificado — Revisado
- Folleto acerca del Proceso de Apelaciones de Medicare Partes A y B — Recordatorio
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de las Provisiones de Medicare como Pagador Secundario — Recordatorio
- Programa de CLIA y Servicios de Laboratorio de Medicare — Recordatorio

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

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



—Shirley Knoll, CPC
Therapy Management Corporation
Directora de facturación

Hospital

Especificaciones de abril de 2018 del editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado

Número de *MLN Matters*®: MM10514 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10514
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de marzo de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R4006CP
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

La petición de cambio 10514 proporciona las instrucciones y especificaciones del editor de código integrado para pacientes ambulatorios (I/OCE) para el OCE integrado, que enruta todas las reclamaciones institucionales ambulatorias (incluye reclamaciones hospitalarias que no pertenecen al OPPS) a través de un único OCE integrado. Este artículo fue revisado el 22 de marzo para reflejar una actualización al indicador de estado para el código de medicamento J0606 de SI=G a SI=K.

Resumen

El editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado (I/OCE) se utiliza para procesar reclamaciones bajo el sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPPS) y no OPPS para departamentos hospitalarios ambulatorios, centros comunitarios de salud mental, todos los proveedores no OPPS y para servicios limitados cuando se brindan en una agencia de salud en el hogar que no está bajo el sistema de pago prospectivo (PPS) de salud en el hogar o a un paciente de hospicio para el tratamiento de una enfermedad no terminal.

Las modificaciones del I/OCE para la publicación de abril de 2018 (versión 19.1) se resumen en el artículo, que incluye la implementación de una nueva lógica de programa, modificaciones y modificadores. Las modificaciones retroactivas se indican en la columna “Effective Date” (Fecha de efectividad). Un resumen completo de los cambios de datos se adjunta a la [petición de cambio](#) (en inglés).

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10514.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10514, 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/R4006CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4006, CR 10514

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



PARD

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

Número de *MLN Matters*®: MM10480 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10480
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3982CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

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. Este artículo fue revisado el 23 de febrero para reflejar la revisión a la petición de cambio (CR) 10480 publicada el 23 de febrero. El artículo fue revisado para incluir información adicional en la sección de “Trasfondo” (“Background”), acerca de metodología de pago para FQHCs bajo los PPS.

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/R3982CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3982, 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.

PPS

Requisitos de facturación para los proveedores del OPPS con múltiples ubicaciones de servicio

Número de *MLN Matters*®: SE18002
Número de petición de cambio relacionado: 9613 y 9907
Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de agosto de 2016 y 5 de febrero de 2017
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017
Número de transmisión de CR relacionado: R1704OTN y R1783OTN
Fecha de implementación: 3 de enero de 2017, para la CR 9613 y 3 de julio de 2017, para la CR 9907

Resumen

Este artículo de edición especial transmite los requisitos de modificación para el *Medicare Claims Processing Manual* discutidos previamente en las peticiones de

cambio (CR) 9907 y 9613, vigentes desde el 1 de enero de 2017. Estas CRs proporcionan información acerca de los requisitos del proveedor de hospital para incluir todas las ubicaciones de práctica en el formulario de inscripción CMS 855A. Si se presenta una reclamación de hospital con una ubicación de centro de servicio que no se incluyó en el formulario de inscripción CMS 855A, la reclamación es devuelta al proveedor (RTP) hasta que se actualicen el formulario de inscripción CMS 855A y el sistema de procesamiento de reclamaciones.

Los proveedores deben asegurarse de que los datos de las reclamaciones coincidan con la información de inscripción de sus proveedores.

Ver **REQUISITOS**, en la página 20

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

Número de *MLN Matters*®: MM10474 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10474
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de marzo de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R3990CP
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

La petición de cambio (CR) 10474 elimina el código de diagnóstico D68.32, efectivo a partir del 1 de julio. 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. Este artículo fue revisado el 2 de marzo para reflejar una revisión a la CR 10474 emitida el 1 de marzo. En el artículo, se revisó la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web para acceder a la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

La 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

REQUISITOS

De la página 19

Nota: El artículo incluye ejemplos de facturación, los cuales incluyen el uso apropiado de los modificadores PO y PN.

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/SE18002.pdf>.



<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/R3990CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3990, 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.

