

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Mayo 2018

## En esta edición

CMS actualiza la lista de códigos para las combinaciones de CARC, RARC y CAGC .....	6
Presentación electrónica de reporte de costos de Medicare .....	12
Modelo de atención médica completa de ESRD (CEC) de telesalud -- implementación .....	21



## Nuevo código de especialidad médica para genética médica y genómica

Número de *MLN Matters*®: MM10457  
Número de petición de cambio relacionado: 10457  
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R304FM y R4039CP  
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

### Resumen

Cuando los médicos se inscriben en Medicare, eligen su especialidad de médico en la solicitud de inscripción. Los códigos de especialidad también se utilizan para modificación de programas y procesamiento de reclamaciones. La petición de cambio 10457 establece un nuevo código de especialidad D3 para genética médica y genómica.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10457.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10457, 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/R304FM.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4039CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-06, Transmittal 304, CR 10457  
CMS Pub. 100-04, Transmittal 4039, CR 10457

*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](https://www.medicareespanol.fcso.com)



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

### Inscripción del proveedor

Nuevo código de especialidad médica para genética médica y genómica.....3

### Facturación

Terapia de ejercicio supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.....3

Actualizaciones manuales para reemplazar el código de comentario de remesa de pago MA61 con N382.....3

### Laboratorio clínico

Actualización de julio para tarifa fija de laboratorio clínico y servicios sujetos a pago de cargo razonable.....4

### Cobertura

ICD-10 y otras revisiones de codificación a determinaciones de cobertura nacional (NCDs) .....4

### Tarifas

Actualización de julio de 2018 de cambios de códigos de medicamentos y productos biológicos.....5

### EDI

Actualización al cualificador de código de identificación siendo utilizado en el elemento de datos NM108 .....5

CMS actualiza la lista de códigos para las combinaciones de CARC, RARC, y CAGC .....6

### Recursos educativos

Calendario de eventos.....7

MLN Connects® para el 26 de abril de 2018 ...8

MLN Connects® para el 3 de mayo de 2018 ... 8

MLN Connects® para el 10 de mayo de 2018 ...9

MLN Connects® para el 17 de mayo de 2018 ...9

## Parte A

CMS Propone Cambios para Empoderar a Pacientes y Reducir Cargas Adtas. ....10

CMS Propone 4 Reglas que Afectan los Progs. de Pago y Calidad del FY19 .... 11

### PARD

Presentación electrónica de reporte de costos de Medicare .....12

### Facturación

Revisiones a los requisitos de facturación de telesalud para servicios de centros distantes .....12

### ESRD

Modelo de atención médica completa de ESRD (CEC) de telesalud - implem. ....13

Ajuste transitorio de pago adicional de medicamentos para medicamentos de ESRD .....13

Cambios en la reclamación de centro hospitalario de ESRD para acomodar diálisis para beneficiarios con AKI .....14

### Sistema de pago prospectivo

Extensiones al sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados y al PPS de hospital de cuidados prolongados...14

**Determinaciones de cobertura local de Parte A** .....15

### LCD nueva

Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia – Nueva LCD de la Parte A y Parte B.....16

### Revisión a las LCDs existentes

Pruebas genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9, y VKORC1 – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B .....16

Servicios de terapia y rehabilitación – revisión a la LCD de la Parte A y B .....16

Toxinas botulínicas – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B .....17

Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B .....17

Estudios de densidad mineral ósea – revisión a la LCD de la Parte A y B .....18

Infliximab (Remicade™) – revisión a la LCD de la Parte A y B .....18

G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) – revisión a la LCD de la Parte A y B .....18

Vitamina D; 25 hidroxi, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de Parte A y la Parte B .....19

Levantamiento Uretral Prostático (PUL) – revisión a la LCD de la Parte A y B .....19

**Contactos de Parte A** .....20

## Parte B

### Facturación

Modelo de atención médica completa de ESRD (CEC) de telesalud -- implem...21

Presentación electrónica de reporte de costos de Medicare .....21

**Determinaciones de cobertura local de Parte B** .....22

### LCD nueva

Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia – Nueva LCD de la Parte A y Parte B.....23

### Revisión a las LCDs existentes

Pruebas genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9, y VKORC1 – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B .....23

Servicios de terapia y rehabilitación – revisión a la LCD de la Parte A y B .....23

Toxinas botulínicas – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B .....24

Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B .....24

Estudios de densidad mineral ósea – revisión a la LCD de la Parte A y B .....25

Infliximab (Remicade™) – revisión a la LCD de la Parte A y B .....25

G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) – revisión a la LCD de la Parte A y B .....25

Servicios de Terapia Facturados por Médicos/Profesionales de la Salud – revisión a la LCD de la Parte B .....26

Visitas domiciliarias y al hogar de E y M – revisión a la LCD de la Parte B .....26

Levantamiento Uretral Prostático (PUL) – revisión a la LCD de la Parte A y B .....26

Vitamina D; 25 hidroxi, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de Parte A y la Parte B .....27

**Información de contacto Puerto Rico**.....28

**Información de contacto Florida**.....29

**Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos** .....30

## Medicare A y B Al Día

### Publications staff

Maria Murdoch  
Marielba Cancel  
Terri Drury  
Mark Willett  
Robert Petty

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

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

Medicare Publications  
1-904-361-0723

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

*ICD-10-CM codes and their descriptions used in this publication are copyright© 2017 Optum 360, LLC. All rights reserved.*

### Third-party websites:

*This document contains references to sites operated by third parties. Such references are provided for your convenience only. 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

# 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: 11 de mayo de 2018  
Fecha de efectividad: 25 de mayo de 2017  
Número de transmisión de CR relacionado: R207NCD y R4049CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

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). El artículo fue revisado el 5 de abril para eliminar los códigos de lugar de servicio 19 y 22 como lugares aceptables de servicio para el CPT 93668. El artículo fue revisado el 11 de abril para aclarar que el programa SET debe ser provisto en una oficina médica. El artículo fue revisado el 14 de mayo para reflejar una revisión a la CR, la cual elimina los requisitos de modificación de código de lugar de servicio. El artículo fue revisado el 15 de mayo para aclarar que los servicios deben ser prestados en un hospital de entorno ambulatorio o en una oficina médica.

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10295 informa a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) que a partir del 25 de mayo de 2017, los Centros de Servicios

de Medicare y Medicaid emitieron una determinación de cobertura nacional (NCD) para cubrir la terapia de ejercicio supervisada (SET) para beneficiarios con claudicación intermitente (IC) para el tratamiento de la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10295.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10295, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4049CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R207NCD.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4049, CR 10295  
CMS Pub. 100-03, Transmittal 207, 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.*

# Actualizaciones manuales para reemplazar el código de comentario de remesa de pago MA61 con N382

Número de *MLN Matters*®: MM10619  
Número de petición de cambio relacionado: 10619  
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de mayo de 2018  
Fecha de efectividad: 13 de agosto de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4047CP  
Fecha de implementación: 13 de agosto de 2018

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10619 inicia cambios manuales así como operacionales de Medicare relacionados a la nueva tarjeta de Medicare. Esta CR inicia los cambios para cumplir con estas tareas:

- Reemplazar el uso del código de comentario de remesa de pago (RARC) MA61 con RARC N382
- Reemplazar referencias al número de reclamación del seguro de salud del beneficiario (HICN) con una referencia más genérica (identificador del paciente)

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10619.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10619, 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/R4047CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4047, CR 10619

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

**Laboratorio clínico**

## Actualización de julio para tarifa fija de laboratorio clínico y servicios sujetos a pago de cargo razonable

Número de *MLN Matters*®: MM10642  
 Número de petición de cambio relacionado: 10642  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de mayo de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4045CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

**Resumen**

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publican la actualización trimestral de la tarifa fija de laboratorio clínico y servicios de laboratorio sujetos a pago de cargo razonable.

Lo destacado en la actualización incluye:

- Instrucciones para acceder el archivo de datos de tarifa fija de laboratorio clínico de 2018, asignación de códigos nuevos para pruebas de laboratorio clínico, y actualizaciones para costos de laboratorio sujetos a pago de cargo razonable,
- Precios para varios códigos nuevos serán basados por el contratista (código 22 de indicador de precio) hasta que se aborde en la reunión anual de laboratorio clínico, la cual se llevará a cabo en 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/MM10642.pdf>.



La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10642, 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/R4045CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4045, CR 10642

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

**Cobertura**

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

Número de *MLN Matters*®: MM10622  
 Número de petición de cambio relacionado: 10622  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 4 de mayo de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2076OTN  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

**Resumen**

La petición de cambio (CR) 10622 constituye una actualización de mantenimiento de las 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 nuevos códigos disponibles, revisiones de codificaciones a NCDs publicadas separadamente, o retroalimentación de codificación recibida.

Por favor siga este enlace para las hojas de cálculo (en

inglés) incluidas en esta CR: <https://www.cms.gov/Medicare/Coverage/DeterminationProcess/downloads/CR10622.zip>.

**Información adicional**

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10622.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10622, 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/R2076OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2076, CR 10622

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

## Tarifas

# Actualización de julio de 2018 de cambios de códigos de medicamentos y productos biológicos

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10624 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10624  
Fecha de emisión de CR relacionado: 11 de mayo de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4048CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

*La petición de cambio (CR) 10624 añade códigos nuevos Q9991, Q9992, Q9993, y Q9995, los cuales son todos pagaderos por Medicare. El artículo fue revisado el 14 de mayo para añadir una oración comenzando en el primer párrafo de la sección "Trasfondo" ("Background") para mostrar que el pago de la Parte B para Q9995 incluye la tarifa de servicios prestados de factor de coagulación.*

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10624 añade los siguientes códigos nuevos los cuales son todos pagaderos por Medicare:

- Q9991: Buprenorph xr 100 mg o menos
- Q9992: Buprenorphine xr sobre 100 mg
- Q9993: Inj., triamcinolone ext rel
- Q9995: Inj. emicizumab-kxwh, 0.5 mg

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10624.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10624, 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/R4048CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4048, CR 10624

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

## EDI

# Actualización al cualificador de código de identificación siendo utilizado en el elemento de datos NM108

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10565  
Número de petición de cambio relacionado: 10565  
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018 – no en base a la Fecha de Servicio  
Número de transmisión de CR relacionado: R2063OTN  
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10565 revisa el cualificador de código de identificación del elemento de datos NM108 (segmento del nombre del paciente) de reclamaciones electrónicas para reflejar el cambio de identificador de Medicare (MI) del número de reclamación de seguro médico (HN). Este cambio también sincroniza con el mismo cualificador de código de identificación utilizado en la remesa de pago electrónica.

### Información adicional

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

es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10565.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10565, 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/R2063OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2063, CR 10565

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

# CMS actualiza la lista de códigos para las combinaciones de CARC, RARC, y CAGC

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10566  
 Número de petición de cambio relacionado: 10566  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4054CP  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

## Resumen

La petición de cambio 10566 ordena a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) y a los administradores del sistema compartido de Medicare, que actualicen los sistemas basados en la lista de combinaciones de códigos del Comité de Reglamento Operativo para el Intercambio de Información (CORE) que se publicará alrededor del 4 de junio de 2018.

Además, si utiliza el software PC Print o Medicare Remit Easy Print (MREP) suministrado por su MAC, asegúrese de obtener la versión actualizada de ese software cuando esté disponible.

## Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10566.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10566, 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/R4054CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4054, CR 10566

*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.*

## 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)



## Recursos educativos

### Calendario de eventos

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

#### Junio de 2018

Cambios y reglamentaciones de Medicare Parte B

Cuando: 13 de junio de 2018  
Hora: 11:30 a.m. - 1:00 p.m. ET  
Tipo: *Webcast*

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0402682.asp>

Medicare Speaks 2018 Orlando

Cuando: 19-20 de junio de 2018  
Hora: 8:00 a.m. - 4:30 p.m. ET  
Tipo: *Cara a cara*

**Idioma en que se ofrece el evento:** inglés  
**Dirigido a:** Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU

[https://medicareespanol.fcso.com/medicare\\_speaks/0404648.asp](https://medicareespanol.fcso.com/medicare_speaks/0404648.asp)

Cambios y reglamentaciones de Medicare Partes A/B

Cuando: 28 de junio 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/0402741.asp>

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

#### Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

#### Nota:

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

Nombre del registrante: \_\_\_\_\_  
Título del registrante: \_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de email: \_\_\_\_\_  
Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

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

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



## MLN Connects® para el 26 de abril de 2018

*MLN Connects® para el 26 de abril de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticia y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Ayude a Sus Pacientes
- CMS Cambia el Nombre de Programas de Incentivo de EHR y Adelantando Información de Cuidado a “Promoviendo Interoperabilidad”
- Protegiendo a Medicare y Medicaid: Reportar Fraude, Desperdicio, y Abuso
- Programa de Reporte de Calidad de Pacientes Hospitalizados: Fecha Límite de Presentación, 15 de mayo
- IRF, LTCH, y Programas de Reporte de Calidad de SNF: Fecha Límite de Presentación el 15 de mayo
- Revisión de Pagos Abiertos y Datos de Disputa para el 15 de mayo
- Oportunidad de Financiamiento de MACRA: Fecha Límite Extendida el 30 de mayo
- Mes de la Concientización de los STD: Hable,

