

# Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Junio 2018

## En esta edición

- Nuevo identificador del beneficiario de Medicare -- obténgalo, úselo ..... 8
- Revisiones a los requisitos de facturación de telesalud para servicios de centros distantes ..... 16
- Cobertura de Medicare para los servicios quiroprácticos – requisitos de documentación para las visitas... 24



## Actualización al manual para incluir servicios de mamografía prestados por un IDTF

Número de *MLN Matters*®: MM10735  
Número de petición de cambio relacionado: 10735  
Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de junio de 2018  
Fecha de efectividad: 9 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: RR4071CP  
Fecha de implementación: 9 de julio de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10735 actualiza el Capítulo 18 y el Capítulo 35 del *Medicare Claims Processing Manual* (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare) para incluir instrucciones de procesamiento de reclamaciones para los servicios de mamografía de detección prestados por un centro independiente de pruebas diagnósticas (IDTF).

Nota: Esta actualización no hace ningún cambio a la política actual.

### 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/MM10735.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10735, 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/R4071CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4071, CR 10735

*Nota aclaratoria: Este artículo se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. La información que se ofrece tiene la intención de brindar solamente un resumen general.*

*No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.*



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



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

## Partes A y B

### Pautas de presentación de reclamación

Actualización al manual para incluir servs. de mamografía prestados por un IDTF...1

### Tarifas

Act. de julio a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de salud de 2018...3

Archivos trimestrales de precios de venta promedio de medicamentos de Parte B de Medicare de julio de 2018...3

Actualización de julio de 2018 a la tarifa fija de DMEPOS...4

### EDI

CMS publica la actualización de los códigos de categoría de estado de reclamación y de estado de reclamación...4

Evite problemas completando la hoja de cubierta de fax/correo de PWK...5

CMS publica acts de RARCs, CARCs, Medicare Remit Easy Print y PC Print...6

### Inscripción de proveedores

Reporte del proveedor/suplidor de acciones legales adversas...6

Inscripción del proveedor -- residentes sin licencia...7

### E/M

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

### SPOT

Nuevo identificador del beneficiario de Medicare -- obténgalo, úselo...8

### Problemas de procesamiento

Se ha desactivado una modificación del sistema para ciertos servicios ECG...8

### Recursos educativos

Calendario de eventos...9

MLN Connects® para el 24 de mayo de 2018...10

MLN Connects® para el 31 de mayo de 2018...10

MLN Connects® para el 7 de junio de 2018...11

MLN Connects® para el 14 de junio de 2018...12

MLN Connects® para el 21 de junio de 2018...12

## Parte A

### Sistema de pago prospectivo

CMS publica actualización trimestral al sistema de pago prospectivo de ESRD...13

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

Actualización de julio de 2018 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios...14

### Hospital

Especificaciones de julio de 2018 del editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado...15

### Facturación

Mejoras recientes y próximas en la facturación y el procesamiento de reclamaciones de hospicio...15

Revisión a requisitos de fact. de telesalud para servicios de centros distantes...16

LCDs de Parte A...17

### LCDs retiradas

Prueba de Células Tumorales Circulantes -- LCD retirada de la Parte A y Parte B...18

Revascularización de extremidades inferiores -- LCD retirada de la Parte A y B...18

## Revisión a las LCDs existentes

Terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) -- revisión a la LCD de la Parte A y B...18

Bisfosfonatos (IV) y Anticuerpos Monoclonales en el Tratamiento de la Osteoporosis y sus Otras Indicaciones -- revisión a la LCD de la Parte A y B...19

Procedimientos de Patología Molecular para la Tipificación de Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA) -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B...19

Programa de hospitalización psiquiátrica parcial -- revisión a LCD de Parte A...20

Estudios de conduc. del nervio y electromiografía -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B...20

Escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) -- rev. a la LCD de la Parte A y B...20

Fulvestrant (Faslodex) -- revisión a la LCD de la Parte A y B...21

Gemcitabine (Gemzar) -- revisión a la LCD de la Parte A y B...21

Contactos de Parte A...22

## Parte B

### ASC

Act. de julio al sistema de pago de ASC...23

### Facturación

Nuevo código Q para cartucho en línea que contiene enzimas digestivas...23

### Servicios quiroprácticos

Cobertura de Medicare para los servicios quiroprácticos -- requisitos de documentación para las visitas...24

### Pautas de presentación de reclamación

Nueva modificación de la Parte B para la duplicación de los códigos de diagnóstico en las reclamaciones impresas...24

LCDs de Parte B...25

### LCDs retiradas

Prueba de Células Tumorales Circulantes -- LCD retirada de Parte A y la Parte B...26

Revascularización de extremidades inferiores -- LCD retirada de la Parte A y B...26

## Revisión a las LCDs existentes

Terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) -- revisión a la LCD de la Parte A y B...26

Bisfosfonatos (IV) y Anticuerpos Monoclonales en el Tratamiento de la Osteoporosis y sus Otras Indicaciones -- revisión a la LCD de la Parte A y B...27

Procedimientos de Patología Molecular para la Tipificación de Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA) -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B...27

Fulvestrant (Faslodex) -- revisión a la LCD de la Parte A y B...28

Gemcitabine (Gemzar) -- revisión a la LCD de la Parte A y B...28

Estudios de conduc. del nervio y electromiografía -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B...28

Escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) -- rev. a la LCD de la Parte A y Parte B...29

Información de contacto Puerto Rico...30

Información de contacto Florida...31

Información de contacto USVI...32

## 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.*

## Tarifas

# Actualización de julio a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2018

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10644  
Número de petición de cambio relacionado: 10644  
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de mayo de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4053CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10644) añade los códigos de procedimiento 0505T-0508T con estado de X de código de procedimiento (precio de contratista) y Q9991-Q9995 al MPFS con estado de procedimiento de E (Excluido del manual de tarifas fijas para médicos y profesionales de la salud por reglamentación) efectivo para las fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2018. Información adicional acerca de los códigos Q está disponible (en inglés) en [MM10624](#).

Esta CR también actualiza los códigos G0460, 71045, y 71045 TC. Tarifas revisadas serán publicadas por separado.

Los contratistas no buscarán en sus archivos para retirar pagos de reclamaciones que ya han sido pagadas ni para pagar reclamaciones retroactivamente, sin embargo ellos podrán ajustar las reclamaciones que usted les traiga a su atención.

De acuerdo al *Medicare Claims Processing Manual*

(Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 30.1, esta acción debe ser considerada como la notificación de 30 días de un cambio al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2018 pautado para el 2 de julio de 2018.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM10644.pdf>

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10644, 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/R4053CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4053, CR 10644

*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.*

# Archivos trimestrales de precios de venta promedio de medicamentos de la Parte B de Medicare de julio de 2018

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10667  
Número de petición de cambio relacionado: 10667  
Fecha de emisión de CR relacionado: 25 de mayo de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4061CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid recientemente publicaron los archivos trimestrales de precios de venta promedio (ASP) de medicamentos de la Parte B de Medicare junto con revisiones de precios de venta trimestrales previamente publicados.