Edición especial (en inglés) de CMS *MLN Matters*® artículo SE18002

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

Actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios de abril de 2018

Número de *MLN Matters*[®]: MM10515 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10515
Fecha de emisión de CR relacionado: 20 de marzo de 2018
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R4005CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

La petición de cambio 10515 describe los cambios al sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios que se implementarán en la actualización de abril de 2018. Además, estos cambios se reflejarán en el editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado de abril de 2018. Este artículo fue revisado el 22 de marzo para reflejar una petición de cambio (CR) que actualiza el número de medicamentos y productos biológicos con estado de pago transferido del OPSS a partir del 1 de abril de 2018 de doce a once y para eliminar el código J0606 del HCPCS de la Tabla 5, Adjunto A en la CR ya que su indicador de estado sigue siendo "K" para la actualización de abril.

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recientemente publicaron cambios en las instrucciones de facturación para diversas políticas de pago implementadas en la actualización del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios (OPSS) de abril de 2018.

CMS incluye los siguientes cambios:

- Nuevo código de procedimiento pagadero por separado
- Cambio de codificación CPT[®] de pruebas clínicas

multianálíticas con análisis algorítmicos (MAAA) efectivo a partir del 1 de enero de 2018

- Cambios de codificación CPT[®] de análisis de laboratorio propietarios (PLA) efectivo a partir del 1 de enero de 2018
- Reasignación de producto de sustitutivo de la piel de grupo de bajo costo a grupo de alto
- Drogas, productos biológicos y radiofarmacéuticos
- Uso del modificador FY
- Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10515.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10515, 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/R4005CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4005, CR 10515

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.

Datos de beneficiarios de Medicare de SSI para el año fiscal 2016 para hospitales del IPPS, IRFs y hospitales de cuidado prolongado

Número de *MLN Matters*[®]: MM10527
Número de petición de cambio relacionado: 10527
Fecha de emisión de CR relacionado: 16 de marzo de 2018
Fecha de efectividad: 16 de abril de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R2043OTN
Fecha de implementación: 16 de abril de 2018

Resumen

La Sección 9105 de la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985 establece que para las altas que ocurran en o después del 1 de mayo de 1986, se debe realizar un pago adicional a los hospitales del sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados (IPPS) que atienden una parte desproporcionada de pacientes de bajos ingresos. La petición de cambio (CR) 10527 proporciona información acerca de datos actualizados de Medicare de ingresos suplementarios de seguridad (SSI), que se utiliza para determinar el ajuste de parte desproporcionada para hospitales del IPPS, el ajuste de pacientes de bajos ingresos para centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y para las altas de hospital de cuidado prolongado. La CR también incluye ejemplos

de facturación, que incluyen el uso adecuado de los modificadores PO y PN.

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/MM10527.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10527, 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/R2043OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2043, CR 10527

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

Determinaciones 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

Fotografía del fondo del ojo -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33670 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de fotografía del fondo del ojo, se determinó que el lenguaje en cursiva en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para garantizar la consistencia con el lenguaje en el manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Radioterapia para T1 carcinomas basocelulares y de células escamosas de la piel -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33538 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de radioterapia para T1 carcinomas basocelulares y de células escamosas de la piel, se determinó que el lenguaje en cursiva en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para garantizar la consistencia con el lenguaje en el manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de marzo 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.

Mamografía de detección y diagnóstico -- revisión al artículo de las guías de codificación (A54846) de Parte A y Parte B

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

En base a una revisión anual del artículo de las guías de codificación de la determinación de cobertura local (LCD) de mamografía de detección y diagnóstico, se determinó que el lenguaje en cursiva no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD.

Por lo tanto, el artículo de las guías de codificación está siendo revisado para garantizar la consistencia con el lenguaje en el manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión a las guías de codificación de la LCD es

efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Servicios de terapia y rehabilitación -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33413 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios de terapia y rehabilitación fue revisada en base a la Sección 50202 de la Bipartisan Budget Act (Ley de Presupuesto Bipartidista), que revoca las disposiciones de Medicare que afectan los límites de terapia para pacientes ambulatorios. Esta sección requiere que las reclamaciones de Medicare ya no estén sujetas al límite de terapia. Por lo tanto, se revisaron las secciones "Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica", "Códigos CPT®/HCPCS" y "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para eliminar el texto relacionado con el límite de terapia. Además, según la petición de cambio (CR) 10318 (determinación de cobertura nacional (NCD) 270.1) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la LCD fue revisada para agregar úlceras crónicas sin presión como cubiertas para el código G0281 del Healthcare and Common Procedure Coding System (HCPCS) en la sección "Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica" de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD, en base a la Sección 50202 de la Ley de Presupuesto Bipartidista, es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 23 de febrero de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2018**. La revisión de esta LCD, en base a la CR 10318, es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 2 de abril de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Estudios de densidad mineral ósea -- revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L36356 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