Examínese, Trátese

### Cumplimiento del proveedor

- Uso Adecuado del Modificador KX para Reclamaciones de Medicamentos Inmunosupresores de la Parte B — Recordatorio

### Próximos eventos

- Webcast del Sistema de Presentación Electrónica de Reportes de Costos de Medicare — 1 de mayo
- Webinar de Medidas de Calidad de CMS: Cómo Se Utilizan y Cómo Usted Puede Involucrarse — 2 de mayo
- Llamada del Programa de Pago de Calidad: Contestando Sus Preguntas Frecuentes — 16 de mayo
- Llamada de Expansión de Conferencias de Facilitación de Conciliación — 22 de mayo

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización de julio de 2018: Cambios Trimestrales de Códigos de Productos Biológicos/Medicamentos HCPCS — Nuevo

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 3 de mayo de 2018

*MLN Connects® para el 3 de mayo de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticia y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Puede Utilizar los MBIs de Inmediato
- Nueva Estrategia para Impulsar la Atención al Paciente Basada en Datos, Transparencia
- CMS Alienta a los Proveedores Elegibles a Participar en el Modelo Expandido del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare
- Boletín Informativo de Abril acerca de Pacientes sobre Paperwork
- Boletín Informativo de Primavera de 2018 de Centro de Reporte de Calidad Hospitalaria
- Simplificación Administrativa: Transacciones
- ¿No Puede Encontrar una Respuesta a su Pregunta?
- El Día de la Higiene de las Manos es el 5 de mayo

### Cumplimiento del proveedor

- Consejos de Cumplimiento del Proveedor para Solicitar Ortesis de Extremidad Inferior

### Próximos eventos

- Webinar acerca del Programa de Pago de Calidad: Criterios de Participación para el Año 2 — 9 de mayo
- Webinar acerca de Demostración y Actualización Anual del Centro de Recursos de eCQI — 10 de mayo

- Llamada del Programa de Pago de Calidad: Contestando Sus Preguntas Frecuentes — 16 de mayo
- Llamada de Expansión de Conferencias de Facilitación de Conciliación — 22 de mayo
- Webinar acerca de Reporte de Facturación Comparativo en Servicios de Cuidado Agudo — 6 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters® acerca de Nuevo Código de Especialidad Médica para Genética Médica y Genómica — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización al Cualificador de Código de Identificación Siendo Utilizado en el Elemento de Datos NM108 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Revisiones a los Requisitos de Facturación de Telesalud para Servicios de Centros Distantes — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Mejoras en el Procesamiento de Pagos de Atención en el Hogar de Rutina de Hospicio — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Modelo de Atención Médica Completa de ESRD de Telesalud - Implementación — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Eliminación del Modificador KH de los Artículos Médicos Duraderos de Alquiler — Nuevo
- Folleto del IPPS de Hospital de Cuidado Agudo — Revisado



## MLN Connects® para el 10 de mayo de 2018

*MLN Connects® para el 10 de mayo de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticia y anuncios

- Primera Estrategia de Salud Rural de CMS
- RFI de Contratación Directa del Proveedor — Presente Comentarios para el 25 de mayo
- Manual de Documentación del Proveedor: Uso del Oxígeno en el Hogar — Presente Comentarios en Borrador para el 31 de mayo
- Informe de Vista Previa de Comparación de Hospital Disponible hasta el 2 de junio
- Actualización Anual de eCQM
- Reporte de Calidad de Hospital: Guía de Implementación de QRDA I, Esquematización y Archivos de Muestra de 2019
- Reporte Anual de Plan de Desarrollo de Medidas de 2018
- Semana Nacional de la Salud de la Mujer Comienza el Día de las Madres

### Cumplimiento del proveedor

- Reportando Cambios en Propiedad — Recordatorio

## MLN Connects® para el 17 de mayo de 2018

*MLN Connects® para el 17 de mayo de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticia y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Aclaración de la Herramienta de Búsqueda de MBI y Envío por Correo de RRB
- “Tablero de Medicamentos” Mejorado para Aumentar la Transparencia en los Precios de Medicamentos
- CMS Protege el Acceso de los Pacientes a Ciertos Equipos y Servicios Médicos en Comunidades Rurales y Otras Comunidades No Contiguas
- Programa de Pago de Calidad: Verifique la Elegibilidad de Médico del MIPS de 2018 a Nivel de Grupo
- Recursos del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare
- Boletín Informativo de Primavera de 2018 de Reporte de Calidad de Hospital para Pacientes Internos
- Hable con Sus Pacientes acerca de Salud Mental

### Cumplimiento del proveedor

- Dispositivos Cocleares Reemplazados Sin Costo: Facture Correctamente — Recordatorio

### Próximos eventos

- Llamada de Expansión de Conferencias de Facilitación de Conciliación — 22 de mayo
- Llamada acerca de los Requisitos de Facturación del Programa de Beneficiarios Cualificados de Medicare — 6 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de ICD-10 y Otras Revisiones de Codificación a Determinaciones de

### Próximos eventos

- Llamada del Programa de Pago de Calidad: Contestando Sus Preguntas Frecuentes — 16 de mayo
- Webinar acerca de Manejando Adultos Mayores con Desórdenes de Uso de Sustancias — 16 de mayo
- Webinar acerca de Reportando eCQM: Reglamento Propuesto de IPPS del FY 2019 — 16 de mayo
- Llamada de Expansión de Conferencias de Facilitación de Conciliación — 22 de mayo
- Llamada acerca de los Requisitos de Facturación del Programa de Beneficiarios Cualificados de Medicare — 6 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de Clasificación de Pago de DME de Bajo Costo o Adquirido Rutinariamente para SGD y Accesorios — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Envío Electrónico (E-Filing) del Reporte de Costo de Medicare — Nuevo
- Webcast acerca del Sistema MCRéF: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo

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

Cobertura Nacional — Nuevo

- Artículo de MLN Matters acerca de Actualización Trimestral para Tarifa Fijas de Laboratorio Clínico y Servicios Sujetos a Pago de Cargo Razonable — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Actualizaciones a la Publicación 100-04 para Reemplazar RARC MA61 con N382 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Extensiones al IPPS y al PPS de LTCH según la Ley ACCESS — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Terapia de Ejercicio Supervisada para la PAD Sintomática — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Cambios Trimestrales de Códigos HCPCS de Medicamentos/ Productos Biológicos - Actualización de julio de 2018 — Revisado
- Productos Educativos Nacionales para Servicios Preventivos de Medicare — Recordatorio
- Folleto acerca de Dispositivos de Movilidad de Potencia — Recordatorio
- Herramienta Educativa Tutorial Interactiva de Notificación Anticipada al Beneficiario de No Cobertura — Recordatorio
- Folleto acerca de Notificaciones por Escrito de No Cobertura de Medicare Advance — Recordatorio
- Folleto acerca del Sistema de Pago Prospectivo de Hospital de Cuidado Prolongado — Recordatorio
- Hoja Informativa acerca de Parte Desproporcionada de Hospital de Medicare — Recordatorio
- Hoja Informativa acerca de Disposición de Reporte de Indicador de Condiciones Adquiridas en el Hospital y Presentes en la Admisión — Recordatorio

## CMS Propone Cambios para Empoderar a Pacientes y Reducir Cargas Administrativas

### *Cambios en IPPS y PPS de LTCH podrían adelantar transparencia de pagos e interoperabilidad*

El 24 de abril, CMS propuso cambios para empoderar a pacientes a través de un mejor acceso a información de precio de hospital, mejorar el acceso a pacientes a sus expedientes de salud electrónicos, y facilitarles a los proveedores el pasar tiempo con sus pacientes. El reglamento propuesto propone actualizaciones a políticas de pago de Medicare y tarifas bajo el Sistema de pago Prospectivo de Pacientes Internos (IPPS) y el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) para Hospital de Cuidado Prolongado (LTCH).

“Buscamos asegurar que el sistema de cuidado de salud ponga a los pacientes primero”, dijo el Administrador, Seema Verma. “El reglamento propuesto de hoy demuestra nuestro compromiso al acceso de pacientes a cuidado de alta calidad mientras se eliminan regulaciones redundantes y anticuadas a los proveedores. Tenemos en visión un sistema que premie el valor sobre el volumen y en donde los pacientes cosechen los beneficios a través de más opciones y mejores resultados de salud. El secretario Azar ha convertido una transformación basada en el valor en nuestro sistema de cuidado de la salud en una prioridad para HHS, y CMS está tomando pasos concretos e importantes para lograrlo”.

Las políticas en el reglamento propuesto IPPS y PPS de LTCH adelantaría aún más la prioridad de la agencia en crear un sistema de cuidado de salud conducido por el paciente al lograr mayor transparencia en el precio e interoperabilidad: componentes esenciales del cuidado basado en el valor, mientras que a la misma vez reducen significativamente la carga para los hospitales para que puedan operar con mejor flexibilidad y los pacientes tengan la información que necesitan para volverse consumidores activos del cuidado de la salud.

Mientras que los hospitales ya requieren, bajo guías desarrolladas por CMS, hacer públicamente disponible una lista de sus cargos estándares, así como de sus políticas para permitirle al público ver una lista de todos esos cargos si son pedidos, CMS está actualizando sus directrices para específicamente requerir que los hospitales publiquen esta información. La agencia también está buscando comentarios en qué información de transparencia de precios los inversionistas podrían encontrar más útil y cómo ayudar mejor a los hospitales crear interfaces fáciles de usar para los pacientes para facilitarles a los consumidores acceder datos de salud relevantes para que puedan comparar mejor a los proveedores.

Las políticas propuestas comienzan a implementar piezas clave de la iniciativa del gobierno central MyHealthEData a través de pasos para fortalecer la interoperabilidad o los datos de cuidado de salud compartidos entre proveedores. Específicamente, CMS está proponiendo revisar los Programas de Incentivo de Expediente de Salud Electrónico de Medicare y Medicaid (también conocido como el programa “Uso Significativo” (“Meaningful Use”) para:

- Hacer el programa más flexible y menos pesado
- Enfatizar medidas que requieran el intercambio de información de salud entre proveedores y pacientes
- Incentivar a los proveedores el facilitarles a los pacientes obtener sus expedientes médicos electrónicamente

Para reflejar mejor este nuevo enfoque, estamos renombrando el programa Uso Significativo a “Promoviendo Interoperabilidad” (“Promoting Interoperability”). En adición, el reglamento propuesto reitera el requisito de los proveedores de utilizar la Edición de 2015 de tecnología certificada de expediente de salud electrónico en 2019 como parte para demostrar el uso significativo para cualificar para incentivos de pago y evitar reducciones a pagos de Medicare. La tecnología actualizada incluye el uso de interfaces de programación de aplicaciones, las cuales tienen el potencial de mejorar el flujo de información entre proveedores y pacientes. En el reglamento propuesto, CMS pide retroalimentación al inversionista a través de un Pedido de Información de la posibilidad de revisar las Condiciones de Participación para revivir la interoperabilidad como una manera de aumentar el intercambio electrónico de datos por parte de los hospitales.

Como parte de este compromiso en reducir cargas, CMS está proponiendo el reglamento propuesto FY 2019 IPPS/PPS de LTCH para remover medidas de calidad innecesarias, redundantes, e impulsadas por procesos de un número de reportes de calidad y programas de pago por desempeño. El reglamento propuesto podría eliminar un número significativo de medidas que los hospitales de cuidado agudo actualmente se le requieren reportar y eliminar medidas duplicadas a través de los 5 programas de calidad de hospital y compras basadas en el valor. Esto eliminaría 19 medidas de los programas y des-duplicaría otras 21 medidas mientras aún mantiene medidas significativas de calidad de hospital y seguridad del paciente. Además, CMS está proponiendo una variedad de otros cambios para reducir el número de horas que los proveedores invierten en papeleo. CMS está proponiendo esta nueva flexibilidad para que los hospitales puedan pasar más tiempo proporcionando cuidado a sus pacientes al mejorar la calidad de cuidado que sus pacientes reciben.

Para resumir, esto resulta, en la eliminación de 25 medidas a través de los 5 programas con más de 2 millones de horas en cargas reducidas para proveedores de hospitales impactados por el reglamento propuesto de IPPS, ahorrándoles \$75 millones.

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#)
- [Hoja Informativa](#)

Vea el texto completo de este extracto (en inglés) en el [Comunicado de Prensa de CMS](#) (emitido el 24 de abril).

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

## CMS Propone 4 Reglamentos que Afectan los Programas de Pago y Calidad del FY19

- Centro de Enfermería Especializada: Cambios de Pago y Política Propuestos para el FY 2019
- Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados: Reglamento Propuesto del Sistema de Pago Prospectivo del FY 2019
- Centro Psiquiátrico para Pacientes Hospitalizados: Actualizaciones al Pago y Reporte de Calidad del FY 2019
- Hospicio: Actualizaciones Propuestas para el Índice Salarial y Tarifas de Pago para el FY 2019

### Centro de Enfermería Especializada: Cambios de Pago y Política Propuestos para el FY 2019

CMS emitió un reglamento propuesto que describe las actualizaciones de pagos propuestas para el año fiscal (FY) 2019 de Medicare y los cambios propuestos al programa de calidad para los centros de enfermería especializada (SNFs).

Detalles del Reglamento Propuesto:

- Advancing My HealthEData: Solicitud de información de las partes interesadas
- Modernizando el Sistema de Clasificación de Casos de Diagnósticos del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de SNF
- Programa de Reporte de Calidad (QRP) de SNF
- Programa de Compra Basada en el Valor (VBP) de SNF
- Cambios de tarifas de pago bajo el PPS de SNF

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): CMS aceptará comentarios hasta el 26 de junio
- [Comunicado de Prensa](#)
- [Sitio web del PPS de SNF](#)
- [Sitio web de QRP de SNF](#)
- [Página web de la Ley de IMPACTO de 2014 Estandarización de Datos y Medidas de Establecimiento Cruzado](#)
- [Sitio web del Programa de VBP de SNF](#)

Vea el texto completo de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (en inglés) (emitida el 27 de abril).

### Centro de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados: Reglamento Propuesto del Sistema de Pago Prospectivo del FY 2019

El 27 de abril, CMS propuso cambios acerca de cómo paga Medicare a los Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados (IRFs) para hacer más fácil que los proveedores pasen más tiempo con sus pacientes y mejorar el uso de registros médicos electrónicos.

Detalles del Reglamento Propuesto:

- Advancing My HealthEData: Solicitud de información de las partes interesadas
- Reducción de carga / Pacientes sobre Paperwork
- Medidas Significativas
- Actualizaciones propuestas a las tarifas de pago de IRF
- Solicitud de comentarios acerca de cambios

adicionales al requisito de supervisión del médico

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): CMS aceptará comentarios hasta el 26 de junio
- [Comunicado de Prensa](#)

Vea el texto completo de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (en inglés) (emitida el 27 de abril).

### Centro Psiquiátrico para Pacientes Hospitalizados: Actualizaciones al Pago y Reporte de Calidad del FY 2019

El 27 de abril, CMS emitió un reglamento para proponer actualizaciones a las políticas y tarifas de pago de Medicare del FY 2018 para el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Centro Psiquiátrico para Pacientes Hospitalizados (IPP) y el Programa de Reporte de Calidad de IPF.

Detalles del Reglamento Propuesto:

- Advancing My HealthEData: Solicitud de información de las partes interesadas
- Medidas Significativas
- Actualizaciones de pago propuestas
- Correcciones técnicas propuestas a las reglamentaciones de IPF
- Solicitud de comentario de refinamiento del PPS de IPF

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): CMS aceptará comentarios hasta el 26 de junio
- [Comunicado de Prensa](#)

Vea el texto completo de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (en inglés) (emitida el 27 de abril).

### Hospicio: Actualizaciones Propuestas para el Índice Salarial y Tarifas de Pago para el FY 2019

El 27 de abril, CMS emitió un reglamento propuesto que actualizaría las tarifas de pago de Medicare y el índice salarial del FY 2019 para los hospicios que prestan servicios a los beneficiarios de Medicare. Este reglamento también propone cambios al Programa de Reporte de Calidad de Hospicio.

Detalles del Reglamento Propuesto:

- Advancing My HealthEData: Solicitud de información de las partes interesadas
- Reducción de carga
- Medidas Significativas
- Cambios rutinarios en la fijación de la tarifa anual
- Cambios en el texto de las reglamentaciones de hospicio debido a la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018
- Mejorando la transparencia para los pacientes

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#): CMS aceptará comentarios hasta el 26 de junio
- [Comunicado de Prensa](#)

Vea el texto completo de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (en inglés) (emitida el 27 de abril).

**PARD**

## Presentación electrónica de reporte de costos de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM10611  
 Número de petición de cambio relacionado: 10611  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de abril de 2018  
 Fecha de efectividad: 12 de junio de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2075OTN  
 Fecha de implementación: 12 de junio de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10611 informa a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) y a los proveedores del nuevo sistema de presentación electrónica del MCR (MCRref), que está controlado por el sistema de EIDM, disponible para la transmisión electrónica de reportes de costos.

Los proveedores de la Parte A que continúan participando en el programa de Medicare deben presentar un reporte de costos dentro de los cinco meses posteriores a la finalización del año fiscal de su reporte de costos. Para los reportes de costos que finalizan en un día que no sea el último día del mes, los reportes de costos deben presentarse 150 días después del último día del período de reporte de costos.

**Nota:** Los MAC pueden suspender los pagos a los

proveedores que no presenten su MCR en la fecha de vencimiento.

### 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/MM10611.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10611, 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/R2075OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2075, CR 10611

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

## Facturación

## Revisiones a los requisitos de facturación de telesalud para servicios de centros distantes

Número de *MLN Matters*®: MM10583  
 Número de petición de cambio relacionado: 10583  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4026CP  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

### Resumen

A partir del 1 de enero de 2018, el modificador GT solo se permite en reclamaciones institucionales facturadas por un hospital de cuidado crítico (CAH) de Método II. La petición de cambio 10583 instruye a los contratistas a rechazar servicios con el modificador GT si no se cumplen los siguientes requisitos:

- Tipo de factura 85x con código de ingreso 96x, 97x, o 98x, o
- Código de procedimiento es G3014

### 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/MM10583.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10583, 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/R4026CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 4026, CR 10583

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

## ESRD

## Modelo de atención médica completa de ESRD (CEC) de telesalud -- implementación

Número de *MLN Matters*®: MM10314  
Número de petición de cambio relacionado: 10314  
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R196DEMO  
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

### Resumen

El modelo de atención médica completa de ESRD (CEC) está diseñado para identificar, probar y evaluar nuevas formas de mejorar la atención médica a los beneficiarios de Medicare con enfermedad renal en estado terminal (ESRD).

Este modelo alienta a los proveedores de diálisis a pensar más allá de sus roles tradicionales en la prestación de atención médica y los apoya, ya que brindan atención centrada en el paciente que atenderá las necesidades de salud de los beneficiarios, tanto dentro como fuera de la clínica de diálisis.

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

Número de *MLN Matters*®: MM10065 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10065  
Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de enero de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R1999OTN  
Fecha de implementación: 2 de enero de 2018

*La petición de cambio 10065 proporciona instrucciones a los contratistas administrativos de Medicare en la implementación del ajuste transitorio de pago adicional de medicamentos para medicamentos de enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Este artículo fue revisado el 28 de marzo para anexarlo a la MM10312 la cual se basa en la petición de cambio (CR) 10312. La CR 10312 implementa actualizaciones de tarifas de 2018 para el sistema de pago prospectivo (PPS) de enfermedad renal en estado terminal (ESRD) y actualiza el pago para servicios de diálisis renal prestados a beneficiarios con lesión renal aguda (AKI) en centros de ESRD. Toda la demás información sigue siendo la misma.*

### Resumen

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

### 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/MM10314.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10314, 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/R196DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 196, CR 10314

*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.*

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

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/mm10065.pdf>.

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

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

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

## Cambios en la reclamación de centro hospitalario de ESRD para acomodar diálisis para beneficiarios con AKI

Número de *MLN Matters*®: MM9598 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: CR 9598  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de diciembre de 2016  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R1759OTN  
 Fecha de implementación: 3 de enero de 2017

*A partir del 1 de enero de 2017, los centros hospitalarios de tratamiento de enfermedad renal en estado terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) comenzarán a prestar servicios de diálisis renal a los beneficiarios de Medicare diagnosticados con lesión renal aguda (AKI). Este artículo fue revisado el 18 de mayo para actualizar texto en la página 4. Los códigos de no ESRD y los modificadores de ESRD fueron actualizados. Toda la demás información permanece sin cambios.*

### Resumen

A partir del 1 de enero de 2017, los centros hospitalarios de enfermedad renal en estado terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) comenzarán a prestar servicios de diálisis renal a los beneficiarios de Medicare diagnosticados con lesión renal aguda (AKI).

No se harán pagos separados por medicamentos,

biológicos, servicios de laboratorio y suministros que estén incluidos en el sistema de pago prospectivo (PPS) de ESRD. Los artículos y servicios que no se consideran servicios de diálisis renal se pagan por separado.

### 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/MM9598.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 9598, 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/Downloads/R1759OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 1759, CR 9598

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

## Sistema de pago prospectivo

### Extensiones al sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados y al PPS de hospital de cuidados prolongados

Número de *MLN Matters*®: MM10547  
 Número de petición de cambio relacionado: 10547  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 10 de mayo de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2017  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4046CP  
 Fecha de implementación: 2 de abril de 2018

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10547 proporciona información e instrucciones de implementación para las Secciones 50204, 50205 y 51005 de la Ley Advancing Chronic Care, Extenders and Social Services (ACCESS) de 2018. La nueva ley incluye la extensión de ciertas disposiciones que expiraron el 1 de octubre de 2017. Específicamente, se amplió el sistema de pago prospectivo para pacientes hospitalizados de Medicare y las políticas de pago por servicio del sistema de pago prospectivo de hospital de cuidado prolongado (LTCH) a continuación:

- Aumento al ajuste de pago hospitalario para pacientes hospitalizados en ciertos hospitales de bajo volumen
- Programa de hospital dependiente de Medicare (MDH)

- Tasa de pago neutral del sitio de LTCH

### 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/MM10547.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10547, 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/R4046CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4046, CR 10547

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

**LCD nueva**

## Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia – Nueva LCD de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L37697 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia fue desarrollada en base a lo siguiente: análisis de datos, problemas identificados por la Oficina del Inspector General (OIG) y revisión médica de pago posterior, y para proporcionar un documento completo de todas las reglamentaciones pertinentes de Medicare relacionadas a servicios de ambulancia terrestre. Además, la LCD (L33383) existente para servicios de ambulancia terrestre de no emergencia será retirada cuando esta nueva LCD se haga efectiva.

**Fecha de vigencia**

Esta LCD nueva es efectiva para los servicios prestados a **partir del 28 de junio de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

**Revisión a las LCD existentes**

## Pruebas genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9, y VKORC1 – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L35698 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a la petición de cambio (CR) 10515 (Actualización del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios [OPPS] de abril de 2018) y CR 10445 (Actualización Trimestral de las Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico y Servicios Sujetos a un Pago de Cargo Razonable), la LCD (Pruebas Genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9, y VKORC1) fue revisada para agregar el código de procedimiento 0028U.

**Fecha de vigencia**

La revisión de la LCD 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 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de servicios de terapia y rehabilitación, se determinó que el lenguaje en cursiva en las secciones “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” y “Requisitos de Documentación” de la LCD no representan citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

**Fecha de vigencia**

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados

**en o después del 24 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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



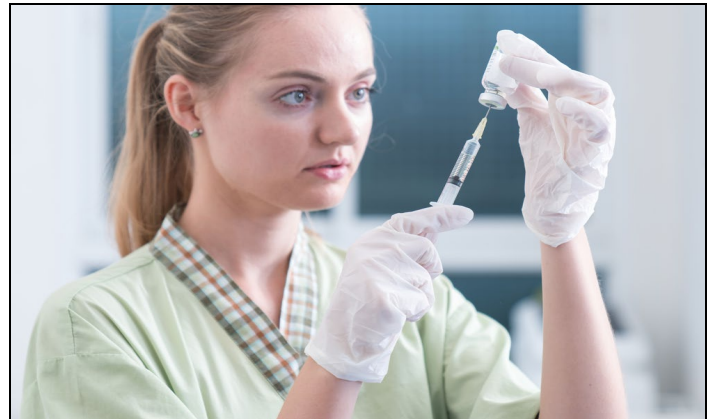
## Toxinas botulínicas – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número L33274 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una solicitud de reconsideración de determinación de cobertura local (LCD), la LCD de toxinas botulínicas fue revisada en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” de la LCD para incluir las indicaciones de la Food and Drug Administration (FDA) para Dysport® – el tratamiento de la espasticidad en adultos y el tratamiento de la espasticidad de las extremidades inferiores en pacientes pediátricos de 2 años o más. Además, los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM que le acompañan (G11.4, G80.8, G82.21-G82.22, G82.51-G82.52, G83.11-G83.14, I69.041-I69.044, I69.141-I69.144, I69.241-I69.244, I69.341-I69.344, I69.841-I69.844, M62.451-M62.452, M62.461-M62.462, M62.471-M62.472, M62.48, M62.49, M62.831 y M62.838) para estas indicaciones se agregaron a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD bajo “Códigos de Grupo 2” para el código J0586 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). La sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD también se ha actualizado.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para incluir el tratamiento de la espasticidad de las extremidades inferiores en pacientes pediátricos de 2 años de edad en adelante es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 3 de mayo de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 29 de julio de 2016**. La revisión de la LCD



para incluir el tratamiento de la espasticidad en adultos es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 3 de mayo de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 14 de junio de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L33762 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior, la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de la LCD fue revisada bajo “Escleroterapia” para proporcionar aclaración. También, la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD bajo “Párrafo de Grupo 1” fue revisada para proporcionar aclaración para los códigos 36470, 36471, 36482, y 36483 de Current Procedural Terminology (CPT®). Además, la sección “Fuentes de Información” de la LCD fue actualizada para incluir múltiples fuentes publicadas de solicitudes de reconsideración para los códigos 36473 y 36474 de CPT® (terapia de ablación endovenosa de vena incompetente, extremidad, incluida toda la guía y monitorización de imágenes, percutánea, mecanoquímica). El contenido de

la LCD no se ha cambiado en respuesta a las solicitudes de reconsideración.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 17 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

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

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para estudios de densidad mineral ósea, se determinó que parte del lenguaje en letra cursiva en las secciones “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica”, “Códigos CPT®/HCPCS” y “Pautas de Utilización” de la LCD 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, esta LCD está siendo revisada para asegurar la consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de mayo de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Infliximab (Remicade™) – revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L33704 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10488 (Actualización Trimestral a la Base de Datos del Manual de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos y Profesionales de la Salud [MPFSDB] – Actualización de Abril de 2018), CR 10454 (Cambios Trimestrales del Código de Medicamentos/Productos Biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] – Actualización de Abril de 2018), CR 10515 (Actualización del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios [OPPS] de Abril de 2018), y CR 10530 (Actualización de Abril al Sistema de Pago de Centro Quirúrgico Ambulatorio [ASC]), la determinación de cobertura local (LCD) para infliximab (Remicade™) fue revisada para eliminar el código Q5102 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y agregar los códigos Q5103 y Q5104 de HCPCS en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD. Además, la sección “Códigos CPT®/

HCPCS” de la LCD fue revisada para eliminar el texto relacionado a los modificadores “ZB” y “ZC” con el código Q5102 del HCPCS ya que estos modificadores han sido discontinuados.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L34002 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10454 (Cambios Trimestrales del Código de Medicamentos/Productos Biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] – Actualización de Abril de 2018), CR 10515 (Actualización del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios [OPPS] de Abril de 2018) y CR 10530 (Actualización de Abril al Sistema de Pago de Centro Quirúrgico Ambulatorio [ASC]), la determinación de cobertura local (LCD) para G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) fue revisada para reflejar que el descriptor fue cambiado por el código Q5101 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD. Además, se eliminó texto relacionado al modificador “ZA” con el código Q5101

del HCPCS ya que este modificador ha sido discontinuado.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de Parte A y la Parte B

**LCD ID número: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza, se determinó que parte del lenguaje en cursivas en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones 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) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con la fuente de CMS.

### Fecha de vigencia

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



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

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

## Levantamiento Uretral Prostático (PUL) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: L36775 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a solicitudes de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) de levantamiento uretral prostático, la sección de la LCD “Fuentes de Información y Bases para Decisión” fue actualizada para añadir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha sido cambiado en respuesta a las solicitudes de reconsideración.

### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD es efectiva para los servicios

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

### Requerimientos de firma de Medicare

El requerimiento de Medicare para autenticar el archivo médico es asegurar que los servicios prestados han sido completamente documentados y autenticados por el autor del ingreso en el archivo médico. [Haga clic aquí](#) para más información acerca de los requerimientos de firma de Medicare y cómo adherirse a estos puede prevenir que sus reclamaciones sean afectadas.



## Números telefónicos

### First Coast Service Options

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

#### Servicio al cliente

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

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

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

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

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

#### Intercambio electrónico de datos

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

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

#### Sistema de respuesta automática

**877-602-8816**

#### Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

#### Pagos en exceso

904-791-6281

#### Asistencia técnica de SPOT

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

855-416-4199

#### Sitios web

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

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

## Direcciones postales

### First Coast Service Options

#### Reclamaciones/correspondencia

**Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.**

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

#### Medicare EDI

#### Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

#### Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

#### Solicitudes de FOIA

#### Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Consultas generales

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

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

#### Determinaciones de cobertura local

Medical Policy and Procedures

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

#### Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

#### Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

#### Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

#### Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

#### Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

#### Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

#### Redeterminaciones

#### Florida:

Medicare Part A Redetermination/  
Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

#### Islas Vírgenes de EE.UU.:

First Coast Service Options Inc

P. O. Box 45097

Jacksonville, FL 32232-5097

#### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions, Inc.

QIC Part A East Appeals

P. O. Box 45305

Jacksonville, FL 32232-5305

#### Servicios de correo expreso y correo especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Otras aseguradoras e intermediarios de Medicare

#### Aseguradoras regionales de equipo

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

CGS Administrators, LLC

P. O. Box 20010

Nashville, Tennessee 37202

#### Ferrocarril Medicare

Palmetto GBA

P. O. Box 10066

Augusta, GA 30999-0001

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

Palmetto GBA

Medicare Part A

34650 US HWY 19N

Palm Harbor, FL 34684

## Contacte a CMS

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

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

#### Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

#### Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

## Facturación

# Modelo de atención médica completa de ESRD (CEC) de telesalud -- implementación

Número de *MLN Matters*®: MM10314  
Número de petición de cambio relacionado: 10314  
Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R196DEMO  
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

### Resumen

El modelo de atención médica completa de ESRD (CEC) está diseñado para identificar, probar y evaluar nuevas formas de mejorar la atención médica a los beneficiarios de Medicare con enfermedad renal en estado terminal (ESRD).

Este modelo alienta a los proveedores de diálisis a pensar más allá de sus roles tradicionales en la prestación de atención médica y los apoya, ya que brindan atención centrada en el paciente que atenderá las necesidades de salud de los beneficiarios, tanto dentro como fuera de la clínica de diálisis.

### 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/MM10314.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10314, 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/R196DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 196, CR 10314

*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.*

# Presentación electrónica de reporte de costos de Medicare

Número de *MLN Matters*®: MM10611  
Número de petición de cambio relacionado: 10611  
Fecha de emisión de CR relacionado: 30 de abril de 2018  
Fecha de efectividad: 12 de junio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R2075OTN  
Fecha de implementación: 12 de junio de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10611 informa a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) y a los proveedores del nuevo sistema de presentación electrónica del MCR (MCRef), que está controlado por el sistema de EIDM, disponible para la transmisión electrónica de reportes de costos.

Los proveedores de la Parte A que continúan participando en el programa de Medicare deben presentar un reporte de costos dentro de los cinco meses posteriores a la finalización del año fiscal de su reporte de costos. Para los reportes de costos que finalizan en un día que no sea el último día del mes, los reportes de costos deben presentarse 150 días después del último día del período de reporte de costos.

**Nota:** Los MAC pueden suspender los pagos a los

proveedores que no presenten su MCR en la fecha de vencimiento.

### 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/MM10611.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10611, 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/R2075OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2075, CR 10611

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



## ¿Está buscando una LCD?

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

## Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

## LCD nueva

# Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia – Nueva LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L37697 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia fue desarrollada en base a lo siguiente: análisis de datos, problemas identificados por la Oficina del Inspector General (OIG) y revisión médica de pago posterior, y para proporcionar un documento completo de todas las reglamentaciones pertinentes de Medicare relacionadas a servicios de ambulancia terrestre. Además, la LCD (L33383) existente para servicios de ambulancia terrestre de no emergencia será retirada cuando esta nueva LCD se haga efectiva.

### Fecha de vigencia

Esta LCD nueva es efectiva para los servicios prestados a **partir del 28 de junio de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Revisión a las LCD existentes

# Pruebas genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9, y VKORC1 – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L35698 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10515 (Actualización del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios [OPPS] de abril de 2018) y CR 10445 (Actualización Trimestral de las Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico y Servicios Sujetos a un Pago de Cargo Razonable), la LCD (Pruebas Genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9, y VKORC1) fue revisada para agregar el código de procedimiento 0028U.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD 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 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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

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

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de servicios de terapia y rehabilitación, se determinó que el lenguaje en cursiva en las secciones “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” y “Requisitos de Documentación” de la LCD no representan citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados

**en o después del 24 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Toxinas botulínicas – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número L33274 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una solicitud de reconsideración de determinación de cobertura local (LCD), la LCD de toxinas botulínicas fue revisada en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica” de la LCD para incluir las indicaciones de la Food and Drug Administration (FDA) para Dysport® – el tratamiento de la espasticidad en adultos y el tratamiento de la espasticidad de las extremidades inferiores en pacientes pediátricos de 2 años o más. Además, los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM que le acompañan (G11.4, G80.8, G82.21-G82.22, G82.51-G82.52, G83.11-G83.14, I69.041-I69.044, I69.141-I69.144, I69.241-I69.244, I69.341-I69.344, I69.841-I69.844, M62.451-M62.452, M62.461-M62.462, M62.471-M62.472, M62.48, M62.49, M62.831 y M62.838) para estas indicaciones se agregaron a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD bajo “Códigos de Grupo 2” para el código J0586 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). La sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD también se ha actualizado.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD para incluir el tratamiento de la espasticidad de las extremidades inferiores en pacientes pediátricos de 2 años de edad en adelante es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 3 de mayo de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 29 de julio de 2016**. La revisión de la LCD



para incluir el tratamiento de la espasticidad en adultos es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 3 de mayo de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 14 de junio de 2017**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L33762 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior, la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de la LCD fue revisada bajo “Escleroterapia” para proporcionar aclaración. También, la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD bajo “Párrafo de Grupo 1” fue revisada para proporcionar aclaración para los códigos 36470, 36471, 36482, y 36483 de Current Procedural Terminology (CPT®). Además, la sección “Fuentes de Información” de la LCD fue actualizada para incluir múltiples fuentes publicadas de solicitudes de reconsideración para los códigos 36473 y 36474 de CPT® (terapia de ablación endovenosa de vena incompetente, extremidad, incluida toda la guía y monitorización de imágenes, percutánea, mecanoquímica). El contenido de

la LCD no se ha cambiado en respuesta a las solicitudes de reconsideración.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 17 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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



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

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

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para estudios de densidad mineral ósea, se determinó que parte del lenguaje en letra cursiva en las secciones “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica”, “Códigos CPT®/HCPCS” y “Pautas de Utilización” de la LCD 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, esta LCD está siendo revisada para asegurar la consistencia con las fuentes de CMS.

## Infliximab (Remicade™) – revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L33704 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10488 (Actualización Trimestral a la Base de Datos del Manual de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos y Profesionales de la Salud [MPFSDB] – Actualización de Abril de 2018), CR 10454 (Cambios Trimestrales del Código de Medicamentos/Productos Biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] – Actualización de Abril de 2018), CR 10515 (Actualización del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios [OPPS] de Abril de 2018), y CR 10530 (Actualización de Abril al Sistema de Pago de Centro Quirúrgico Ambulatorio [ASC]), la determinación de cobertura local (LCD) para infliximab (Remicade™) fue revisada para eliminar el código Q5102 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y agregar los códigos Q5103 y Q5104 de HCPCS en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD. Además, la sección “Códigos CPT®/

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de mayo de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

HCPCS” de la LCD fue revisada para eliminar el texto relacionado a los modificadores “ZB” y “ZC” con el código Q5102 del HCPCS ya que estos modificadores han sido discontinuados.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L34002 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10454 (Cambios Trimestrales del Código de Medicamentos/Productos Biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System [HCPCS] – Actualización de Abril de 2018), CR 10515 (Actualización del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios [OPPS] de Abril de 2018) y CR 10530 (Actualización de Abril al Sistema de Pago de Centro Quirúrgico Ambulatorio [ASC]), la determinación de cobertura local (LCD) para G-CSF (Neupogen®, Granix™, Zarxio™) fue revisada para reflejar que el descriptor fue cambiado por el código Q5101 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) en la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD. Además, se eliminó texto relacionado al modificador “ZA” con el código Q5101

del HCPCS ya que este modificador ha sido discontinuado.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## 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)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de servicios de terapia facturados por médicos/profesionales de la salud, se determinó que el lenguaje en cursiva en las secciones “Limitaciones” y “Requisitos de Documentación” de la LCD no representan citas directas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 17 de abril de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede encontrarse seleccionando “Documentos



de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

**Nota:** Para revisar las LCDs vigentes, futuras y retiradas [haga clic aquí](#).

## Visitas domiciliarias y al hogar de E y M – revisión a la LCD de la Parte B

### LCD ID número: L33817 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para visitas domiciliarias y al hogar de E y M, se determinó que parte del lenguaje en letra cursiva en las secciones “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” y “Requisitos de Documentación” de la LCD 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, esta LCD está siendo revisada para asegurar la consistencia con las fuentes de CMS.

#### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 1 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 de cobertura local (LCDs) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

## Levantamiento Uretral Prostático (PUL) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L36775 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a solicitudes de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) de levantamiento uretral prostático, la sección de la LCD “Fuentes de Información y Bases para Decisión” fue actualizada para añadir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha sido cambiado en respuesta a las solicitudes de reconsideración.

#### Fecha de vigencia

La revisión a la LCD es efectiva para los servicios

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

## Vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza – revisión a la LCD de Parte A y la Parte B

### LCD ID número: L33771 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para vitamina D; 25 hidrox, incluye fracción(es), si se realiza, se determinó que parte del lenguaje en cursivas en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones 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) listadas en la LCD; por lo tanto esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con la fuente de CMS.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para los servicios

prestados en o después del 15 de mayo 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

### Búsqueda de LCDs

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

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



## Números de teléfono

### Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

### Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

### Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

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

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 44021

Jacksonville, FL 32231-4021

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

First Coast University

<http://www.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**