Medicare utilizará estos archivos para determinar el límite de pago para reclamaciones para medicamentos de la Parte B de Medicare procesados o reprocesados pagaderos por separado, en o después del 2 de julio de 2018, con fechas de servicio del 1 de julio de 2018 hasta el 30 de septiembre de 2018.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10667.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10667, 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/R4061CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4061, CR 10667

*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.*

## Actualización de julio de 2018 a la tarifa fija de DMEPOS

Número de *MLN Matters*®: MM10707  
 Número de petición de cambio relacionado: 10707  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 8 de junio de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018, para tarifas del código Q0477; 1 de junio de 2018, para tarifas rurales y mixtas relacionadas a CMS-1687-IFC; 1 de julio de 2018, para todos los demás cambios  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4072CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

### Resumen

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

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



### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10707.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10707, 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/R4072CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4072, CR 10707

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

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

## EDI

## CMS publica la actualización de los códigos de categoría de estado de reclamación y de estado de reclamación

Número de *MLN Matters*®: MM10777  
 Número de petición de cambio relacionado: 10777  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de junio de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4066CP  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

### Resumen

Después de la reunión de junio del Comité de Mantenimiento del Código Nacional, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizarán los códigos de categoría de estado de reclamación de Medicare y los códigos de estado de reclamación.

Los conjuntos de códigos estarán disponibles (en inglés) en:

- <https://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-category-codes/>
- <https://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/claim-status-codes/>

Los cambios de código aprobados en la reunión de junio de 2018 se publicarán en los sitios anteriores el 1 de julio o alrededor de esa fecha y se utilizarán en la modificación de todas las transacciones de

reclamaciones electrónicas mediante la implementación de la petición de cambio 10777, programada para el 1 de octubre 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/MM10777.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10777, 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/R4066CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4066, CR 10777

*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.*

## Evite problemas completando la hoja de cubierta de fax/ correo de PWK

El departamento de reclamaciones de First Coast Service Options (First Coast) lo incentiva a evitar presentar hojas de cubierta de correo/fax de PWK (5010 paperwork segment) inválidas o innecesarias. Si se recibe una hoja de cubierta que contiene información incorrecta, incompleta o inválida, la hoja de cubierta será enviada de vuelta por fax o por correo a la fuente de origen, pero sin la documentación. Las hojas de cubierta devueltas de esta manera no deben ser reenviadas; el proveedor en vez, debe esperar una solicitud de documentación adicional (ADR) antes de presentar nuevamente la documentación a First Coast.

### Problemas de PWK

En algunos casos, las hojas de cubierta y documentación adicional no han podido ser adjuntadas apropiadamente a una reclamación debido a varias razones. El siguiente listado ha sido desarrollado para ayudarle a evitar estas situaciones.

1. La hoja de cubierta de PWK es recibida, completada con exactitud con documentación, pero la reclamación fue presentada sin los indicadores en el loop de PWK.
  - Esto no nos permitirá asignar la documentación en el sistema a la reclamación apropiada. Si la reclamación requiere documentación, una carta de ADR será enviada y proveedores necesitarán responder a la carta.
2. La hoja de cubierta de PWK es recibida con la documentación relacionada adjunta y una copia de nuestra carta de solicitud de documentación adicional (ADR). Una vez más, los indicadores del loop de PWK no están en la reclamación.
  - Hay dos problemas aquí: 1) sin el loop de PWK completado, la reclamación no suspenderá para buscar en cualquier documentación adelantada. Lo más importante 2) la reclamación ya ha sido suspendida para documentación adicional; por lo tanto, los proveedores sólo necesitan responder a la carta ADR con la documentación adecuada.
3. La hoja de cubierta de PWK es recibida con una solicitud para una nueva determinación/apelación en la caja de información.
  - El proceso de PWK puede sólo ser utilizado en la presentación inicial de la reclamación. El PWK no puede ser utilizado para omitir el proceso de apelación estándar. Por favor utilice el nivel adecuado del proceso de apelación si su reclamación ha sido denegada o si usted necesita hacer ajustes/correcciones. Las solicitudes de apelación presentadas a

través del proceso de fax/correo de PWK no será reconocido.

4. En todos estos casos, ya que la hoja de cubierta de fax/correo de PWK y/o reclamación no está siendo presentadas correctamente o con la información correcta, la documentación de respaldo presentada a nosotros no está siendo utilizada para adjudicar la reclamación. También, ya que en muchos casos esto está fuera de los estándares para PWK, los proveedores afectados por estos escenarios no recibirán una respuesta relacionada a los resultados o la falta de respuesta.
5. Nuestra área interna de reclamaciones está siendo impactada negativamente así como también nuestra capacidad de almacenamiento electrónico está siendo ocupado por documentación innecesaria e inútil. Lo más probable es que los proveedores afectados por esto nunca recibirán una indicación de impactos negativos que esto está teniendo en sus reclamaciones.

### Recordatorios

Aquí hay algunos artículos que verificar antes de enviar su formulario por fax o por correo:

- Verifique que usted haya indicado el ACN (número de control de archivo adjunto [presentado en el segmento PWK06]), DCN (número de control de documento [Parte A]), ICN (número de control interno [Parte B]), ID de Medicare del beneficiario, nombre del proveedor de facturación y NPI (identificador nacional del proveedor) en la hoja de cubierta de fax/correo.
- Incluya una dirección a dónde enviar por correo la hoja de cubierta, en caso que no podamos enviarla de vuelta por fax al número de origen.
- Usuarios de fax: asegúrense de enviar la hoja de cubierta de fax PWK y la documentación a **la línea de fax de la localidad correspondiente.** **Ejemplo:** las reclamaciones de proveedores en Puerto Rico deben ser enviadas por fax a la línea de fax de Puerto Rico, las reclamaciones de los proveedores de la Florida a la línea de fax de Florida, etc. Si una hoja de cubierta se recibe en la cuenta de fax incorrecta, no podremos localizar la reclamación.
- No envíe documentación sin la hoja de cubierta de fax/correo completada.
- No utilice la hoja de cubierta de PWK para ninguna otra razón aparte del proceso de PWK.
- No modifique las hojas de cubierta de fax/correo.

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

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

Número de *MLN Matters*®: MM10620  
 Número de petición de cambio relacionado: 10620  
 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: R4057CP  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la petición de cambio (CR) 10620, la cual actualiza las listas del código de observación de remesa de pago (RARC) y del código de denegación de ajuste de reclamación (CARC).

La CR 10620 también llama a una actualización de Medicare Remit Easy Print (MREP) y de software PC Print. Si usted utiliza *MREP* o *software PC Print*, asegúrese de obtener la última versión cuando esté disponible.

### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10620.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10620, 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/R4057CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4057, CR 10620

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

## Inscripción de proveedores

### Reporte del proveedor/suplidor de acciones legales adversas

Número de *MLN Matters*®: MM10558  
 Número de petición de cambio relacionado: 10558  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de junio de 2018  
 Fecha de efectividad: 30 de abril de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R797PI  
 Fecha de implementación: 30 de abril de 2018

### Resumen

La petición de cambio (CR) 10558 actualiza la Integridad del Programa de Medicare para incluir información y recursos para ayudar a los contratistas administrativos de Medicare (MACs) a revisar las acciones adversas finales mientras procesan las solicitudes de inscripción del proveedor; acción(es) adversa(s) final(es) deben ser reportadas oportunamente a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Los proveedores y suplidores deben dar a conocer las acciones legales adversas finales reportables en la solicitud CMS-855 o CMS-20134 y adjuntar documentación sobre el tipo de acción adversa final que se reporta, la fecha de la acción adversa final y qué corte o cuerpo gobernante/administrativo impuso la acción. La documentación **debe** ser proporcionada **independientemente** de si la acción adversa ocurrió en un estado diferente de aquel en el cual el proveedor busca la inscripción o está inscrito.