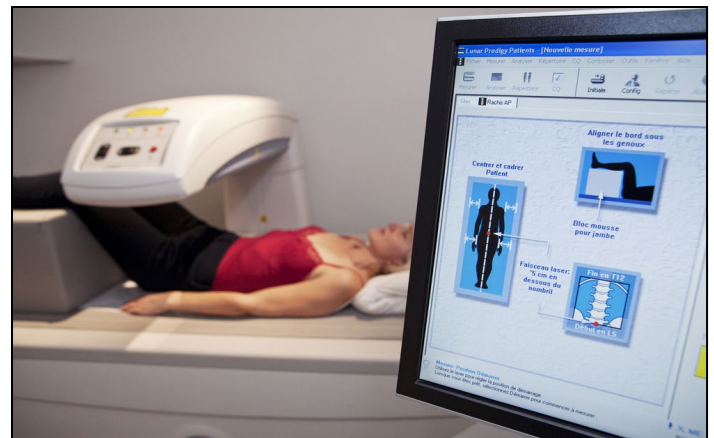
En base a la petición de cambio (CR) 10473 (ICD-10 y Otras revisiones de Codificación a las Determinaciones de Cobertura Nacional [NCDs]), la determinación de cobertura local (LCD) de estudios de densidad mineral ósea se revisó para añadir el código de diagnóstico ICD-10-CM: Z79.811* para los códigos 77080 y 77085 del Current Procedural Terminology (CPT®). Además, en base a la CR 8691, esta LCD se revisó para añadir los códigos de diagnóstico ICD-10-CM: E34.2 y N95.9 a la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para los códigos G0130, 77078, 77080, 77081, 77085, y 76977 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)/CPT®.

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la LCD de la CR 10473 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 2 de abril de 2018**, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**.

La revisión relacionada a la LCD de la CR 8691 es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**.

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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada en base a una solicitud de reconsideración de LCD. La calidad de la evidencia revisada para la colocación transperineal peri-prostática de un material biodegradable de hidrogel fue sólida para establecer que resultaba en una reducción de dosis de radiación administrada al recto anterior y que es un procedimiento seguro y de bajo riesgo. En conclusión, por ser un procedimiento de bajo riesgo que podría tener beneficios teóricos para los beneficiarios, el Contratista Administrativo de Medicare (MAC) de la Jurisdicción N (JN) tomó la determinación de eliminar el código 55874 de Current Procedural Terminology (CPT®) de la sección “Códigos CPT®/HCPCS – Códigos del Grupo 1” bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte A y Parte B” de la LCD, y el código L8699 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Implante prostético, no especificado de otra manera [cuando se utiliza para la aplicación de hidrogel de un espaciador para aumentar la distancia entre la próstata y la pared anterior del recto]) fue eliminado de la sección “Códigos CPT®/

HCPCS – Párrafo del Grupo 5/Códigos:” bajo el subtítulo “Procedimientos de la Parte B solamente” de la LCD. La eliminación de un servicio o procedimiento de la LCD de Servicios No Cubiertos no es una declaración de cobertura positiva. Las reclamaciones por tales servicios suponiendo que se cumplan todos los demás requisitos del programa siempre tendrían que cumplir el umbral médicamente razonable y necesario para la cobertura.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 8 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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

En base a una revisión anual el artículo de la determinación de cobertura local (LCD) “pautas de codificación” de análogos de la hormona luteinizante de la hormona liberadora (LHRH) fue revisado para actualizar la información de dosificación para el código J3315 (pamoato de triptorelina) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Además, la sección de la LCD “Fuentes de Información y Bases para Decisión” fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 15 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Polisomnografía y pruebas de sueño -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33405 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para polisomnografía y pruebas de sueño, se determinó que parte del texto en letra cursiva a lo largo de la LCD no representa citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 15 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Colonoscopia diagnóstica -- revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L33671 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una consulta externa para colonoscopia diagnóstica se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para remover los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM: Z12.10, Z12.11, Z12.13, Z80.0, Z83.71 - Z83.79, Z85.038, Z85.048, y Z86.010 de la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD. Queremos aclarar que estos diagnósticos ICD-10-CM no son adecuados para facturación con un código de Current Procedural Terminology (CPT®) de colonoscopia diagnóstica.