**Nota:** El incumplimiento de estos requisitos de reporte podría resultar en la revocación de sus privilegios de facturación de Medicare.



### Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10558.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10558, 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/R797PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 797, CR 10558

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

## Inscripción del proveedor -- residentes sin licencia

Número de *MLN Matters*®: SE18008  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Esta edición especial SE18008 proporciona los requisitos para que los médicos residentes sin licencia se inscriban en Medicare.

El contratista administrativo de Medicare aceptará tan pronto como sea posible, pero a más tardar el 17 de junio de 2018, las solicitudes de inscripción del proveedor del Formulario 855O presentadas para residentes sin licencia si el envío de la solicitud incluye uno de los siguientes:

1. Un contrato de residencia firmado y fechado por un oficial de la institución y el médico residente o,

2. Una carta, en papel membretado de la institución, que confirme el estado del solicitante como médico residente firmado y fechado por un oficial de la institución y que contenga como mínimo el nombre del solicitante.

### 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/SE18008.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE18008

*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.*

## E/M

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

Número de *MLN Matters*®: MM10412 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10412  
Fecha de emisión de CR relacionado: 31 de mayo de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4068CP  
Fecha de implementación: 5 de marzo de 2018

*La petición de cambio (CR) 10412 revisa el "Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare" para permitir que el médico docente verifique en el registro médico cualquier documentación del estudiante de los componentes de los servicios de evaluación y manejo (E/M), en lugar de volver a documentar este trabajo. Este artículo fue revisado el 1 de junio para reflejar una CR actualizada que corrige errores tipográficos en la CR y parte de la actualización del manual bajo la Sección 100.1.1. El número de transmisión, la fecha de publicación de la CR y el enlace a la transmisión también cambiaron.*

### Resumen

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

El médico docente debe realizar (o volver a realizar)

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

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10412.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10412, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4068CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4068, CR 10412

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

**SPOT**

## Nuevo identificador del beneficiario de Medicare -- obténgalo, úselo

Número de *MLN Matters*®: SE18006 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

*Existen tres maneras de obtener el identificador de beneficiario de Medicare (MBI), que entran en vigencia cuando el beneficiario era o es elegible para Medicare. Este artículo fue revisado el 21 de junio para enfatizar la necesidad de presentar el MBI sin guiones o espacios para evitar que su reclamación sea rechazada. Toda la demás información permanece igual.*

**Resumen**

La fecha de efectividad del identificador del beneficiario de Medicare (MBI), así como el antiguo número de reclamación de seguro de salud (HICN), es la fecha en que cada beneficiario era o es elegible para Medicare. Hasta el 31 de diciembre de 2019, tanto el HICN como el MBI pueden ser ingresados en el mismo campo que

se utiliza para el HICN. Existen tres maneras de obtener MBIs:

1. Pregúntele a sus pacientes de Medicare
2. Utilice la herramienta de búsqueda segura de MBI del MAC
3. Verifique la remesa de pago

**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/SE18006.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE18006

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

**Problemas de procesamiento**

## Se ha desactivado una modificación del sistema para ciertos servicios ECG

**Problema**

Se ha desactivado una modificación del sistema que rechazaba y denegaba las reclamaciones de ciertos servicios electrocardiográficos (ECG).

**Resolución**

Los contratistas administrativos de Medicare (MACs) van a reprocesar las reclamaciones afectadas.

**Estado/fecha de resolución**

Abierto

**Acción del proveedor**

Ninguna; si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el centro de contacto del proveedor de su MAC.

**Problemas de procesamiento actuales**

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

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



## Recursos educativos

### Calendario de eventos

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

#### Julio de 2018

Servicios de ambulancia: Nueva Política y Actualizaciones de Revisión (A/B)

Cuando: 11 de julio de 2018

Hora: 10:00 a.m. - 11:30 a.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/0404685.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 24 de mayo de 2018

*MLN Connects® para el 24 de mayo de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticia y anuncios

- Categoría de Desempeño de Promoviendo Interoperabilidad de MIPS
- Manual de Documentación del Proveedor acerca de Uso del Oxígeno en el Hogar: Presente Comentarios en Borrador para el 31 de mayo
- Propuestas para Nuevas Medidas para el Programa de Promoviendo Interoperabilidad: Fecha Límite el 29 de junio
- Video acerca de Investigación y Educación Enfocada
- Actualización Trimestral de Comparación de Hospicio
- Actualización Anual de CQM
- Libérese de la Osteoporosis

### Cumplimiento del proveedor

- Reclamaciones de Hospital de Medicare: Evite Errores de Codificación — Recordatorio

### Reclamaciones, precios y códigos

- Códigos de Procedimiento ICD-10-PCS del FY 2019

### Próximos eventos

- Webinar acerca de Reporte y Presentación de Datos del Programa de Reporte de Calidad de Hospicio — 30 de mayo
- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca de Artículos

Dietéticos Relacionados a DMEPOS, Plantillas y CDEs — 31 de mayo

- Llamada acerca de Requisitos de Facturación del Programa de Beneficiarios Cualificados de Medicare — 6 de junio
- Webinar acerca de Categoría de Desempeño de Promoviendo Interoperabilidad de MIPS — 12 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de la Actualización de RARC, CARC, MREP y PC Print — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Actualización de CAQH CORE — Implementando Reglas Operacionales — Fase III de EFT de ERA: CORE 360 Uso Uniforme de Reglamento de CARC, RARC y CAGC — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Remoción del Modificador KH de Artículo Médico Duradero de Alquiler — Revisado
- Artículo de MLN Matters de Cambios en la Reclamación de Centro Hospitalario de ESRD para Acomodar Diálisis para Beneficiarios con AKI — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca del Mundo de Medicare — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Su Oficina en el Mundo de Medicare — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Su Institución en el Mundo de Medicare — Revisado

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

## MLN Connects® para el 31 de mayo de 2018

*MLN Connects® para el 31 de mayo de 2018*

*Vea esta edición como un PDF* 

### Noticia y anuncios

- Proyecto de la Nueva Tarjeta de Medicare — Actualización de Envío por Correo de la Tarjeta
- MIPS: Presente Medidas de Calidad para Consideración para el 1 de junio
- PUF de Otro Suplidor y de Médicos de 2016
- PUF de DMEPOS de Proveedor de Referidos

### Cumplimiento del proveedor

- Video del Minuto del Proveedor: La Importancia de Documentación Adecuada

### Próximos eventos

- Llamada acerca de Requisitos de Facturación del Programa de Beneficiarios Cualificados de Medicare — 6 de junio
- Llamada de Inscripción de Suplidor: Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare — 20 de junio
- Llamada acerca de Preguntas Frecuentes: Ley IMPACT — 21 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters del Nuevo Identificador del Beneficiario de Medicare: Obténgalo, Úselo — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Actualización Trimestral

Ver **MLN**, en la página 11

## MLN Connects® para el 7 de junio de 2018

MLN Connects® para el 7 de junio de 2018

[Vea esta edición como un PDF !\[\]\(f4349ea867b307dd2675269f68d0971f\_img.jpg\)](#)

### Noticia y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Herramienta de Búsqueda de MBI Disponible por medio de su MAC
- Las Disminuciones en las Afecciones Adquiridas en el Hospital Salvan 8,000 Vidas y Ahorran \$2,9 mil millones en Costos
- Resultados del Envío del Programa de Pago de Calidad de 2017 del Año 1
- Adiciones a la Lista de Autorización Previa de DMEPOS
- Borrador de la Guía de Implementación de QRDA III: Envíe Comentarios Antes del 20 de junio
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de IRF y LTCH: Revise sus Datos Antes del 30 de junio
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de SNF: Revise sus Datos Antes del 30 de junio
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de Hospicio: Revise sus Datos Antes del 30 de junio
- Hospitales Elegibles: Envíe una Solicitud de Excepción por Dificultades Antes del 1 de julio
- PEPPER para Hospitales de Cuidado Agudo a Corto Plazo
- Vea los Datos de Sus Comentarios Preliminares de Rendimiento de MIPS
- Base de Datos Descargables de Comparación de Médicos: Puntuaciones de Rendimiento de 2016

### Cumplimiento del proveedor

- Facture Correctamente los Procedimientos de Reemplazo de Dispositivo — Recordatorio

### Reclamaciones, precios y códigos

- Archivos de Precios Promedio de Ventas de Julio de 2018

## MLN

De la página 10

- a la Base de Datos de la Tarifa Fija de Médicos de Medicare — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Actualización Trimestral de CBP de DMEPOS — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Archivos Trimestrales de ASP de Precios de Medicamentos de la Parte B y Revisiones a Archivos Anteriores — Nuevo
- Webcast acerca del Sistema MCRéF: Presentación de Video — Nuevo

### Próximos eventos

- Webinar acerca de Categoría de Desempeño de Promoviendo Interoperabilidad de MIPS — 12 de junio
- Webinar acerca de Medidas de Calidad de CMS: Desarrollo, Implementación y Usted — 13 o 14 de junio
- Llamada de Inscripción de Suplidor: Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare — 20 de junio
- Llamada acerca de Ley IMPACT: Preguntas Frecuentes — 21 de junio
- Llamada de Agencias de Salud en el Hogar: Algoritmo de Calificación de Calidad del Cuidado del Paciente — 27 de junio
- Sesión de Escucha acerca de Proveedores y Suplidores de Ambulancia Terrestre: Sistema de Recolección de Datos — 28 de junio
- Webinar acerca de Reporte Comparativo de Facturación sobre Proveedores de Referencia de Ortesis de Rodilla — 11 de julio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca del Nuevo Código Q para Cartucho en línea que Contiene Enzimas Digestivas — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de la Actualización de Julio al Sistema de Pago de Centro de Cirugía Ambulatoria — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de la Actualización de los Códigos de Categoría de Estado de Reclamación y de Estado de Reclamación — Nuevo
- Llamada de Conferencia de Facilitación de Conciliación: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Documentación de Servicio de E/M Proporcionado por Estudiantes — Revisado

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

- Llamada del Programa de Pago de Calidad: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de la Actualización del Código de Diagnóstico para Pagos Complementarios por Factor de Coagulación Sanguínea Administrado a Pacientes Hospitalizados con Hemofilia — Revisado

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 14 de junio de 2018

*MLN Connects® para el 14 de junio de 2018*

[Vea esta edición como un PDF](#) 

### Noticia y anuncios

- Mapa de Guía de Opioides de CMS
- Actualización de Comparación de LTCH y IRF
- Uso de Medicamentos Antipsicóticos en Hogares de Ancianos: Actualización de Tendencias
- La Semana de la Salud de los Hombres Finaliza el Día del Padre

### Cumplimiento del proveedor

- Facturación de Transplantes de Células Madre — Recordatorio

### Reclamaciones, precios y códigos

- Códigos de Diagnóstico de la ICD-10-CM para el FY 2019

### Próximos eventos

- Llamada de Inscripción de Suplidor: Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare — 20 de junio
- Llamada acerca de Ley IMPACT: Preguntas Frecuentes — 21 de junio
- Llamada de Agencias de Salud en el Hogar: Algoritmo de Calificación de Calidad del Cuidado del Paciente — 27 de junio
- Sesión de Escucha acerca de Proveedores y Suplidores de Ambulancia Terrestre: Sistema de Recolección de Datos — 28 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters acerca de las Mejoras en la Facturación y el Procesamiento de Reclamaciones de Hospicio — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Inscripción del Proveedor: Residentes sin Licencia — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de la Actualización del OPPTS de Hospital: Julio de 2018 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de las Especificaciones del I/OCE Versión 19.2: Julio de 2018 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters sobre la Actualización Trimestral al CBP de DMEPOS: Octubre de 2018 — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de la Actualización al Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulos 18 y 35: IDTF — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca del Reporte del Proveedor/Suplidor de Acciones Legales Adversas — Nuevo
- Hoja Informativa acerca de la Transición a los Nuevos Números y Tarjetas de Medicare — Revisado
- Herramienta Educativa de CMS 'Rueda Web' — Revisado
- Capacitación Basada en la Web acerca de Evitar el Fraude y Abuso de Medicare: Un Mapa de Guía para Médicos — Recordatorio
- Folleto acerca de Recursos y Preguntas Frecuentes de Remesas de Pago — Recordatorio

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

## MLN Connects® para el 21 de junio de 2018

*MLN Connects® para el 21 de junio de 2018*

[Vea esta edición como un PDF](#) 

### Noticia y anuncios

- Nuevas Tarjetas de Medicare Pueden Tener Códigos QR
- Monitores Continuos de Glucosa: Cambios Impactando Cobertura de Medicare
- Herramienta de Búsqueda del Programa de Pago de Calidad Actualizada
- Página Web del Programa de Pago de Calidad Incluye Actividades y Medidas de MIPS de 2018
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de Hospicio: Revise sus Datos para el 30 de junio
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de IRF y LTCH: Revise sus Datos para el 1 de julio
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de SNF: Revise sus Datos para el 1 de julio
- CMS Compensa el Programa de Medicaid para Combatir la Crisis de Opioides

### Cumplimiento del proveedor

- Pago por Servicios de Pacientes Ambulatorios Provistos a Beneficiarios Que Son Pacientes Internos de Otros Centros — Recordatorio

### Próximos eventos

- Llamada de Agencias de Salud en el Hogar: Algoritmo de Calificación de Calidad del Cuidado del Paciente — 27 de junio
- Sesión de Escucha acerca de Proveedores y Suplidores de Ambulancia Terrestre: Sistema de Recolección de Datos — 28 de junio

### Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de la Actualización Trimestral de Julio de 2018 a la Tarifa Fija de DMEPOS — Nuevo
- Llamada del Beneficiario Cualificado de Medicare: 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).

## Sistema de pago prospectivo

# CMS publica actualización trimestral al sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10818 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: CR 10818  
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de junio de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4073CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente su actualización trimestral al sistema de pago prospectivo de la enfermedad renal en estado terminal (ESRD PPS), añadiendo dos procedimientos nuevos a los requisitos de facturación consolidada. Este artículo fue revisado el 19 de junio para añadir información acerca a los códigos de ingreso a ser utilizados para reportar el código Q5105 en el tipo de factura 72x para beneficiarios de ESRD. Toda la demás información permanece igual.