Para propósitos de codificación una colonoscopia de detección debe ser codificada como códigos G0105 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Detección de cáncer colorrectal; colonoscopia en individuo de alto riesgo) o G0121 (Detección de cáncer colorrectal: colonoscopia en individuo que no cumple con los criterios de alto riesgo). Para colonoscopías de detección, por favor refiérase a la LCD de detección de cáncer colorrectal (L36355).

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 17 de mayo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Manejo quirúrgico de la obesidad mórbida -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33411 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para manejo quirúrgico de la obesidad mórbida, se determinó que parte del texto en letra cursiva a lo largo de la LCD no representa citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados en o después del 15 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Información adicional de LCD

Aclaración acerca de la implementación de la petición de cambio (CR) 10318, transmisión 2005 titulada “ICD-10 y Otras Revisiones de Codificación a las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs)”

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han recibido múltiples preguntas relacionadas con las instrucciones en la petición de cambio (CR) 10318 para las determinaciones de cobertura nacional (NCDs) 110.21 y 80.11 y desea aclarar de la siguiente manera.

La CR 10318, transmisión 2005 titulada, “*ICD-10 and Other Coding Revisions to National Coverage Determinations (NCDs)*” (“ICD-10 y Otras Revisiones de Codificación a las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs)”) que fue publicada el 18 de enero de 2018 (una corrección a la CR 10318 inicial, transmisión 1975, de fecha 9 de noviembre de 2017), contiene las últimas instrucciones de codificación para las NCDs de CMS. El Requisito Empresarial (BR) 10 aborda específicamente los cambios de codificación para la NCD 110.21 (Agentes Estimuladores de la Eritropoyesis (ESAs) en Cáncer) y el BR 21-21.2 específicamente aborda los cambios de codificación para la NCD 80.11 (Vitrectomía).

CMS está en el proceso de volver a revisar los cambios de codificación para la NCD 110.21. Hasta que se complete esta revisión y CMS tome una determinación final, los Contratistas Administrativos de Medicare (MACs) de A/B no implementarán las modificaciones contenidas en la CR 10318. Los MACs de A/B también reprocesarán cualquier reclamación que haya sido procesada por error desde el 1 de enero de 2018 hasta la presente fecha, que fueron procesados con los códigos adicionales incluidos en la CR 10318 como no pagaderos con el modificador -EC.

Con respecto a las instrucciones de implementación de la NCD de vitrectomía (consulte la sección 80.11

del Manual de NCD) para eliminar ciertos códigos de diagnóstico según la CR 10318, CMS instruye a los MACs de A/B que no implementen esta modificación. CMS revisa cuidadosamente todas las revisiones de codificación. Si bien la revisión de la NCD de Vitrectomía no es una excepción, CMS se da cuenta de que se eliminó una gran cantidad de códigos de diagnóstico y eso ha causado cierta preocupación entre las partes interesadas. Agradecemos todos los comentarios de las partes interesadas que informaron a CMS del efecto de los cambios de codificación. Como resultado, CMS está en el proceso de una revisión posterior de los códigos marcados para su eliminación en la CR 10318.

Mientras tanto, los códigos incluidos en la lista de diagnósticos cubiertos antes de la CR 10318 son cubiertos. Los MAC de CMS han sido notificados de esta decisión. Cualquier reclamación que usted y/o los MACs crean que se procesaron por error como resultado de la CR 10318 será reprocesada. Además, si un MAC le aconsejó retener las reclamaciones de la NCD 80.11 hasta nuevo aviso, tenga la seguridad de que puede enviar esas reclamaciones y se procesarán sin tener en cuenta la CR 10318.

Una vez que CMS haya completado su otra revisión de la codificación para la NCD 80.11 y si los cambios a la CR 10318 son necesarios, publicarán una CR posterior así como instrucciones a sus MACs indicando acerca de esa decisión, completa con instrucciones de implementación específicas.

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

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

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

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

855-416-4199

Sitios web

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

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

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical policy and procedures – 19T.

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

Aseguradoras regionales de equipo

médico duradero (DMERC) DME, dispositivos ortóticos y 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)

Centro de cirugía ambulatoria

Actualización de abril al sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*®: MM10530
Número de petición de cambio relacionado: 10530
Fecha de emisión de CR relacionado: 9 de marzo de 2018
Fecha de efectividad: 1 de abril de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R3996CP
Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

Resumen

La petición de cambio 10530 detalla cambios a las instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas en abril de 2018 para actualizar el sistema de pago de centros de cirugía ambulatoria (ASC).

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

Con esta actualización, un nuevo estatuto requiere que los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid hagan disponible al público una página web con un buscador que compare pagos estimados y responsabilidad del beneficiario por un número adecuado de artículos y servicios pagados bajo el sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios y el sistema de pago de los centros de cirugía ambulatoria.

Otros cambios programados con esta actualización incluyen:

- Código de procedimiento C9749 pagado por separado
- Medicamentos, productos biológicos, y radio farmacéuticos
- Determinaciones de cobertura

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10530.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10530, 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/R3996CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 3996, CR 10530

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

Noticias de inscripción

Guía de procesamiento del formulario CMS-8550

Número de *MLN Matters*®: MM10355
Número de petición de cambio relacionado: 10355
Fecha de emisión de CR relacionado: 23 de febrero de 2018
Fecha de efectividad: 23 de marzo de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R773PI
Fecha de implementación: 23 de marzo de 2018

Resumen

Algunos médicos y profesionales elegibles pueden inscribirse en el programa de Medicare con el único propósito de ordenar o certificar artículos o servicios para beneficiarios de Medicare al completar el Formulario CMS-8550 en papel o a través del proceso basado en la web del sistema de inscripción del proveedor en línea (PECOS).

La petición de cambio 10355 añade una nueva guía suplementaria al *Manual de Integridad del Programa de Medicare*. Esta guía suplementaria ha sido desarrollada para educar a los proveedores y suplidores en la preparación y presentación del formulario CMS-8550.

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/MM10355.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10355, 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/R773PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 773, CR 10355

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

Determinaciones 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_medicadas/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

Bloques de articulación de la faceta paravertebral -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33930 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de bloques de articulación de la faceta paravertebral, se determinó que el lenguaje en cursiva en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para garantizar la consistencia con el lenguaje en el manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios

prestados en o después del 1 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Servicios de terapia facturados por médicos/profesionales de la salud -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33961 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios de terapia facturados por médicos/profesionales de la salud fue revisada en base a la Sección 50202 de la Bipartisan Budget Act (Ley de Presupuesto Bipartidista), que revoca las disposiciones de Medicare que afectan los límites de terapia para pacientes ambulatorios. Esta sección requiere que las reclamaciones de Medicare ya no estén sujetas al límite de terapia. Por lo tanto, la sección “Requisitos de Documentación” de la LCD fue revisada para eliminar el texto relacionado con el límite de terapia.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas en o después del 23 de

febrero de 2018, para los servicios prestados en o después del 1 de enero de 2018.

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

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

Bloques de nervios periféricos -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33933 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para bloques de nervios periféricos, se determinó que parte del texto en letra cursiva a lo largo de la LCD no representa citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios

prestados en o después del 15 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de cobertura de medicamentos y productos biológicos con etiqueta y sin etiqueta para pacientes ambulatorios, se determinó que parte del texto en letra cursiva a lo largo de la LCD no representa citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios

prestados en o después del 15 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Polisomnografía y pruebas de sueño -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33405 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para polisomnografía y pruebas de sueño, se determinó que parte del texto en letra cursiva a lo largo de la LCD no representa citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios

prestados en o después del 15 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Colonoscopia diagnóstica -- revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L33671 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una consulta externa para colonoscopia diagnóstica se revisó la determinación de cobertura local (LCD) para remover los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM: Z12.10, Z12.11, Z12.13, Z80.0, Z83.71 - Z83.79, Z85.038, Z85.048, y Z86.010 de la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD. Queremos aclarar que estos diagnósticos ICD-10-CM no son adecuados para facturación con un código de Current Procedural Terminology (CPT®) de colonoscopia diagnóstica.