### Resumen

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente su actualización trimestral al sistema de pago prospectivo de enfermedad renal en estado terminal (PPS de ESRD), añadiendo dos procedimientos nuevos a los requisitos de facturación consolidada.

El PPS de ESRD provee un solo pago a los centros de ESRD que cubre todos los recursos utilizados para prestar servicios de tratamiento de diálisis a pacientes ambulatorios. Efectivo el 1 de julio, CMS ha añadido los

siguientes códigos nuevos a la lista de artículos y servicios sujetos a los requisitos de facturación consolidada al PPS de ESRD:

- Q5105 – Inyección, epoetin alfa, biosimilar, (Retacrit) 100 unidades (para esrd en diálisis)
- Q5106 – Inyección, epoetin alfa, biosimilar, (Retacrit) (Para uso no-esrd), 1000 unidades

### 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/MM10818.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10818, 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/R4073CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4073, CR 10818

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

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

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10474 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10474  
Fecha de emisión de CR relacionado: 24 de mayo de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4062CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

La petición de cambio (CR) 10474 elimina el código de diagnóstico D68.32, efectivo a partir del 1 de julio. Los proveedores que incluyan el código de diagnóstico D68.32 en reclamaciones de pacientes hospitalizados con fechas de alta después del 1 de julio de 2018 no recibirán el pago complementario. Este artículo fue revisado el 25 de mayo para corregir el código de descripción para la ICD-10-CM D68.32. En el artículo, se corrigió el código de descripción y la fecha de publicación de la CR, el número de

transmisión, y la dirección de la página web para acceder la CR fueron revisados.

### Resumen

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

A partir del 1 de julio de 2018, se da por **terminado** el código de diagnóstico D68.32 (anticuerpo antifosfolípido con trastorno hemorrágico). Por lo tanto, los proveedores que incluyan el código de diagnóstico D68.32 en reclamaciones de pacientes hospitalizados con fechas de

## Actualización de julio de 2018 del sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios

Número de *MLN Matters*®: MM10781 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 10781  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de junio de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R4075CP  
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

La petición de cambio 10781 describe los cambios al sistema de pago prospectivo para pacientes ambulatorios que se implementarán en la actualización de julio de 2018. Además, estos cambios se reflejarán en el editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado de julio de 2018. Este artículo fue revisado el 19 de junio para reflejar una CR actualizada, la cual agrega los nuevos códigos Q5105-Q5106, 0045U-0061U y Q9994. Además, el indicador de estado para J9216 y Q2049 cambia a partir del 1 de julio. La fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la transmisión también cambiaron.

### Resumen

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

CMS incluye los siguientes cambios:

- Nuevos códigos para pruebas clínicas multianalíticas con análisis algorítmicos, efectivo a partir del 1 de abril de 2018
- Cambios de codificación de CPT® de análisis de laboratorio propietario (PLA)
- Cuatro códigos CPT® nuevos de categoría III
- Indicador Bilateral para el Código C9749 de HCPCS
- Agrupación del código CPT® 01402 cuando se reporta con artroplastia total de rodilla (código CPT® 27447)
- Medicamentos, productos biológicos y radiofarmacéuticos
- Reasignación de producto de sustitución de piel

## ACTUALIZACIÓN

De la página 13

alta después del 1 de julio de 2018, no recibirán el pago complementario.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10474.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10474, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros



- de grupo de bajo costo a grupo de alto costo
- Permitir que el Código Q4116 de HCPCS (Otros implantes) se facture con el código de ingresos 0278 (Otros implantes) o el código de ingresos 0636 (Medicamentos que requieren una codificación detallada)
- Determinaciones de cobertura

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10781.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10781, 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/R4075CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4075, CR 10781

*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.*

de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4062CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4062, CR 10474

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

## Hospital

# Especificaciones de julio de 2018 del editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: MM10699 *Revisado*  
Número de petición de cambio relacionado: 10699  
Fecha de emisión de CR relacionado: 15 de junio de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4074CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

*La petición de cambio 10699 proporciona las instrucciones y especificaciones del editor de código integrado para pacientes ambulatorios (I/OCE) para el OCE integrado, que enruta todas las reclamaciones institucionales ambulatorias (incluye reclamaciones hospitalarias que no pertenecen al OPSS) a través de un único OCE integrado. Este artículo fue revisado el 18 de junio para reflejar una CR actualizada, la cual revisa los anexos de la CR. En el artículo "Servicio No pagado por Medicare (modificación 13)" fue añadido en la tabla en la página 3.*

### Resumen

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

julio de 2018 (versión 19.2) se resumen en el artículo, que incluye la implementación de una nueva lógica de programa, modificaciones y modificadores. Las modificaciones retroactivas se indican en la columna "Effective Date" (Fecha de Efectividad). Un resumen completo de los cambios de datos se adjunta a la [petición de cambio](#) (en inglés).

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*<sup>®</sup> es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10699.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10699, 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/R4074CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4074, CR 10699

*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

# Mejoras recientes y próximas en la facturación y el procesamiento de reclamaciones de hospicio

Número de *MLN Matters*<sup>®</sup>: SE18007  
Número de petición de cambio relacionado: N/A  
Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de efectividad: N/A  
Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
Fecha de implementación: N/A

### Resumen

Este artículo de edición especial resume las mejoras que impactan las pantallas de consulta del CWF y DDE. A partir del 2 de julio, cuando un hospicio presente una notificación de elección (TOB 8xA), los sistemas de Medicare crearán un período de elección en los sistemas de Medicare que están separados de cualquier período de beneficios. El artículo proporciona una imagen de cómo se verán los nuevos cambios en la pantalla de consulta.

### 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/SE18007.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*<sup>®</sup> artículo SE18007

*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.*

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

Número de *MLN Matters*®: MM10583 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: 10583  
 Fecha de emisión de CR relacionado: 21 de junio de 2018  
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018  
 Número de transmisión de CR relacionado: R2095OTN  
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

*La petición de cambio 10583 provee información acerca de información de denegación cuando los requisitos para el modificador GT no se cumplen; el modificador GT solo se permite en reclamaciones institucionales facturadas por un hospital de cuidado crítico de método II. Este artículo fue revisado el 21 de junio de 2018, para reflejar una revisión a la CR10583 emitida el 20 de junio. En el artículo, se revisan los criterios que permiten que el modificador GT esté presente en las líneas de reclamación de CAH del Método II. Además, se revisan la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR.*

### 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, o
- Tipo de factura 85x con el código de procedimiento es G0420 o G0421 facturado con el código de ingresos 942



### Información adicional

El enlace al artículo 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/R2095OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2095, CR 10583

*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.*

## Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



## Determinaciones de Cobertura Local

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

### Notificación electrónica

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

### Más información

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

Medical Policy and Procedures  
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**.

**LCDs retiradas**

## Prueba de Células TumORAles Circulantes – LCD retirada de la Parte A y la Parte B

**LCD ID número: L33279 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para prueba de células tumorales circulantes, se determinó que la LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

**Fecha de vigencia**

El retiro de esta LCD es efectivo para los servicios prestados **en o después del 25 de mayo de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de

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

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

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

## Revascularización de extremidades inferiores – LCD retirada de la Parte A y Parte B

**LCD ID número: DL37404 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

El borrador de determinación de cobertura local (LCD) para revascularización de extremidades inferiores está siendo retirado. El borrador de LCD fue publicado para el comentario de 45 días del 18 de mayo de 2017 al 6

de julio de 2017. El contratista quiere agradecer a todos aquellos quienes presentaron comentarios; sin embargo, el contratista ha determinado que la LCD propuesta va a ser reescrita. Por lo tanto, la LCD propuesta está siendo retirada.

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

**Revisión a las LCDs existentes**

## Terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

**LCD ID número L36504 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)**

En base a una correspondencia interna, la determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) se revisó en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de la LCD para eliminar el requisito de supervisión directa de un máximo de cinco (5) minutos de tiempo de respuesta a la cámara, ya que la supervisión directa del médico no está definida en términos de tiempo o distancia por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se eliminó “intestino” de la sección “Condiciones Específicas” de la LCD bajo el número nueve, ya que no es un código de diagnóstico cubierto según la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) para la terapia de oxígeno

hiperbárico (NCD 20.29).

**Fecha de vigencia**

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 31 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>.

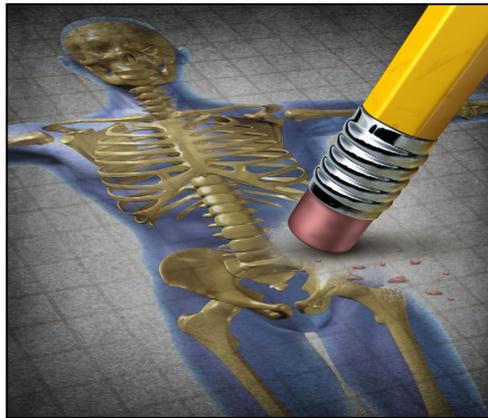
Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

## Bisfosfonatos (Intravenoso [IV]) y Anticuerpos Monoclonales en el Tratamiento de la Osteoporosis y sus Otras Indicaciones – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

En base a una correspondencia externa y múltiples solicitudes de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para bisfosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada para agregar la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) “prevención de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes con mieloma múltiple” a las secciones “Indicación de la FDA para XGEVA®” y “Requerimientos de Documentación” de la LCD. Además, los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM: C90.00, C90.01, C90.02 y M84.50XA - M84.58XS se agregaron a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD en “Códigos del Grupo 4” para el código J0897 (Xgeva®) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y la sección “Limitaciones” de la LCD fue actualizada para incluir una declaración que “Efectivo para las fechas de servicio a partir del 01/04/2018, la FDA ha aprobado denosumab (Xgeva®) para el tratamiento de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes con mieloma múltiple “. Además, la declaración que indica el requerimiento de documentación del nivel de creatinina sérica antes de la administración de Prolia® se eliminó de la sección “Requerimientos de Documentación” de la LCD bajo el subtítulo “Prolia Todos los Pacientes”. Finalmente,



también se actualizó la sección “Fuentes de Información” de la LCD.

### Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la adición de los códigos de la ICD-10-CM, la indicación de la FDA para Xgeva® y fuentes de información es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 21 de junio de 2018**, para las fechas de servicio **en o después del 4 de enero de 2018**.

La revisión relacionada a la eliminación de la declaración que indica el requerimiento de documentación de nivel de creatinina sérica previo a la administración de Prolia® y la adición de fuentes de información es efectiva para los servicios prestados **en o después del 21 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](#).

## Procedimientos de Patología Molecular para la Tipificación de Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA) -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

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

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para procedimientos de patología molecular para la tipificación de antígenos de leucocitos humanos (HLA), se determinó que parte del lenguaje en cursiva en las secciones de “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de algunas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listados en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 22 de mayo de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Programa de hospitalización psiquiátrica parcial – revisión a la LCD de la Parte A

### LCD ID número: L33972 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) del programa de hospitalización psiquiátrica parcial, 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 representa una cita directa 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 el lenguaje del manual de CMS.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 31 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](#).

## Estudios de conducción del nervio y electromiografía – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L34859 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de estudios de conducción del nervio y electromiografía, se determinó que el lenguaje en cursiva 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 Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con el lenguaje del manual de CMS. En adición, la sección “Códigos CPT®/HCPCS” de la LCD fue actualizada para combinar los “Códigos del Grupo 1” y los “Códigos del Grupo 2” para alinearlos con los “Códigos de Grupos” en la sección de los “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD. La fecha de efectividad de esta revisión está basada en una fecha de procesamiento.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada para asegurar

consistencia con el lenguaje del manual de CMS es efectiva para servicios prestados **en o después del 31 de mayo de 2018**.

La revisión de la LCD relacionada al alineamiento de los “Grupos de Códigos” es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 31 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](#).

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

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

En base a una solicitud de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD), la LCD de escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) fue revisada en la sección de “Bibliografía” de la LCD para incluir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha cambiado en respuesta a la solicitud de reconsideración.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados

**en o después del 31 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](#).

## Fulvestrant (Faslodex) -- revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L33998 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una solicitud de reconsideración para la determinación de cobertura local (LCD) de fulvestrant (Faslodex), la sección "Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica" de la LCD fue revisada para agregar las indicaciones para neoplasmas uterinos, carcinoma endometrial y leiomiomas uterino. Además, los códigos de diagnóstico C54.0-C54.9 y C55 de la ICD-10-CM fueron agregados a la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para el código J9395 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). También, se actualizó la sección "Fuentes de Información y Bases para la Decisión" de la LCD.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 14 de junio de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 1 de agosto de 2016**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Gemcitabine (Gemzar) – revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L33726 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una solicitud de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) para gemcitabine (Gemzar), se revisó la sección "Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica" de la LCD para agregar la indicación de cáncer de hueso: osteosarcoma. Además, los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM: C40.01, C40.02, C40.11, C40.12, C40.21, C40.22, C40.31, C40.32, C40.81, C40.82, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3 y C41.4 se agregaron a la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para el código J9201 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Además, se actualizó la sección "Fuentes de Información" de la LCD.

### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 14 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](#).

### Manténgase informado: Suscríbese a eNews

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



## 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

#### Recaudó 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 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

#### 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)

ASC

## Actualización de julio al sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*®: MM10788  
Número de petición de cambio relacionado: 10788  
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de junio de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4067CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

### Resumen

La petición de cambio 10788 detalla cambios a las instrucciones de facturación para varias políticas de pago implementadas en la actualización de julio de 2018 al sistema de pago de centros de cirugía ambulatoria (ASC).

Muchas tasas de pago de ASC bajo el sistema de pago de ASC son establecidas utilizando información de la tasa de pago del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS). Los archivos de pago asociados con esta transmisión reflejan los cambios más recientes al pago de 2018 de MPFS, efectivo el 1 de julio de 2018. La CR 10788 no está emitiendo un archivo "Par de Código de No ASC".

Los cambios clave programados con esta actualización incluyen:

- Indicador bilateral para el código de procedimiento C9749
- Medicamentos, productos biológicos, y radiofarmacéuticos

- Código CPT® 0508T de Categoría III, efectivo a partir del 1 de julio de 2018
- Reasignación del producto sustitutivo de la piel del grupo de bajo costo al grupo de alto costo
- Determinaciones de cobertura

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10788.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10788, 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/R4067CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4067, CR 10788

*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

## Nuevo código Q para cartucho en línea que contiene enzimas digestivas

Número de *MLN Matters*®: MM10626  
Número de petición de cambio relacionado: 10626  
Fecha de emisión de CR relacionado: 1 de junio de 2018  
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018  
Número de transmisión de CR relacionado: R4063CP  
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

### Resumen

Con la petición de cambio (CR) 10626, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid están instruyendo que todos los contratistas administrativos de Medicare agreguen el nuevo código Q9994 del Healthcare Common Procedure System (HCPCS) a su sistema para su procesamiento. Los descriptores para este código son los siguientes:

**Descripción Larga:** Cartucho en línea que contiene enzimas digestivas para alimentación enteral, cada uno  
**Descripción Corta:** Cartucho enzim línea enteral

**Nota:** La jurisdicción de facturación para este código será de MAC de equipo médico duradero (DME MAC).

### 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/MM10626.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10626, 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/R4063CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4063, CR 10626

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

## Servicios quiroprácticos

# Cobertura de Medicare para los servicios quiroprácticos – requisitos de documentación para las visitas

Número de *MLN Matters*®: SE1601 *Revisado*  
 Número de petición de cambio relacionado: N/A  
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de efectividad: N/A  
 Número de transmisión de CR relacionado: N/A  
 Fecha de implementación: N/A

*Este artículo le ayudará a clarificar las políticas de Medicare acerca de cobertura de los servicios quiroprácticos para los beneficiarios de Medicare y los requisitos de documentación para la visita inicial y las visitas subsiguientes al quiropráctico. Este artículo fue revisado el 18 de junio para eliminar la palabra “siempre” de la línea del ítem 5 (Plan de Tratamiento) en la página 5. Todo el resto de la información permanece igual.*

### Resumen

El programa de pruebas integrales de tasas de error (CERT) anteriormente ha informado una tasa de error tan alta como un 54 por ciento para los servicios quiroprácticos. La mayoría de tales errores fueron debido a documentación insuficiente u otros errores de documentación.

Este artículo ayuda a clarificar la política de Medicare

sobre la cobertura de Medicare de los servicios quiroprácticos para los beneficiarios de Medicare y los requisitos de documentación para la visita inicial y las visitas subsiguientes al quiropráctico.



**Recordatorio:** First Coast Service Options proporciona una *lista de cotejo* para ayudar a responder a las solicitudes de documentación de registro médico.

### Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/se1601.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE1601

*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.*

## Pautas de presentación de reclamación

# Nueva modificación de la Parte B para la duplicación de los códigos de diagnóstico en las reclamaciones impresas

Medicare está implementando cambios en los sistemas para asegurar que todas las reclamaciones 837 de coordinación de beneficios/transferencia de Medicare de la Parte B no incluyan códigos de diagnóstico duplicados. Proveedores de la Parte B:

A partir del 2 de julio de 2018, las reclamaciones impresas CMS-1500 no deben incluir el mismo código de

diagnóstico dos veces en el ítem 21, o su contratista administrativo de Medicare devolverá estas reclamaciones como no procesables con el código de denegación de ajuste de reclamación 16, código de observación de remesas de pago (RARC) M76, y alerta RARC N211.

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

## Determinaciones de Cobertura Local

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

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

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

### Fechas de vigencia y notificación

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

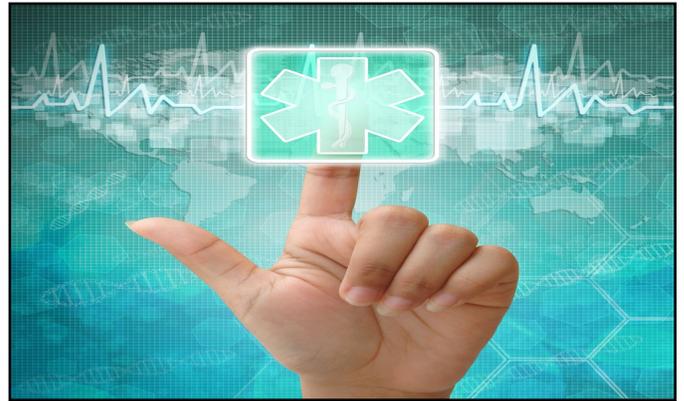
### Notificación electrónica

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

### Más información

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

Medical Policy and Procedures  
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**.

## LCDs retiradas

### Prueba de Células TumORAles Circulantes – LCD retirada de la Parte A y la Parte B

#### LCD ID número: L33279 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para prueba de células tumorales circulantes, se determinó que la LCD ya no es necesaria y, por lo tanto, está siendo retirada.

#### Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD es efectivo para los servicios prestados **en o después del 25 de mayo de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de

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

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

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

### Revascularización de extremidades inferiores – LCD retirada de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número: DL37404 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El borrador de determinación de cobertura local (LCD) para revascularización de extremidades inferiores está siendo retirado. El borrador de LCD fue publicado para el comentario de 45 días del 18 de mayo de 2017 al 6

de julio de 2017. El contratista quiere agradecer a todos aquellos quienes presentaron comentarios; sin embargo, el contratista ha determinado que la LCD propuesta va a ser reescrita. Por lo tanto, la LCD propuesta está siendo retirada.

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

## Revisión a las LCDs existentes

### Terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

#### LCD ID número L36504 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una correspondencia interna, la determinación de cobertura local (LCD) para la terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) se revisó en la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de la LCD para eliminar el requisito de supervisión directa de un máximo de cinco (5) minutos de tiempo de respuesta a la cámara, ya que la supervisión directa del médico no está definida en términos de tiempo o distancia por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, se eliminó “intestino” de la sección “Condiciones Específicas” de la LCD bajo el número nueve, ya que no es un código de diagnóstico cubierto según la Determinación de Cobertura Nacional (NCD) para la terapia de oxígeno

hiperbárico (NCD 20.29).

#### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 31 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](#).

## Bisfosfonatos (Intravenoso [IV]) y Anticuerpos Monoclonales en el Tratamiento de la Osteoporosis y sus Otras Indicaciones – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

En base a una correspondencia externa y múltiples solicitudes de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para bisfosfonatos (intravenoso [IV]) y anticuerpos monoclonales en el tratamiento de la osteoporosis y sus otras indicaciones fue revisada para agregar la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) “prevención de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes con mieloma múltiple” a las secciones “Indicación de la FDA para XGEVA®” y “Requerimientos de Documentación” de la LCD. Además, los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM: C90.00, C90.01, C90.02 y M84.50XA - M84.58XS se agregaron a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD en “Códigos del Grupo 4” para el código J0897 (Xgeva®) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) y la sección “Limitaciones” de la LCD fue actualizada para incluir una declaración que “Efectivo para las fechas de servicio a partir del 01/04/2018, la FDA ha aprobado denosumab (Xgeva®) para el tratamiento de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes con mieloma múltiple “. Además, la declaración que indica el requerimiento de documentación del nivel de creatinina sérica antes de la administración de Prolia® se eliminó de la sección “Requerimientos de Documentación” de la LCD bajo el subtítulo “Prolia Todos los Pacientes”. Finalmente,



también se actualizó la sección “Fuentes de Información” de la LCD.

### Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la adición de los códigos de la ICD-10-CM, la indicación de la FDA para Xgeva® y fuentes de información es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 21 de junio de 2018**, para las fechas de servicio **en o después del 4 de enero de 2018**.

La revisión relacionada a la eliminación de la declaración que indica el requerimiento de documentación de nivel de creatinina sérica previo a la administración de Prolia® y la adición de fuentes de información es efectiva para los servicios prestados **en o después del 21 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](#).

## Procedimientos de Patología Molecular para la Tipificación de Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA) -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

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

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) para procedimientos de patología molecular para la tipificación de antígenos de leucocitos humanos (HLA), se determinó que parte del lenguaje en cursiva en las secciones de “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de la LCD no representan citas directas de algunas de las fuentes de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) listados en la LCD; por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con las fuentes de CMS.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 22 de mayo de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Fulvestrant (Faslodex) -- revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L33998 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una solicitud de reconsideración para la determinación de cobertura local (LCD) de fulvestrant (Faslodex), la sección "Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica" de la LCD fue revisada para agregar las indicaciones para neoplasmas uterinos, carcinoma endometrial y leiomiomas uterino. Además, los códigos de diagnóstico C54.0-C54.9 y C55 de la ICD-10-CM fueron agregados a la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para el código J9395 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). También, se actualizó la sección "Fuentes de Información y Bases para la Decisión" de la LCD.

### Fecha de vigencia

La revisión de esta LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 14 de junio de 2018**, para los servicios prestados **en o después del 1 de agosto de 2016**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

## Gemcitabine (Gemzar) – revisión a la LCD de la Parte A y B

### LCD ID número: L33726 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una solicitud de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) para gemcitabine (Gemzar), se revisó la sección "Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica" de la LCD para agregar la indicación de cáncer de hueso: osteosarcoma. Además, los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM: C40.01, C40.02, C40.11, C40.12, C40.21, C40.22, C40.31, C40.32, C40.81, C40.82, C41.0, C41.1, C41.2, C41.3 y C41.4 se agregaron a la sección "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD para el código J9201 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). Además, se actualizó la sección "Fuentes de Información" de la LCD.

### Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 14 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](#).

## Estudios de conducción del nervio y electromiografía – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

### LCD ID número: L34859 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de estudios de conducción del nervio y electromiografía, se determinó que el lenguaje en cursiva 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 Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). Por lo tanto, esta LCD está siendo revisada para asegurar consistencia con el lenguaje del manual de CMS. En adición, la sección "Códigos CPT®/HCPCS" de la LCD fue actualizada para combinar los "Códigos del Grupo 1" y los "Códigos del Grupo 2" para alinearlos con los "Códigos de Grupos" en la sección de los "Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica" de la LCD. La fecha de efectividad de esta revisión está basada en una fecha de procesamiento.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD relacionada para asegurar consistencia con el lenguaje del manual de CMS es efectiva para servicios prestados **en o después del 31 de mayo de 2018**.

La revisión de la LCD relacionada al alineamiento de los "Grupos de Códigos" es efectiva para reclamaciones procesadas **en o después del 31 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](#).

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

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

En base a una solicitud de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD), la LCD de escaneo de imágenes computarizadas de diagnóstico oftálmico (SCODI) fue revisada en la sección de “Bibliografía” de la LCD para incluir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha cambiado en respuesta a la solicitud de reconsideración.

### Fecha de vigencia

La revisión de la LCD es efectiva para servicios prestados **en o después del 31 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](#).

## 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 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

### 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 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

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

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

## Números de teléfono

### Servicio al cliente

866-454-9007

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

### Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

### Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

### Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

### Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

### Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

### Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

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

## Direcciones

### Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

### Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

### Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

### Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

### Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

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

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

### Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

### Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

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

### MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

### Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

### Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

### Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

### Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

### Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

### Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

## Sitios web

### Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

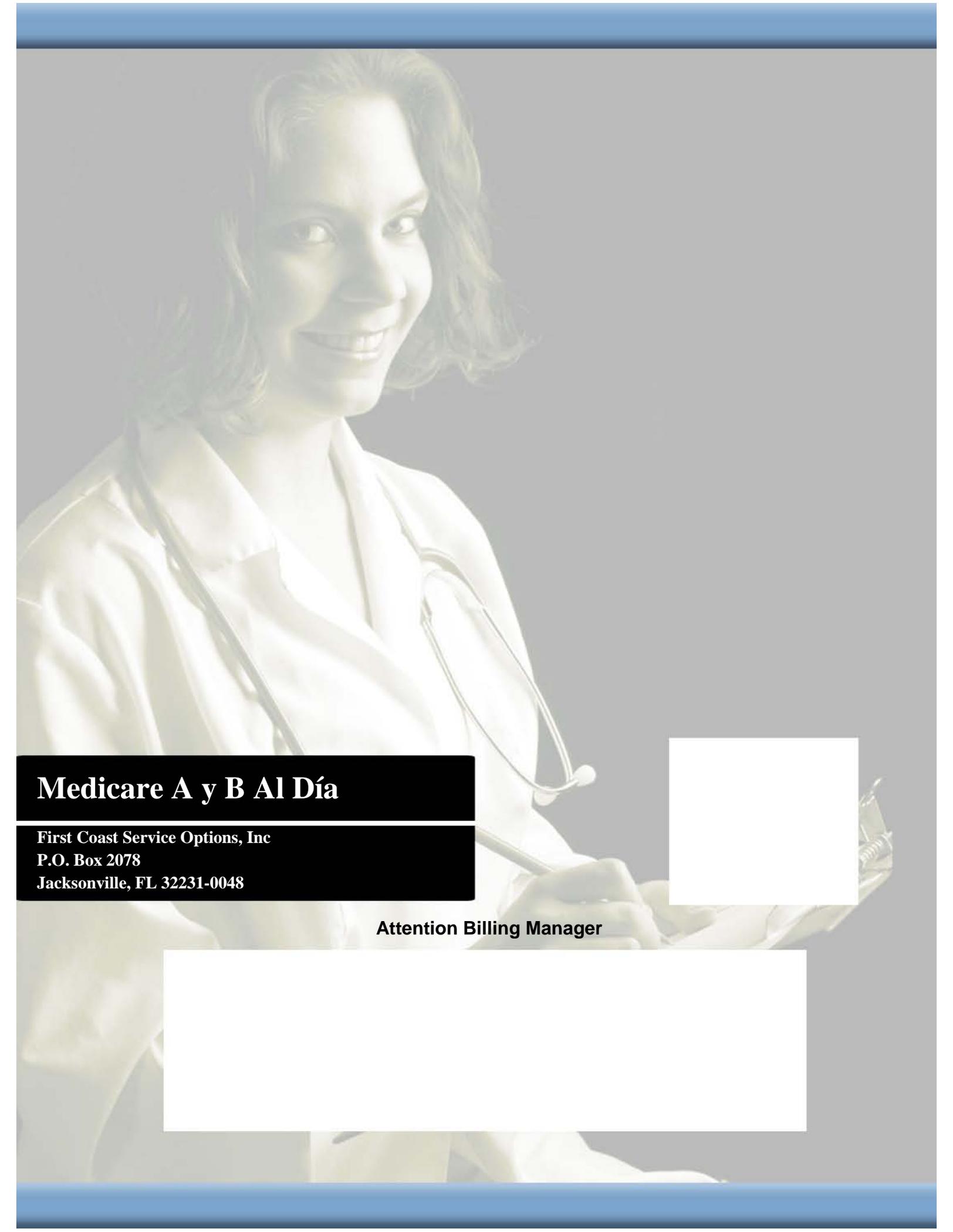
First Coast University

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

### Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



**Medicare A y B Al Día**

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

**Attention Billing Manager**