Para propósitos de codificación una colonoscopia de detección debe ser codificada como códigos G0105 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Detección de cáncer colorrectal; colonoscopia en individuo de alto riesgo) o G0121 (Detección de cáncer colorrectal: colonoscopia en individuo que no cumple

con los criterios de alto riesgo). Para colonoscopías de detección, por favor refiérase a la LCD de detección de cáncer colorrectal (L36355).

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados en o después del 17 de mayo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Fotografía del fondo del ojo -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33670 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de fotografía del fondo del ojo, se determinó que el lenguaje en cursiva en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para garantizar la consistencia con el lenguaje en el manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Radioterapia para T1 carcinomas basocelulares y de células escamosas de la piel -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33538 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de radioterapia para T1 carcinomas basocelulares y de células escamosas de la piel, se determinó que el lenguaje en cursiva en la sección “Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica” de la LCD no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para garantizar la consistencia con el lenguaje en el manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de marzo 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.

Mamografía de detección y diagnóstico -- revisión al artículo de las guías de codificación (A54846) de Parte A y Parte B

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

En base a una revisión anual del artículo de las guías de codificación de la determinación de cobertura local (LCD) de mamografía de detección y diagnóstico, se determinó que el lenguaje en cursiva no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD.

Por lo tanto, el artículo de las guías de codificación está siendo revisado para garantizar la consistencia con el lenguaje en el manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión a las guías de codificación de la LCD es

efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Servicios de terapia y rehabilitación -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33413 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para los servicios de terapia y rehabilitación fue revisada en base a la Sección 50202 de la Bipartisan Budget Act (Ley de Presupuesto Bipartidista), que revoca las disposiciones de Medicare que afectan los límites de terapia para pacientes ambulatorios. Esta sección requiere que las reclamaciones de Medicare ya no estén sujetas al límite de terapia. Por lo tanto, se revisaron las secciones "Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica", "Códigos CPT®/HCPCS" y "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para eliminar el texto relacionado con el límite de terapia. Además, según la petición de cambio (CR) 10318 (determinación de cobertura nacional (NCD) 270.1) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la LCD fue revisada para agregar úlceras crónicas sin presión como cubiertas para el código G0281 del Healthcare and Common Procedure Coding System (HCPCS) en la sección "Indicaciones y Limitaciones de Cobertura y/o Necesidad Médica" de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD, en base a la Sección 50202 de la Ley de Presupuesto Bipartidista, es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 23 de febrero de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 1 de enero de 2018**. La revisión de esta LCD, en base a la CR 10318, es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 2 de abril de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Estudios de densidad mineral ósea -- revisión a la LCD de la Parte A y B

LCD ID número: L36356 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10473 (ICD-10 y Otras revisiones de Codificación a las Determinaciones de Cobertura Nacional [NCDs]), la determinación de cobertura local (LCD) de estudios de densidad mineral ósea se revisó para añadir el código de diagnóstico ICD-10-CM: Z79.811* para los códigos 77080 y 77085 del Current Procedural Terminology (CPT®).

Además, en base a la CR 8691, esta LCD se revisó para añadir los códigos de diagnóstico ICD-10-CM: E34.2 y N95.9 a la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para los códigos G0130, 77078, 77080, 77081, 77085, y 76977 de Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)/CPT®.

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la LCD de la CR 10473 es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 2 de abril de 2018**, para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**.

La revisión relacionada a la LCD de la CR 8691 es efectiva para servicios prestados **en o después del 1 de octubre de 2015**.

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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada en base a una solicitud de reconsideración de LCD. La calidad de la evidencia revisada para la colocación transperineal peri-prostática de un material biodegradable de hidrogel fue sólida para establecer que resultaba en una reducción de dosis de radiación administrada al recto anterior y que es un procedimiento seguro y de bajo riesgo. En conclusión, por ser un procedimiento de bajo riesgo que podría tener beneficios teóricos para los beneficiarios, el Contratista Administrativo de Medicare (MAC) de la Jurisdicción N (JN) tomó la determinación de eliminar el código 55874 de Current Procedural Terminology (CPT®) de la sección “Códigos CPT®/HCPCS – Códigos del Grupo 1” bajo el subtítulo “Procedimientos para la Parte A y Parte B” de la LCD, y el código L8699 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) (Implante prostético, no especificado de otra manera [cuando se utiliza para la aplicación de hidrogel de un espaciador para aumentar la distancia entre la próstata y la pared anterior del recto]) fue eliminado de la sección “Códigos CPT®/

HCPCS – Párrafo del Grupo 5/Códigos:” bajo el subtítulo “Procedimientos de la Parte B solamente” de la LCD. La eliminación de un servicio o procedimiento de la LCD de Servicios No Cubiertos no es una declaración de cobertura positiva. Las reclamaciones por tales servicios suponiendo que se cumplan todos los demás requisitos del programa siempre tendrían que cumplir el umbral médicamente razonable y necesario para la cobertura.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 8 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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

En base a una revisión anual el artículo de la determinación de cobertura local (LCD)/“pautas de codificación” de análogos de la hormona luteinizante de la hormona liberadora (LHRH) fue revisado para actualizar la información de dosificación para el código J3315 (pamoato de triptorelina) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Además, la sección de la LCD “Fuentes de Información y Bases para Decisión” fue actualizada.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 15 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Manejo quirúrgico de la obesidad mórbida -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33411 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para manejo quirúrgico de la obesidad mórbida, se determinó que parte del texto en letra cursiva a lo largo de la LCD no representa citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listadas en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para los servicios prestados en o después del 15 de marzo 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Información adicional de LCD

Aclaración acerca de la implementación de la petición de cambio (CR) 10318, transmisión 2005 titulada “ICD-10 y Otras Revisiones de Codificación a las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs)”

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han recibido múltiples preguntas relacionadas con las instrucciones en la petición de cambio (CR) 10318 para las determinaciones de cobertura nacional (NCDs) 110.21 y 80.11 y desea aclarar de la siguiente manera.

La CR 10318, transmisión 2005 titulada, “*ICD-10 and Other Coding Revisions to National Coverage Determinations (NCDs)*” (“ICD-10 y Otras Revisiones de Codificación a las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs)”) que fue publicada el 18 de enero de 2018 (una corrección a la CR 10318 inicial, transmisión 1975, de fecha 9 de noviembre de 2017), contiene las últimas instrucciones de codificación para las NCDs de CMS. El Requisito Empresarial (BR) 10 aborda específicamente los cambios de codificación para la NCD 110.21 (Agentes Estimuladores de la Eritropoyesis (ESAs) en Cáncer) y el BR 21-21.2 específicamente aborda los cambios de codificación para la NCD 80.11 (Vitrectomía).

CMS está en el proceso de volver a revisar los cambios de codificación para la NCD 110.21. Hasta que se complete esta revisión y CMS tome una determinación final, los Contratistas Administrativos de Medicare (MACs) de A/B no implementarán las modificaciones contenidas en la CR 10318. Los MACs de A/B también reprocesarán cualquier reclamación que haya sido procesada por error desde el 1 de enero de 2018 hasta la presente fecha, que fueron procesados con los códigos adicionales incluidos en la CR 10318 como no pagaderos con el modificador -EC.

Con respecto a las instrucciones de implementación de la NCD de vitrectomía (consulte la sección 80.11

del Manual de NCD) para eliminar ciertos códigos de diagnóstico según la CR 10318, CMS instruye a los MACs de A/B que no implementen esta modificación. CMS revisa cuidadosamente todas las revisiones de codificación. Si bien la revisión de la NCD de Vitrectomía no es una excepción, CMS se da cuenta de que se eliminó una gran cantidad de códigos de diagnóstico y eso ha causado cierta preocupación entre las partes interesadas. Agradecemos todos los comentarios de las partes interesadas que informaron a CMS del efecto de los cambios de codificación. Como resultado, CMS está en el proceso de una revisión posterior de los códigos marcados para su eliminación en la CR 10318.

Mientras tanto, los códigos incluidos en la lista de diagnósticos cubiertos antes de la CR 10318 son cubiertos. Los MAC de CMS han sido notificados de esta decisión. Cualquier reclamación que usted y/o los MACs creen que se procesaron por error como resultado de la CR 10318 será reprocesada. Además, si un MAC le aconsejó retener las reclamaciones de la NCD 80.11 hasta nuevo aviso, tenga la seguridad de que puede enviar esas reclamaciones y se procesarán sin tener en cuenta la CR 10318.

Una vez que CMS haya completado su otra revisión de la codificación para la NCD 80.11 y si los cambios a la CR 10318 son necesarios, publicarán una CR posterior así como instrucciones a sus MACs indicando acerca de esa decisión, completa con instrucciones de implementación específicas.

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@fcso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager