

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Julio 2018



En esta edición

Nuevo identificador del beneficiario de Medicare -- obténgalo, úselo	5
Revisiones a los requisitos de facturación de tele salud para centros de servicios distantes	17
Proteína c-reactiva de alta sensibilidad (hsCRP) -- revisión a la LCD de la Parte B.....	26

MLN Connects® -- Edición Especial para el 12 de julio de 2018

CMS Propone Cambios Históricos para Modernizar Medicare y Restaurar la Relación Médico-Paciente

Los cambios propuestos al Manual de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos y Profesionales de la Salud y al Programa de Pago de Calidad simplificarían la facturación de los médicos y ampliarían el acceso a la atención de alta calidad.

El 12 de julio, CMS propuso cambios históricos que aumentarían la cantidad de tiempo que los doctores y otros médicos pueden dedicar a sus pacientes al reducir la carga de papeleo que los médicos enfrentan al facturar a Medicare. Los reglamentos propuestos mejorarían fundamentalmente el sistema de atención médica del país y ayudarían a restablecer la relación médico-paciente al facultar a los médicos a utilizar sus Registros Electrónicos de Salud (EHRs) para documentar información clínicamente significativa, en lugar de información que es solo para fines de facturación.

“Las reformas de hoy propuestas por CMS nos acercan un paso más a un sistema moderno de atención médica que brinda una mejor atención a los estadounidenses

a un costo menor”, dijo el secretario del HHS, Alex Azar. “Tal sistema requiere empoderar a los pacientes estadounidenses dándoles transparencia y control de precios y calidad sobre sus propios registros de salud interoperables, objetivos respaldados por las propuestas de CMS. Estas propuestas también impulsarán el exitoso programa de Medicare Advantage y lograrán un retroceso regulatorio histórico para ayudar a los médicos a poner a los pacientes por encima del papeleo. Además, las reformas propuestas de hoy sobre cómo CMS paga los medicamentos, demuestran el compromiso del HHS para implementar el plan del presidente Trump para reducir los precios de los medicamentos. Las ambiciosas reformas propuestas por CMS en virtud de la Administradora Verma, ayudarán a cumplir con dos prioridades del HHS: crear un sistema de atención médica basado en el valor para el siglo XXI y hacer que los medicamentos recetados sean más asequibles”.

“Las propuestas de hoy cumplen con la promesa de poner a los pacientes por sobre el papeleo al permitirles a los médicos pasar más tiempo con sus pacientes”, dijo la Administradora de CMS, Seema Verma. “Los médicos nos dicen que continúan luchando con los excesivos

Ver **MLN**, en la página 12



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Tabla de contenido

Partes A y B

MLN Connects® -- Edición Especial para el 12 de julio de 2018.....1

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual.....3

Prohibido facturar el saldo a beneficiarios cualificados de Medicare.....3

Modelo de atención médica completa de ESRD (CEC) de telesalud -- implementación.....4

Tarifas

Actualización de julio de 2018 de cambios de códigos medicamentos y productos biológicos.....4

SPOT

Nuevo identificador del beneficiario de Medicare -- obténgalo, úselo.....5

Inscripción de proveedores

Nuevo código de especialidad médica para medicina subacuática e hiperbárica.....6

E/M

Revisión médica de documentación de evaluación y manejo.....6

Recursos educativos

Calendario de eventos.....7

MLN Connects® -- Edición Especial para el 25 de junio de 2018.....8

MLN Connects® para el 28 de junio de 2018.....8

MLN Connects® -- Edición Especial para el 2 de julio de 2018.....9

MLN Connects® para el 5 de julio de 2018.....10

MLN Connects® -- Edición Especial para el 11 de julio de 2018.....10

MLN Connects® para el 12 de julio de 2018.....11

MLN Connects® para el 19 de julio de 2018.....14

Parte A

Problemas de procesamiento

Suspensión temporal de las modificaciones del IOCE: W7020, W7040, W7106, W7107 y W7108 para reclamaciones de CAH.....15

Hospital

Días quirúrgicos globales para hospital de cuidado crítico de método II.....15

PPS

CMS actualiza el pricer del sistema de pago prospectivo de centro de enfermería especializada de Medicare del 2019.....16

Facturación

Revisiones a los requisitos de facturación de telesalud para servicios de centros distantes.....17

LCDs de Parte A.....18

LCDs retiradas

Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia -- LCD retirada de la Parte A y Parte B.....19

Revisión a las LCDs existentes

Panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama -- revisión del artículo de "pautas de codificación" de la Parte A y Parte B.....19

Estimulación magnética transcraneal para el trastorno depresivo mayor -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....19

Anticuerpo de superficie de la hepatitis B y antígeno de superficie -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....20

Servicios no cubiertos -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....20

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 B.....20

Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....21

Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....21

Contactos de Parte A.....22

Parte B

ASC

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

Facturación

Actualización trimestral a las modificaciones de procedimiento a procedimiento (PTP) de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI) versión 24.3.....23

LCDs de Parte B.....24

LCDs retiradas

Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia -- LCD retirada de la Parte A y Parte B.....25

Trabeculoplastia láser -- artículo de (pautas de codificación) retirado de la Parte B.....25

Revisión a las LCDs existentes

Panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama -- revisión del artículo de "pautas de codificación" de la Parte A y Parte B.....25

Proteína c-reactiva de alta sensibilidad (hsCRP) -- revisión a la LCD de la Parte B.....26

Estimulación magnética transcraneal para el trastorno depresivo mayor -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....26

Anticuerpo de superficie de la hepatitis B y antígeno de superficie -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....26

Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....27

Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B.....27

Servicios no cubiertos -- revisión a la LCD de la Parte A y Parte B.....28

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 B.....28

Información de contacto Puerto Rico.....29

Información de contacto Florida.....30

Información de contacto USVI.....31

Medicare A y B Al Día

Publications staff

Maria Murdoch
Marielba Cancel
Terri Drury
Mark Willett
Robert Petty

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

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

Medicare Publications
1-904-361-0723

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

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

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

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

Facturación

Revisión de la tasa de interés de pago puntual

Medicare debe pagar interés sobre las reclamaciones limpias si no se efectúa el pago dentro de los días calendario aplicables después de la fecha de recibo. El número de días aplicables también se conoce como límite máximo para el pago.

La tasa de interés está determinada por la tasa aplicable en el día de pago. El Departamento del Tesoro determina esta tasa cada seis meses, con vigencia a partir de cada 1 de enero y 1 de julio. Los proveedores pueden acceder a la página web del Departamento del Tesoro en <https://www.fiscal.treasury.gov/fservices/gov/pmt/promptPayment/rates.htm> (en inglés) para obtener la tasa correcta.

El período de intereses comienza el día posterior al vencimiento del pago y finaliza el día del pago.

La nueva tasa de 3.500 por ciento está en efecto hasta el 18 de diciembre de 2018.

No se pagan intereses sobre:

- Reclamaciones que requieren investigación externa o desarrollo por parte del contratista de Medicare
- Reclamaciones en las que no se adeuda ningún pago
- Reclamaciones denegadas por completo
- Reclamaciones por las cuales el proveedor reciba un pago periódico provisional
- Reclamaciones que soliciten pagos anticipados en virtud del sistema de pagos prospectivos para los servicios de salud en el hogar

Nota: El contratista de Medicare informa el monto de los intereses de cada reclamación en la remesa de pago al proveedor cuando se aplican los pagos de intereses.

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

Prohibido facturar el saldo a beneficiarios cualificados de Medicare

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

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Este artículo fue revisado el 26 de junio para aclarar la descripción del programa de QMB. También agrega que a partir de julio de 2018 la notificación de resumen de Medicare es otra forma para que los proveedores verifiquen el estado de QMB de beneficiarios para las reclamaciones de tarifa por servicio (FFS) de Medicare. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare quienes ofrecen servicios y suministros a los beneficiarios cualificados de Medicare (QMB) no pueden facturar a los QMB por el costo compartido de Medicare. Esto incluye deducible, coaseguro y copagos, conocidos como "balance billing". La sección 1902(n)(3)(B) del Social Security Act, según lo modificado por la sección 4714 del Balanced Budget Act de 1997, prohíbe a los proveedores de Medicare facturar el saldo a los QMB por el costo compartido de Medicare. Los QMB no tienen obligación legal para hacer pago adicional a un proveedor o al plan de salud administrado por Medicare por el costo compartido de Parte A o Parte B. **Los proveedores**



que facturen inapropiadamente a los QMB por el costo compartido de Medicare están sujetos a sanciones.

Información adicional

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

Edición especial de CMS *MLN Matters*[®] artículo (en inglés) SE1128

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

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM10314 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10314
 Fecha de emisión de CR relacionado: 27 de junio de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R198DEMO
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

La petición de cambio 10314 proporciona los detalles y los beneficios de este nuevo modelo, que está diseñado para mejorar la atención médica a los beneficiarios con enfermedad renal en estado terminal (ESRD). Este artículo fue revisado el 28 de junio para reflejar una revisión a la CR 10314 emitida el 27 de junio. En el artículo, se revisaron la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

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

Este modelo alienta a los proveedores de diálisis a pensar más allá de sus roles tradicionales en

la prestación de atención médica y los apoya, ya que brindan atención centrada en el paciente que atenderá las necesidades de salud de los beneficiarios, tanto dentro como fuera de la clínica de diálisis.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10314.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10314, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R198DEMO.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-19, Transmittal 198, CR 10314

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

Tarifas

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

Número de *MLN Matters*[®]: MM10624 *Revisado*
 Número de petición de cambio relacionado: 10624
 Fecha de emisión de CR relacionado: 5 de julio de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R4083CP
 Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

La petición de cambio (CR) 10624 añade códigos nuevos Q9991, Q9992, Q9993, y Q9995, los cuales son todos pagaderos por Medicare. Este artículo fue revisado el 6 de julio para reflejar una revisión a la CR emitida el 5 de julio. El artículo fue revisado para mostrar que el tipo de código de servicio para el código 90739 de CPT[®] permanece como V. También, se revisó la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y la dirección web de la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

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

- Q9991: Iny buprenorfina (Sublocade)
- Q9992: Iny buprenorfina (Sublocade)
- Q9993: Iny acetónido triamcinolona

- Q9995: Inyección, emicizumab-kxwh
- Q5105: Iny epoetina Retacrit 100uni
- Q5106: Iny epoetina Retacrit 1000 u

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/MM10624.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10624, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R4083CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4083, CR 10624

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

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 25 de junio para proporcionar información adicional acerca de las formas en las que su personal puede obtener MBIs (página 1). Este artículo fue revisado en julio para proporcionar información adicional acerca de que el formato del MBI no utiliza las letras S, L, O, I, B y Z (página 2). 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 (en inglés) 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.



Inscripción de proveedores

Nuevo código de especialidad médica para medicina subacuática e hiperbárica

Número de *MLN Matters*®: MM10666
 Número de petición de cambio relacionado: 10666
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de julio de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de enero de 2019
 Número de transmisión de CR relacionado: R4087CP y R306FM
 Fecha de implementación: 7 de enero de 2019

Resumen

Los códigos de especialidad médica de Medicare describen los tipos específicos/únicos de medicina que los médicos (y otros ciertos suplidores) practican. Los códigos de especialidad son utilizados para propósitos programáticos y de procesamiento de reclamaciones.

La petición de cambio 10666 ha establecido un nuevo código de especialidad médica para medicina subacuática e hiperbárica, el cual es D4.

Las solicitudes en papel CMS-855I y CMS-855O serán actualizadas para reflejar la nueva especialidad médica en el futuro.

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/MM10666.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10666, 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/R4087CP.pdf> y <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R306FM.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04 y 100-06, Transmittal 4087 y 306, CR 10666

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

E/M

Revisión médica de documentación de evaluación y manejo

Número de *MLN Matters*®: MM10627
 Número de petición de cambio relacionado: 10627
 Fecha de emisión de CR relacionado: 13 de julio de 2018
 Fecha de efectividad: 14 de agosto de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R808PI
 Fecha de implementación: 14 de agosto de 2018

Resumen

La petición de cambio (CR) 10627 provee directrices a los contratistas de revisión médica de Medicare acerca de cómo revisar reclamaciones en donde un estudiante de medicina documentó el servicio de evaluación y manejo (E/M).

Estas son unas instrucciones de seguimiento a la CR 10412, la cual le permite a los maestros de medicina verificar las notas de visita de un estudiante de E/M en vez de volver a documentarlas.

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/MM10627.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10627, 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/R808PI.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-08, Transmittal 808, CR 10627

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Agosto de 2018

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

Cuando: 9 de agosto de 2018

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

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: español

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

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0410966.asp>

Referidos de salud en el hogar y requisitos de documentación clínica - Un webinar de colaboración de MAC de la Parte B y Salud en el Hogar y Hospicio

Cuando: 15 de agosto de 2018

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

Tipo: *Webcast*

Idioma en que se ofrece el evento: inglés

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

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0412164.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® -- Edición Especial para el 25 de junio de 2018

Actualización de Envío por Correo de la Nueva Tarjeta de Medicare: Comienza el Grupo 3, Finaliza el Grupo 1

Comenzamos a enviar nuevas tarjetas de Medicare a personas con Medicare que viven en estados de Grupo 3: Arkansas, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Minnesota, Nebraska, Dakota del Norte, Oklahoma, Dakota del Sur y Wisconsin. Seguimos enviando nuevas tarjetas a personas que viven en estados y territorios del Grupo 2 (Alaska, Samoa Americana, California, Guam, Hawái, Islas Marianas del Norte, Oregón), así como a personas de todo el país que son nuevas en Medicare.

Terminamos de enviar la mayoría de las tarjetas a las personas con Medicare que viven en los estados del Grupo 1: Delaware, Distrito de Columbia, Maryland, Pensilvania, Virginia y Virginia Occidental. Si alguien con Medicare dice que no recibió una tarjeta:

Imprima y deles el volante “¿Aún está esperando su nueva tarjeta?” (en [Inglés](#) o [Español](#)).

- dígales que llamen al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Puede que haya algo que necesite ser corregido, como actualizar su dirección postal.

Todas las herramientas de búsqueda del Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) del portal seguro del Contratista Administrativo de Medicare (MAC) están listas para su uso. Si aún no tiene acceso, [regístrese](#) (en inglés) al portal de su MAC para utilizar la herramienta. Una vez que le enviamos por correo la nueva tarjeta de Medicare con el MBI a su paciente, puede buscar los MBIs para sus pacientes de Medicare cuando ellos no lo den o no

puedan darlo. Si la herramienta indica que la tarjeta no se ha enviado por correo a su paciente de Medicare que vive en una ubicación geográfica donde el envío de la tarjeta ha finalizado, informe a su paciente que llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227).

Para garantizar que las personas con Medicare continúen recibiendo servicios de atención médica, continúe utilizando el Número de Seguro de Salud del Beneficiario (HICN) hasta el 31 de diciembre de 2019 o hasta que su paciente presente su nueva tarjeta con el nuevo número.

Vea este [sitio web](#) (en inglés) a medida que los envíos por correo avanzan. Continúe enviando a las personas con Medicare a [Medicare.gov/NewCard](#) (en inglés) para obtener información acerca de los envíos y para inscribirse para recibir correos electrónicos sobre el estado de los envíos de tarjetas en su estado.

Nos comprometemos a enviar nuevas tarjetas a todas las personas con Medicare para abril de 2019.

Información (en inglés) acerca de la transición al nuevo Identificador de Beneficiario de Medicare:

- Artículo de MLN Matters® [Nuevo MBI: Obténgalo, Úselo](#) (Actualizado el 6/25/18)
- Hoja Informativa acerca de [Transición a Nuevos Números y Tarjetas de Medicare](#)
- Sitio web de [información de la Nueva Tarjeta de Medicare](#)

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

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

MLN Connects® para el 28 de junio de 2018

[MLN Connects® para el 28 de junio de 2018](#)

[Vea esta edición como un PDF](#)

Noticias y anuncios

- Nueva Tarjeta de Medicare: Utilice el MBI como HICN
- La Biblioteca de Elementos de Datos de CMS Admite la Interoperabilidad
- RFI de Ley de Autoreferencia de Médico: Envíe Comentarios antes del 24 de agosto
- Información de Beneficiario Cualificado de Medicare sobre Ras y MSNs
- Excepción de Fecha de Servicio de Laboratorio — Recordatorio
- Recursos de Cumplimiento de Simplificación Administrativa

- Estadísticas del Programa de CMS de 2016
- Orgullo de Poner Primero a los Pacientes
- Respuesta del Sistema de Atención Médica a los Tiroteos Masivos

Cumplimiento del proveedor

- Programa de Pruebas Integrales de Tasas de Error: Reparación Artroscópica del Manguito de los Rotadores

Reclamaciones, precios y códigos

- Nueva Modificación de la Parte B para la Duplicación de los Códigos de Diagnóstico en Reclamaciones Impresas

Próximos eventos

- Grupo de Enfoque de Cumplimiento del Proveedor — 13 de julio

Ver **MLN**, en la página 9

MLN Connects® -- Edición Especial para el 2 de julio de 2018

CMS Toma Acción para Modernizar la Salud en el Hogar

El 2 de julio, CMS propuso cambios significativos al Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Salud en el Hogar para fortalecer y modernizar a Medicare, añadir valor, y enfocarse en las necesidades del paciente individual en vez de volumen de cuidado. Específicamente, CMS está proponiendo cambios para mejorar el acceso a soluciones a través de tecnología de monitoreo remoto de pacientes, y actualizar el modelo de pago para el cuidado de la salud en el hogar.

“Las propuestas de hoy día le darían a los doctores más tiempo para atender a sus pacientes, permitirle a las agencias de salud en el hogar que aprovechen la innovación y generen mejores resultados para los pacientes,” expresó Seema Verma, Administradora de CMS. “El rediseño del sistema de pago de salud en el hogar estimula el valor sobre el volumen y elimina incentivos para proveer cuidado innecesario.”

Los cambios propuestos por CMS promueven la innovación para modernizar la salud en el hogar al permitir que el costo del monitoreo remoto del paciente sea reportado por agencias de salud en el hogar como costos permitidos en el formulario de reporte de costos de Medicare. Se espera que esto ayude a fomentar la adopción de tecnologías emergentes por agencias de salud en el hogar y que resulten en planificación de cuidado más efectiva, según los datos son compartidos entre los pacientes, sus cuidadores, y sus proveedores. Apoyar a pacientes en compartir estos datos avanzará la iniciativa de MyHealthEData de la Administración.

Según requerido por la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018, este reglamento propuesto también implementará un Modelo de Agrupaciones Generadas por el Paciente (PDGM) para pagos de salud en el hogar. El reglamento propuesto también incluye información de la implementación de pagos transicionales temporales de terapia de infusión en el hogar según requerido por la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018. Además, el reglamento propuesto solicita comentarios de elementos de la nueva categoría del beneficio de terapia de infusión en el hogar y propone estándares para suplidores de terapia de infusión en el hogar y organizaciones acreditadoras de estos suplidores

según requerido por la 21st Century Cures Act.

Los médicos que ordenan servicios de salud en el hogar para sus pacientes también verían la carga administrativa reducida bajo este reglamento. CMS está proponiendo eliminar el requisito de que el médico que certifica estima cuánto más tiempo se necesitarían los servicios especializados cuando se recertifica la necesidad de continuar el cuidado de la salud en el hogar, ya que esta información ya está recopilada en el plan de cuidado del paciente.

El reglamento propuesto avanza la Iniciativa de Medidas Significativas de la Administración de Trump. CMS está proponiendo cambios al Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar (QRP de HH). El impacto de costo relacionado a procesos de recopilación de datos actualizados como resultado de la implementación propuesta por el PDGM y cambios propuestos al QRP de HH se estima que resulten en \$60 millones netos en ahorros de costos anuales para Agencias de Salud en el Hogar (HHAs), o \$5,150 en ahorros de costos anuales por HHA, comenzando en el CY 2020.

En el reglamento propuesto, CMS está publicando una Petición de Información para recibir retroalimentación continua en el programa de Medicare y la interoperabilidad. CMS está recopilando retroalimentación de los accionistas en la revisión de los estándares de salud del paciente y la seguridad, que son requeridos para que los proveedores y suplidores participen en los programas de Medicare y Medicaid para avanzar aún más el intercambio electrónico de información que apoya transiciones de cuidado seguras y efectivas entre hospitales y proveedores de la comunidad.

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#)
- [Hoja Informativa](#)
- [Página web de PPS de Salud en el Hogar](#)
- [Página web de Centro HHA](#)
- [Página web de Modelo de Agrupaciones Generadas por el Paciente](#)
- [Página web de Requisitos de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar](#)

Vea el texto completo de este extracto en el [Comunicado de Prensa](#) (emitido el 2 de julio).

MLN

De la página 8

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Hoja Informativa acerca de Facturación de Medicare para Créditos de Dispositivos Cardíacos — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de MBI: Obtégalo, Úselo — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca de Cobertura de Medicare para Servicios Quiroprácticos — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca Actualización Trimestral del PPS de ESRD — Revisado

- Artículo de MLN Matters acerca de la Especificación del I/OCE Versión 19.2: Julio de 2018 — Revisado
- Artículo de MLN Matters acerca del OPPTS de Hospital: Actualización de Julio de 2018 — Revisado
- Artículo de MLN Matters de los Requisitos de Facturación de Telesalud para Servicios de Centros Distantes — Revisado
- Folleto de Preguntas Frecuentes del Sistema de Manejo de Aprendizaje de MLN — 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 5 de julio de 2018

MLN Connects® para el 5 de julio de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Nuevas Tarjetas de Medicare: Cambios al MBI
- Revisión Enfocada de Ajuste de Pago de MIPS: Solicite para el 30 de septiembre
- Datos Financieros del Programa de Pagos Abiertos de 2017
- Excepción de Fecha de Servicio de Laboratorio
- Información del Beneficiario Cualificado de Medicare acerca de RAs y MSNs

Cumplimiento del proveedor

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

Reclamaciones, precios y códigos

- Reclamaciones Rechazadas por Servicios de Programas de Prevención de la Diabetes de Medicare
- Errores de Reclamaciones de ESRD: Ajuste de Pago Complementario de Ajuste Transitorio de Medicamento

Próximos eventos

- Webinar acerca de la Biblioteca de Elementos de Datos de CMS — 11 de julio
- Webinar acerca del Reporte Público de Comparación de Médicos — 24 o 26 de julio

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters de la Actualización Trimestral de las Modificaciones PTP de NCCI, Versión 24.3 — Nuevo
- Llamada del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Llamada de la Ley IMPACT: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Prohibido Facturar a Individuos con Doble Elegibilidad Inscritos en el Programa QMB — Revisado
- Artículo de MLN Matters de los Días de la Cirugía Global para el Método II de CAH – Revisado
- Artículo de MLN Matters de la Actualización Trimestral de julio de 2018: Cambios de Códigos de Medicamentos y Productos Biológicos del HCPCS – Revisado
- Artículo de MLN Matters del Modelo de Atención Médica Completa de ESRD de Telesalud: Implementación – Revisado
- Artículo de MLN Matters de la Actualización de julio de 2018: Sistema de Pago de ASC – Revisado

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

MLN Connects® -- Edición Especial para el 11 de julio de 2018

Nuevas Propuestas de CMS para Modernizar e Impulsar la Innovación en los Programas de DME y ESRD

Las acciones combinadas aumentarían el acceso a equipo médico duradero, reduciría la carga administrativa e incentivaría al desarrollo de terapias innovadoras para beneficiarios en diálisis.

El 11 de julio, CMS propuso cambios innovadores a los reglamentos de pago para el programa de Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortóticos y Provisiones Médicas (DMEPOS) y de Enfermedad Renal en Estado Terminal (ESRD). Las propuestas de DME en el reglamento propuesto pretenden aumentar el acceso a los artículos para pacientes y simplificar el Programa de Licitación Competitiva (CBP) de DMEPOS de Medicare para impulsar la competencia y aumentar la asequibilidad. El reglamento también incluye propuestas de ESRD, incluida una propuesta para abordar nuevos costos de

medicamentos y productos biológicos para diálisis renal y fomentar innovaciones en el tratamiento incentivando nuevas terapias para pacientes en diálisis y una propuesta para reducir la carga de documentación relacionada con los centros.

“En CMS, celebramos la innovación en el sistema de atención médica y fomentamos nuevas terapias que ayudarán a salvar vidas y reducir los costos para los pacientes”, dijo la Administradora de CMS, Seema Verma. “Las propuestas de hoy ayudarán a asegurar el acceso sostenible a equipos médicos duraderos y recompensarán los centros de diálisis que adopten nuevas terapias innovadoras”.

El reglamento propuesto toma pasos clave para cambiar los pagos de tarifas fijas de DME de Medicare y el CBP de DMEPOS. CMS buscó formas de mejorar las licitaciones competitivas en el futuro y trabajó con expertos del mercado para aprovechar las oportunidades de aumentar la efectividad del programa. Este reglamento propone

Ver **MLN**, en la página 11

MLN Connects® para el 12 de julio de 2018

MLN Connects® para el 12 de julio de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Recordatorio de la Nueva Tarjeta de Medicare: Envío por Correo del Grupo 1 Completa
- Beneficiario Cualificado de Medicare: Aprenda acerca de los Requisitos de la Agencia Estatal de Medicaid
- Hoja Informativa de Ajuste de Pago del MIPS de 2019
- Programa de Pago de Calidad: Obteniendo sus Credenciales de EIDM
- Cartas de Incumplimiento del QRP de IRF: Enviar Solicitud de Reconsideración antes del 7 de agosto
- Cartas de Incumplimiento del QRP de LTCH: Enviar Solicitud de Reconsideración antes del 7 de agosto
- Cartas de Incumplimiento del QRP de SNF: Enviar Solicitud de Reconsideración antes del 7 de agosto
- Cartas de Incumplimiento de HQRP: Enviar Solicitud de Reconsideración antes del 7 de agosto

Cumplimiento del Proveedor

- Uso Apropiado del Modificador KX para

las Reclamaciones de Medicamentos
Inmunosupresores de la Parte B — Recordatorio

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Llamada de Calificación de Calidad de HHA: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Sesión de Escucha acerca de Servicios de Ambulancia: Grabación de Audio y Transcripción — Nuevo
- Artículo de MLN Matters acerca de Cambios de Códigos de Medicamentos y Productos Biológicos del HCPCS: Actualización Trimestral de Julio de 2018 — Revisado
- Folleto acerca de Beneficiarios con Doble Elegibilidad bajo Medicare y Medicaid — Revisado
- Hoja Informativa acerca de Servicios de Visión de Medicare — Revisado
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Facturación Consolidada de SNF — Revisado
- ¿Está Buscando Materiales Educativos?

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

MLN

De la página 10

reformas orientadas al mercado para el CBP de DMEPOS. El proceso de renovación de contratos con proveedores actualmente en vigencia bajo el CBP de DMEPOS aún no se ha iniciado. Como resultado, notamos que los contratos actuales para el CBP de DMEPOS vencerán el 31 de diciembre de 2018. A partir del 1 de enero de 2019, y hasta que se otorguen nuevos contratos bajo el CBP de DMEPOS, los beneficiarios podrán recibir los artículos de DMEPOS de cualquier proveedor de DMEPOS inscrito en Medicare.

Según lo exige la Ley 21st Century Cures Act, este reglamento también incluye propuestas que abordan los pagos de tarifas fijas de Medicare para DME suministrados en o después del 1 de enero de 2019, en áreas del país donde no está vigente la licitación competitiva. El reglamento propuesto también solicita comentarios de las partes interesadas sobre el enfoque de CMS para establecer los montos de las tarifas fijas para las nuevas tecnologías de DME. Estas mejoras modernizarán el programa de DME de Medicare.

CMS también está tomando medidas para promover la innovación en el sistema de pago prospectivo de ESRD de Medicare mediante la ampliación del Ajuste de Pago Complementario de Medicamentos Transitorios de ESRD para alentar el uso de nuevas terapias con medicamentos y el desarrollo y uso de nuevos tratamientos y terapias.

Proponemos realizar cambios en la estructura de pagos de Medicare que respalden el acceso a nuevos medicamentos para diálisis renal y fomenten la innovación en esta área crítica de la atención médica.

Este reglamento propuesto también da pasos importantes al fortalecer los incentivos de calidad y reducir la carga administrativa. Con base en los comentarios de las partes interesadas, CMS tiene la intención de reducir la carga de documentación relacionada con los centros de ESRD para ciertos ajustes de pago, para que los requisitos sean más consistentes con otros sistemas de pago. Estos cambios permitirán a los médicos dedicar menos tiempo a la documentación y más tiempo con sus pacientes, lo cual está en línea con la iniciativa de CMS [Pacientes Sobre Documentación](#) (en inglés). Además, CMS propone actualizar la medida establecida para el Programa de Incentivo de Calidad de ESRD para que esté más alineado con las prioridades de calidad que la agencia ha adoptado como parte de la Iniciativa de Medidas Significativas. Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#)
- Hoja Informativa

Vea el texto completo del extracto del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (en inglés) (emitido el 11 de julio).

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

MLN

De la página 1

requisitos reglamentarios y el papeleo innecesario que le roba tiempo al cuidado del paciente. Esta Administración ha escuchado y está tomando acciones. Los cambios propuestos a las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos y Profesionales de la Salud y al Programa de Pago de Calidad abordan esos problemas de frente, simplificando los requisitos de documentación para enfocarse en la atención al paciente y modernizando las políticas de pago para que las personas mayores y otras cubiertas por Medicare puedan aprovechar las últimas tecnologías para obtener la atención de calidad que necesitan”.

Las propuestas, parte de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos y Profesionales de la Salud (PFS) y el Programa de Pago de Calidad (QPP), también modernizarían las políticas de pago de Medicare para promover el acceso a la atención virtual, ahorrando a los beneficiarios de Medicare tiempo y dinero mientras mejoran su acceso a servicios de alta calidad sin importar donde ellos viven. Dichos cambios establecerían el pago de Medicare cuando los beneficiarios se conectan con su médico virtualmente utilizando tecnología de telecomunicaciones (por ejemplo, aplicaciones de audio o video) para determinar si necesitan una visita en persona. Además, la propuesta del QPP haría cambios a los requisitos de reporte de calidad para enfocarse en las medidas que impactan más significativamente los resultados de salud. Los cambios propuestos también promoverían el intercambio de información entre los proveedores de atención médica de manera electrónica, para que los pacientes puedan ver a varios profesionales médicos de acuerdo con sus necesidades, sabiendo que sus registros médicos actualizados los seguirán a través del sistema de atención médica. La propuesta del QPP haría cambios importantes en la categoría de rendimiento “Promoviendo la Interoperabilidad” del Sistema de Pago de Incentivos Basado en el Mérito (MIPS) para admitir una mayor interoperabilidad de EHR y el acceso del paciente a su información de salud, así como alinear este programa clínico con el propuesto nuevo programa para hospitales “Promoviendo la Interoperabilidad”.

Si se finalizaran estas propuestas, los médicos verían un aumento significativo en la productividad - lo que llevaría a una atención mucho mayor y mejor a sus pacientes. La eliminación de los requisitos de papeleo innecesarios a través de la propuesta del PFS ahorraría a los médicos individuales un estimado de 51 horas por año si el 40 por ciento de sus pacientes están en Medicare. Los cambios en la propuesta del QPP colectivamente ahorrarían a los médicos un estimado de 29,305 horas y aproximadamente \$2.6 millones en costos administrativos reducidos en el CY 2019.

Cambios Clave Propuestos para el PFS del CY 2019:

Las PFS establecen el pago para los médicos y profesionales de la salud que tratan a pacientes de Medicare. Se actualiza anualmente para realizar cambios en las políticas de pago, tasas de pago y disposiciones

relacionadas con la calidad. Los extensos comentarios públicos que ha recibido la agencia han resaltado la necesidad de agilizar los requisitos de documentación para los servicios médicos conocidos como visitas de Evaluación y Manejo (E&M), así como la necesidad de apoyar un mayor acceso a la atención utilizando tecnología de telecomunicaciones. Los cambios propuestos a las PFS reforzarían la iniciativa de *Pacientes por encima del Papeleo* (en inglés) de CMS centrada en reducir la carga administrativa mientras mejora la coordinación de la atención, los resultados de salud y la capacidad de los pacientes para tomar decisiones sobre su propio cuidado.

Simplificación del Pago de E&M y Reducción de la Carga del Médico:

CMS y la Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de Información de Salud han escuchado de las partes interesadas que los extensos requisitos de documentación de CMS para los códigos de E&M han tenido consecuencias no deseadas. Para cumplir con estos requisitos de documentación, los proveedores tienen que crear registros médicos que son una colección de plantillas predefinidas y texto repetitivo para propósitos de facturación, que en muchos casos que reflejan muy poco sobre la atención médica o historia actual de los pacientes.

Respondiendo a las inquietudes de las partes interesadas, varias disposiciones en las PFS para el CY 2019 propuestas ayudarían a liberar los EHRs para que sean herramientas poderosas que realmente apoyarían la atención eficiente mientras les da a los médicos más tiempo para pasar con sus pacientes, especialmente aquellos con necesidades complejas, en lugar de con papeleo. Específicamente, esta propuesta podría:

- Simplificar y ofrecer flexibilidad en cuanto a los requisitos de documentación para las visitas a la oficina de E&M - que representan aproximadamente el 20 por ciento de los cargos permitidos en las PFS y consumen gran parte del tiempo de los médicos
- Reducir la supervisión médica innecesaria de los asistentes del radiólogo para las pruebas de diagnóstico
- Eliminar los requisitos de reporte de estado funcional onerosos y excesivamente complejos para la terapia ambulatoria

Avanzando en la Atención Virtual:

“CMS está comprometido a modernizar el programa de Medicare aprovechando las tecnologías, como aplicaciones de audio/video o portales de salud orientados al paciente, que ayudarán a los beneficiarios a acceder a servicios de alta calidad de manera conveniente”, dijo la administradora Verma.

Llegar al médico puede ser un desafío para algunos beneficiarios, ya sea que vivan en áreas rurales o urbanas. La tecnología innovadora que permite los servicios remotos puede ampliar el acceso a la atención y

Ver **MLN**, en la página 13

MLN

De la página 12

crear más oportunidades para que los pacientes accedan a una administración de atención personalizada, así como a conectarse con sus médicos rápidamente. Las disposiciones en la propuesta de las PFS para el CY 2019 apoyarían el acceso a la atención utilizando tecnología de telecomunicaciones mediante:

- Pago a los médicos por los registros virtuales - citas breves, no presenciales, a través de la tecnología de comunicaciones
- Pago a los médicos para la evaluación de fotos enviadas por el paciente
- La expansión de servicios de telesalud cubiertos por Medicare para incluir servicios preventivos prolongados

Disminuir los Costos de los Medicamentos:

El presidente Trump está priorizando a los pacientes estadounidenses y reduciendo los costos de los medicamentos recetados, y CMS se compromete a avanzar en este esfuerzo. CMS propone cambios como parte del despliegue continuo del plan de la Administración para reducir los precios de los medicamentos y reducir los desembolsos. Los cambios afectarían el pago bajo la Parte B de Medicare. La Parte B cubre medicamentos que los pacientes reciben en el consultorio de un médico, tales como infusiones. CMS propone un cambio en el monto de pago de los nuevos medicamentos bajo la Parte B, de modo que el monto del pago corresponda más estrechamente con el costo real del medicamento. Este cambio entraría en vigencia el 1 de enero de 2019 y reduciría la cantidad que las personas mayores tendrían que pagar de su bolsillo, especialmente por medicamentos con precios de lanzamiento altos. Este es uno de los muchos pasos que CMS está tomando para garantizar que las personas mayores tengan acceso a los medicamentos que necesitan.

Cambios Clave Propuestos para el Programa de Pago de Calidad del CY 2019:

Para implementar la ley Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA), CMS estableció el QPP, que consiste en dos vías de participación para doctores y otros médicos - MIPS, que mide el desempeño en cuatro categorías para determinar un ajuste al pago de Medicare y a los Modelos de Pago Alternativo Avanzados (APM Avanzados), en los que los médicos pueden obtener un pago de incentivo a través de una participación suficiente en los modelos de pago basados en el riesgo. Los cambios propuestos al QPP tienen como objetivo reducir la carga de los médicos, centrarse en los resultados y promover la interoperabilidad de los EHRs, incluso mediante:

- La eliminación de las medidas de calidad basadas en el proceso del MIPS que los médicos han dicho son de poco valor o de baja prioridad, con el fin de centrarse en medidas significativas que tengan un mayor impacto en los resultados de salud
- El reacondicionamiento de la categoría de rendimiento "Promoviendo la Interoperabilidad" del MIPS para apoyar una mayor interoperabilidad de EHR y el acceso de los pacientes a su información de salud, así como alinear esta

categoría de desempeño para los médicos con el propuesto nuevo [Programa de Promoviendo la Interoperabilidad](#) (en inglés) para hospitales

Bajo los requisitos de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018, CMS continúa la implementación gradual de ciertos requisitos del MIPS para aliviar la carga administrativa de los médicos. Los cambios propuestos al QPP reflejan la retroalimentación y aportes de los médicos y partes interesadas, y continuaremos ofreciendo apoyo gratuito y personalizado de las redes de asistencia técnica de CMS.

Demostración de Incentivo de Arreglo de Pago Cualificado de Medicare Advantage:

Al alinearnos con los objetivos de la agencia de mejorar la calidad de la atención y responder a los comentarios que recibimos de los médicos, CMS también propone exenciones de los requisitos del MIPS como parte de probar una demostración llamada demostración de Incentivo de Arreglo de Pago Cualificado de Medicare Advantage (Medicare Advantage Qualifying Payment Arrangement Incentive, MAQI). La demostración de MAQI pondría a prueba la exención de los requisitos de reporte del MIPS y los ajustes de pago para los médicos que participan lo suficiente en los acuerdos de Medicare Advantage (MA) que son similares a los APMs Avanzados.

Algunos planes de MA están desarrollando arreglos innovadores que se parecen a los APMs Avanzados. Sin embargo, sin esta demostración, los médicos aún están sujetos a MIPS, incluso si participan ampliamente en acuerdos parecidos al APM Avanzado bajo Medicare Advantage. La demostración analizará si la exención de los requisitos del MIPS aumentaría los niveles de participación en dichos acuerdos de pago de MA y si cambiaría la forma en que los médicos brindan atención.

Transparencia de precios: Solicitud de información:

Finalmente, como parte de su compromiso con la transparencia de precios, CMS busca comentarios a través de una Solicitud de Información preguntando si los proveedores y suplidores pueden y deben estar obligados a informar a los pacientes acerca de la información de cargos y pagos por servicios de atención médica y costos de desembolsos, qué elementos de datos serían más útiles para promover la compra de precios y qué otros cambios son necesarios para empoderar a los consumidores de servicios de salud.

Los comentarios públicos sobre los reglamentos propuestos vencen el 10 de septiembre.

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto](#)
- Hoja Informativa sobre el [Cambios Propuestos de Política, Pago y Disposiciones de Calidad a las PFS de Medicare para el CY 2019](#)
- Hoja Informativa sobre el [Reglamento Propuesto para el QPP, Año 3](#)
- Hoja Informativa sobre la [Demostración de Incentivo de Arreglo de Pago Cualificado de MA](#)

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 19 de julio de 2018

MLN Connects® para el 19 de julio de 2018

Vea esta edición como un PDF 

Noticias y anuncios

- Guía del Usuario acerca de Retroalimentación de Desempeño de MIPS de 2017
- Revisión Enfocada de Ajuste de Pago de MIPS: Solicite para el 1 de octubre
- PEPPERS para Agencias de Salud en el Hogar, Programas de Hospitalización Parcial
- Actualización Trimestral del Proveedor de julio

Cumplimiento del proveedor

- Facturación de Medicare para Créditos de Dispositivo Cardíaco

Próximos eventos

- Webinar acerca de Recursos y Herramientas Autodirigidas de eCQM del CY 2018 — 24 de julio
- Foro Especial de Puertas Abiertas acerca de la Ley IMPACT y SPADE — 25 de julio
- Webinar acerca de Cumpliendo con las Necesidades de Salud Conductual del Doblemente Elegible — 2 de agosto
- Llamada del Reglamento Propuesto de PPS de ESRD del CY 2019: Programa de Incentivo de Calidad de ESRD — 14 de agosto
- Webinar de CBR acerca de Proveedores que Refieren de Centros de Pruebas de Diagnóstico Independiente — 22 de agosto

Publicaciones y Multimedia de Medicare Learning Network®

- Artículo de MLN Matters del Nuevo MBI: Obténgalo, Úselo — Revisado
- Artículo de MLN Matters de Revisión Médica de Documentación de E/M — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Nuevo Código de Especialidad Médica para Medicina Subacuática e Hiperbárica — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Actualización del Pricer del PPS de SNF de la Parte A de Medicare — Nuevo
- Artículo de MLN Matters de Automatización de la Revisión de la Primera Reclamación en Reclamaciones Consecutivas para DMEPOS — Revisado
- Herramienta Educativa de Servicios Preventivos de Medicare — Revisado
- Hoja Informativa de Servicios de Integración de Salud Conductual — Recordatorio
- Hoja Informativa de Cambios del 2017: Servicios de Manejo del Cuidado Crónico — Recordatorio
- Hoja Informativa de Servicios de Manejo de Cuidado Crónico — Recordatorio
- Capacitación Basada en la Web acerca de Evitar el Fraude y Abuso de Medicare: Un Mapa de Guía para Médicos – Recordatorio

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

Medicare Learning Network®

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



Problemas de procesamiento

Suspensión temporal de las modificaciones del IOCE: W7020, W7040, W7106, W7107 y W7108 para reclamaciones de CAH

Problema

El editor de códigos de pacientes ambulatorios integrado (IOCE) de julio de 2018 implementó lógica del programa para incluir modificaciones (W7020, W7040, W7106, W7107 y W7108) a los tipos de facturas aplicables retroactivamente a cada fecha de activación de las modificaciones.

Se ha determinado que estas modificaciones necesitan una lógica adicional.

Los contratistas deberán suspender los tipos de factura 85x que contengan cualquiera de estas modificaciones.

Resolución

Modificaciones W7020 and W7040: Ajustar para tomar en cuenta los servicios profesionales y de los centros facturados en la misma reclamación de hospital de cuidado crítico (CAH).

Modificaciones W7106, W7107, W7108: Se publicarán instrucciones adicionales acerca del reprocesamiento de reclamaciones de CAH con estas modificaciones cuando se implemente la publicación de octubre de 2018.

Estado/fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

Los proveedores deben ajustar las reclamaciones para las modificaciones W7020 y W7040 que rechazaron por error.

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.

Hospital

Días quirúrgicos globales para hospital de cuidado crítico de método II

Número de *MLN Matters*[®]: MM10425 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10425
Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de junio de 2018
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R2096OTN
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

Este artículo se basa en la petición de cambio 10425 que analiza los días quirúrgicos globales para los proveedores de hospital de cuidado crítico (CAH) de método II. Este artículo fue revisado el 25 de junio para reflejar una revisión a la CR 10425 emitida el 22 de junio, la cual elimina códigos finalizados de modificaciones para visitas que son incluidas en el paquete global. Además, se revisaron la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión, y la dirección web de la CR. Toda la demás información permanece igual.

Resumen

Este artículo se basa en la petición de cambio 10425 que analiza los días quirúrgicos globales para los proveedores de hospital de cuidado crítico (CAH) de método II. El paquete quirúrgico global, también llamado cirugía global, incluye todos los servicios necesarios normalmente proporcionados por un cirujano antes, durante y después de un procedimiento. El pago de Medicare por el procedimiento quirúrgico incluye los servicios preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios rutinariamente realizados por el cirujano o por miembros del mismo grupo con la misma especialidad. Médicos y profesionales de la salud que facturan por el tipo de factura (TOB) 85x por servicios profesionales prestados

en un CAH de método II tiene la opción de reasignar sus derechos de facturación al CAH. Cuando los derechos de facturación son reasignados al CAH de método II, se realiza un pago al CAH por servicios profesionales (utilizando los códigos de ingresos 96x, 97x o 98x) según el archivo complementario del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS). Los proveedores de CAH de método II deben seguir las mismas directrices que los servicios del médico de la Parte B que están disponibles en el *Medicare Claims Processing Manual* ("Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare").

Información adicional

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

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10425, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/R2096OTN.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-20, Transmittal 2096, CR 10425

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

PPS

CMS actualiza el pricer del sistema de pago prospectivo de centro de enfermería especializada de Medicare del 2019

Número de *MLN Matters*®: MM10825
 Número de petición de cambio relacionado: 10825
 Fecha de emisión de CR relacionado: 6 de julio de 2018
 Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018
 Número de transmisión de CR relacionado: R4084CP
 Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) publicaron recientemente la actualización del pricer del sistema de pago prospectivo de centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare del año fiscal 2019.

Cada julio, CMS publica las *tarifas de pago* (en inglés) de centro de enfermería especializada (SNF) para el próximo año fiscal en el *Federal Register* (Registro Federal).

La metodología de actualización es similar a la utilizada en el año anterior, que incluye un ajuste de error de pronóstico siempre que la diferencia entre el cambio pronosticado y real en la bolsa de mercado de SNF supere el 0.5 punto porcentual. Sin embargo, para el año fiscal 2019, el factor de aumento de pago de SNF es del

2.4 por ciento, como lo requiere la Sección 53111 de la Ley de Presupuesto Bipartidista 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/MM10825.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10825, 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/R4084CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4084, CR 10825

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

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Facturación

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 (en inglés) de MLN Matters® es https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10583.pdf.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10583, emitida por su contratista de la Parte B, FI, o MAC está disponible en el sitio web (en inglés) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Transmittals/2018Downloads/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. 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.



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

—Shirley Knoll, CPC
Therapy Management Corporation
Directora de facturación

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD retiradas

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

LCD ID número: L33383 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios de ambulancia terrestre de emergencia y no emergencia está siendo retirada en base al desarrollo de la nueva LCD para servicios de ambulancia terrestre de emergencia y no emergencia (L37697).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 28 de junio de 2018**.

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

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

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

Revisión a las LCD existentes

Panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama – revisión del artículo de “pautas de codificación” de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33586 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama, se determinó que el lenguaje en cursiva en el artículo “pautas de codificación” no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Por lo tanto, el artículo “pautas de codificación” está siendo revisado para asegurar la consistencia con el lenguaje en manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo “pautas de codificación” es efectiva para los servicios prestados **en o después del 26 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](#).

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

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

En base a solicitudes de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) de estimulación magnética transcraneal para el trastorno depresivo mayor, la sección “Fuentes de Información” de la LCD fue actualizada para añadir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha sido cambiado en respuesta a las solicitudes de reconsideración.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 26 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](#).

Anticuerpo de superficie de la hepatitis B y antígeno de superficie – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

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

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 26 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](#).

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada en base a la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) del estudio de exención de dispositivo de investigación (IDE) titulado “Manejo Guiado por Hemodinámica de Insuficiencia Cardíaca”. El símbolo “+ +” se agregó al código 93799 de Current Procedural Terminology (CPT®) [servicio o procedimiento cardiovascular no incluido en la lista (CardioMEMS™) para indicar que este servicio está cubierto si el beneficiario está inscrito en un estudio de IDE de categoría B aprobado.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas **en o después del 3 de julio de 2018** para los servicios prestados **en o después del 23 de febrero de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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 la Parte B

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

En base a una petición 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 actualizada para añadir la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para el “tratamiento de osteoporosis inducida por glucocorticoides en hombres y mujeres en alto riesgo de fracturas quienes estén tanto iniciando como continuando glucocorticoides sistémicas en dosis diarias equivalentes a 7.5 mg o mayores de prednisona y esperan permanecer bajo glucocorticoides por lo menos 6 meses” a la sección “indicaciones de la FDA para Prolia®” de la LCD. Además, el rango de código de diagnóstico T38.0X5A - T38.0X5S de la ICD-10-CM fue añadido a la sección de la LCD “Códigos ICD-10 que

Apoyan la Necesidad Médica” bajo “Códigos de Grupo 1:” para el código J0897 (Prolia®) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). También, la sección “Fuentes de Información” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 19 de julio de 2018** para servicios prestados **en o después del 21 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](#).

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

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

Debido a un cambio en el alcance de la práctica para otros profesionales de la salud (NPPs), la determinación de cobertura local (LCD) para el tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior ha sido revisada para eliminar el siguiente lenguaje "Uso de ultrasonido para diagnóstico de condición venosa crónica (CVD) u orientación terapéutica no está cubierta" desde la sección "Capacitación y cualificaciones" de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 10 de julio de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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



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

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

Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

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

En base a la petición de cambio (CR) 10550 (Transportación de Ambulancia para un Centro de Enfermería Especializada (SNF) Residente en una Estadía No Cubierta por la Parte A), la determinación de cobertura local (LCD) para servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia fue revisada para añadir la siguiente declaración en viñetas "*Desde un SNF al suplidor más cercano de servicios médicos necesarios no disponibles en el SNF donde el beneficiario es un residente y no está cubierto en una estadía de la Parte A, incluyendo el viaje de regreso;*" en la sección "El Destino" de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 16 de julio 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](#).

Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

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

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

855-416-4199

Sitios web

medicare.fcso.com

medicareespanol.fcso.com

Direcciones postales

First Coast Service Options

Reclamaciones/correspondencia

Florida/ Islas Vírgenes de EE.UU.

Servicio al cliente Medicare Parte A

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Puerto Rico

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45003

Jacksonville, FL 32232-5003

Medicare EDI

Presentación de reclamaciones electrónicas

Direct Data Entry

P. O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Fraude y abuso

Complaint processing unit

P. O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes de FOIA

Auditoría/reembolso del proveedor

(Relacionado con reporte de costos y auditorías).

Attn: FOIA PARD - 16T

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Consultas generales

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

Correo electrónico: AskFloridaA@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical Policy and Procedures

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recauda de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 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)

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

Oficina del inspector general (OIG)

Línea de fraude de Medicare

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

Servicio al cliente del beneficiario

1-800-MEDICARE

1-800-633-4227

1-800-754-7820 (TTY)

ASC

Actualización de julio al sistema de pago de ASC

Número de *MLN Matters*[®]: MM10788 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 10788
Fecha de emisión de CR relacionado: 26 de junio de 2018
Fecha de efectividad: 1 de julio de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R4076CP
Fecha de implementación: 2 de julio de 2018

La petición de cambio 10788 detalla cambios a las instrucciones de facturación para varias pólizas de pago implementadas en la actualización de julio de 2018 al sistema de pago de centros de cirugía ambulatoria (ASC). Este artículo fue revisado el 28 de junio para reflejar una CR actualizada. Para reflejar esos cambios, este artículo modificó la Sección 2.b y la Tabla 1 relacionada. Además añadió la Sección 2e y 2f con la Tabla 3 correspondiente. También cambió la fecha de publicación de la CR, el número de transmisión y el enlace a la transmisión. Toda la demás información permanece igual.

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/R4076CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4076, 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

Actualización trimestral a las modificaciones de procedimiento a procedimiento (PTP) de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI), versión 24.3

Número de *MLN Matters*[®]: MM10827
Número de petición de cambio relacionado: 10827
Fecha de emisión de CR relacionado: 29 de junio de 2018
Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2018
Número de transmisión de CR relacionado: R4080CP
Fecha de implementación: 1 de octubre de 2018

Resumen

La petición de cambio 10827 actualiza las modificaciones de PTP de la NCCI, las cuales se relacionan con el Capítulo 23, Sección 20.9 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare.

Información adicional

El enlace al artículo (en inglés) de *MLN Matters*[®] es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/Downloads/MM10827.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 10827, 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/R4080CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4080, CR 10827

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

Determinaciones de Cobertura Local

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

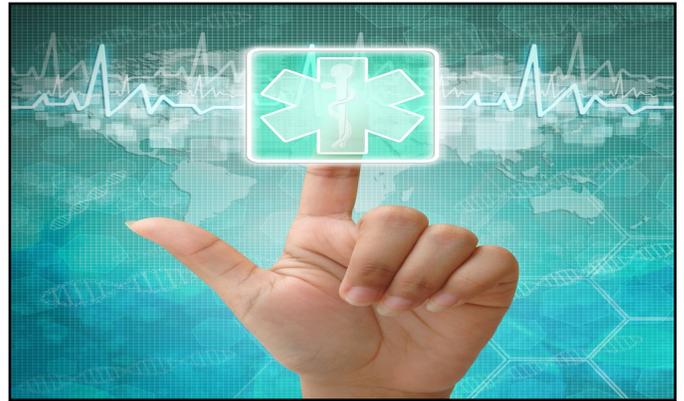
Notificación electrónica

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

Más información

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

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



¿Está buscando una LCD?

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

Notificación anticipada al beneficiario

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

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

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

LCD retiradas

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

LCD ID número: L33383 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios de ambulancia terrestre de emergencia y no emergencia está siendo retirada en base al desarrollo de la nueva LCD para servicios de ambulancia terrestre de emergencia y no emergencia (L37697).

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 28 de junio de 2018**.

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

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

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

Trabeculoplastia láser – artículo de (pautas de codificación) retirado de la Parte B

LCD ID número: L33917 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

El artículo de “pautas de codificación” de la determinación de cobertura local (LCD) para trabeculoplastia láser está siendo retirado debido a cambios en el descriptor para el código 65855 de Current Procedural Terminology (CPT®), el cual eliminó la frase “one or more sessions” (una o más sesiones).

Fecha de vigencia

La fecha de efectividad para el retiro de este artículo de “pautas de codificación” es para las reclamaciones procesadas **en o después del 26 de junio de 2018**, para

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

Revisión a las LCD existentes

Panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama – revisión del artículo de “pautas de codificación” de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L33586 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión anual de la determinación de cobertura local (LCD) de panel de perfiles de expresión génica para uso en el tratamiento del cáncer de mama, se determinó que el lenguaje en cursiva en el artículo “pautas de codificación” no representa una cita directa de las fuentes de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Por lo tanto, el artículo “pautas de codificación” está siendo revisado para asegurar la consistencia con el lenguaje en manual de CMS.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo “pautas de codificación” es efectiva para los servicios prestados **en o después del 26 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](#).

Proteína c-reactiva de alta sensibilidad (hsCRP) -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33908 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base en una solicitud de reconsideración de determinación de cobertura local (LCD) para proteína c-reactiva de alta sensibilidad, la LCD fue revisada para agregar los códigos de diagnóstico Z74.09, Z78.9 e I25.10 de la ICD-10-CM y el lenguaje de explicación con asterisco “* Utilice el código Z74.09 y Z78.9 de la ICD-10-CM para pacientes con riesgo intermedio de CAD que no tienen lípidos elevados (es decir, no cumplen los criterios para utilizar los códigos E78.00-E78.4 de los códigos ICD-10-CM)” de la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica” de la LCD para el código 86141 de Current Procedural Terminology (CPT®). Además, se actualizó la sección “Fuentes de Información y Bases para la Decisión” de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 10 de julio 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](#).

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

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

En base a solicitudes de reconsideración de la determinación de cobertura local (LCD) de estimulación magnética transcraneal para el trastorno depresivo mayor, la sección “Fuentes de Información” de la LCD fue actualizada para añadir múltiples fuentes publicadas. El contenido de la LCD no ha sido cambiado en respuesta a las solicitudes de reconsideración.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 26 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](#).

Anticuerpo de superficie de la hepatitis B y antígeno de superficie – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

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

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

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios

prestados **en o después del 26 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](#).

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

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

Debido a un cambio en el alcance de la práctica para otros profesionales de la salud (NPPs), la determinación de cobertura local (LCD) para el tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior ha sido revisada para eliminar el siguiente lenguaje "Uso de ultrasonido para diagnóstico de condición venosa crónica (CVD) u orientación terapéutica no está cubierta" desde la sección "Capacitación y cualificaciones" de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas **en o después del 10 de julio de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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



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

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

Servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia -- revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

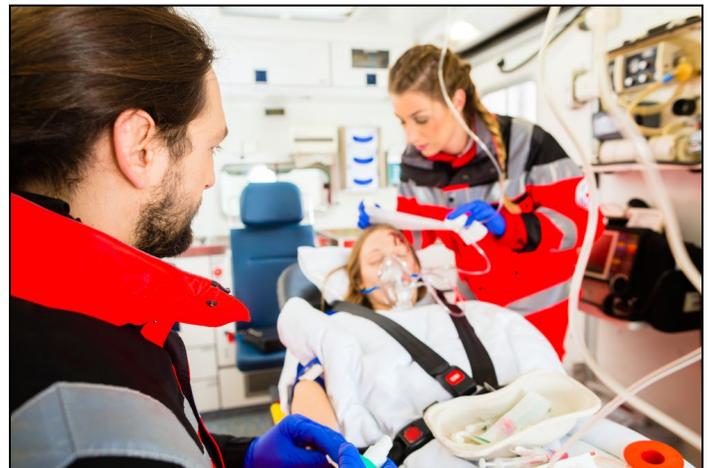
LCD ID número: L37697 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10550 (Transportación de Ambulancia para un Centro de Enfermería Especializada (SNF) Residente en una Estadía No Cubierta por la Parte A), la determinación de cobertura local (LCD) para servicios de ambulancia terrestre de emergencia y de no emergencia fue revisada para añadir la siguiente declaración en viñetas "*Desde un SNF al suplidor más cercano de servicios médicos necesarios no disponibles en el SNF donde el beneficiario es un residente y no está cubierto en una estadía de la Parte A, incluyendo el viaje de regreso;*" en la sección "El Destino" de la LCD.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para los servicios prestados **en o después del 16 de julio de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

Un artículo de codificación para una LCD (cuando está



presente) puede encontrarse seleccionando "Documentos de Cobertura Local Relacionados" en la "Sección de Navegación" en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

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

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

La determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos fue revisada en base a la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) del estudio de exención de dispositivo de investigación (IDE) titulado “Manejo Guiado por Hemodinámica de Insuficiencia Cardíaca”. El símbolo “+ +” se agregó al código 93799 de Current Procedural Terminology (CPT®) [servicio o procedimiento cardiovascular no incluido en la lista (CardioMEMS™) para indicar que este servicio está cubierto si el beneficiario está inscrito en un estudio de IDE de categoría B aprobado.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones

procesadas en o después del 3 de julio de 2018 para los servicios prestados en o después del 23 de febrero de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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 la Parte B

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

En base a una petición 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 actualizada para añadir la indicación aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) para el “tratamiento de osteoporosis inducida por glucocorticoides en hombres y mujeres en alto riesgo de fracturas quienes estén tanto iniciando como continuando glucocorticoides sistémicas en dosis diarias equivalentes a 7.5 mg o mayores de prednisona y esperan permanecer bajo glucocorticoides por lo menos 6 meses” a la sección “indicaciones de la FDA para Prolia®” de la LCD. Además, el rango de código de diagnóstico T38.0X5A - T38.0X5S de la ICD-10-CM fue añadido a la sección de la LCD “Códigos ICD-10 que

Apoyan la Necesidad Médica” bajo “Códigos de Grupo 1:” para el código J0897 (Prolia®) del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). También, la sección “Fuentes de Información” de la LCD fue actualizada.

Fecha de vigencia

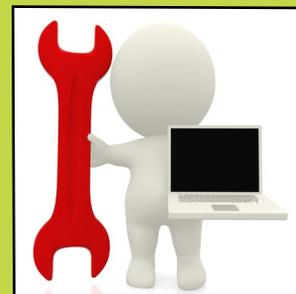
Esta revisión a la LCD es efectiva para las reclamaciones procesadas en o después del 19 de julio de 2018 para servicios prestados en o después del 21 de mayo de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de Medicare de CMS (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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](#).

First Coast Service Options Inc. proporciona las determinaciones locales de cobertura (LCD), cuando estas existen, para los códigos de procedimientos cubiertos por Medicare.

No todos los códigos de procedimiento están cubiertos por una LCD. [Haga clic aquí](#) para buscar las LCD actuales.



Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

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

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Preguntas generales

877-715-1921

888-216-8261 (TTY)

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

877-715-1921

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

email: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45036

Jacksonville, FL 32232-5036

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45056

Jacksonville, FL 32232-5056

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45015

Jacksonville, FL 32232-5015

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 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

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 45040

Jacksonville, FL 32231-5040

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Puerto Rico

P.O. Box 45092

Jacksonville, FL 32232-5092,

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 2525

Jacksonville, FL 32231-0019

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Redeterminación de sobrepagos

Overpayment Redetermination, Review Request

P.O. Box 45248

Jacksonville, FL 32232-5248

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

General inquiry request

P.O. Box 2360

Jacksonville, FL 32231-0018

Correo electrónico: FloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 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

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA Florida

P.O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Correo nocturno y/o servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.cms.gov>

First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>

Números de teléfono

Servicio al cliente

866-454-9007

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

Línea de registro para eventos educativos

904-791-8103 (NO gratuita)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-670-0940

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

866-454-9007

877-660-1759 (TTY)

Número de fax (para preguntas generales)

904-361-0696

Sistema de respuesta automática (IVR)

877-847-4992

Inscripción del proveedor

888-845-8614

877-660-1759 (TTY)

Asistencia técnica de SPOT

855-416-4199

Correo electrónico: FCSOSPOTHelp@FCSO.com

Direcciones

Reclamaciones

Medicare Part B Claims

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Redeterminaciones

Medicare Part B Redetermination

P.O. Box 45024

Jacksonville, FL 32232-5024

Redeterminación de sobrepagos

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45091

Jacksonville, FL 32232-5091

Reconsideraciones

C2C Innovative Solutions Inc.

QIC Parte B South

P.O. Box 45300

Jacksonville, FL 32232-5300

Preguntas generales

First Coast Service Options Inc.

P.O. Box 45098

Jacksonville, FL 32232-5098

Correo electrónico: askFloridaB@fcsso.com

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

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Política médica

Medical Policy and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Email: medical.policy@fcsso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

<https://medicare.fcsso.com>

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<http://www.cms.gov>

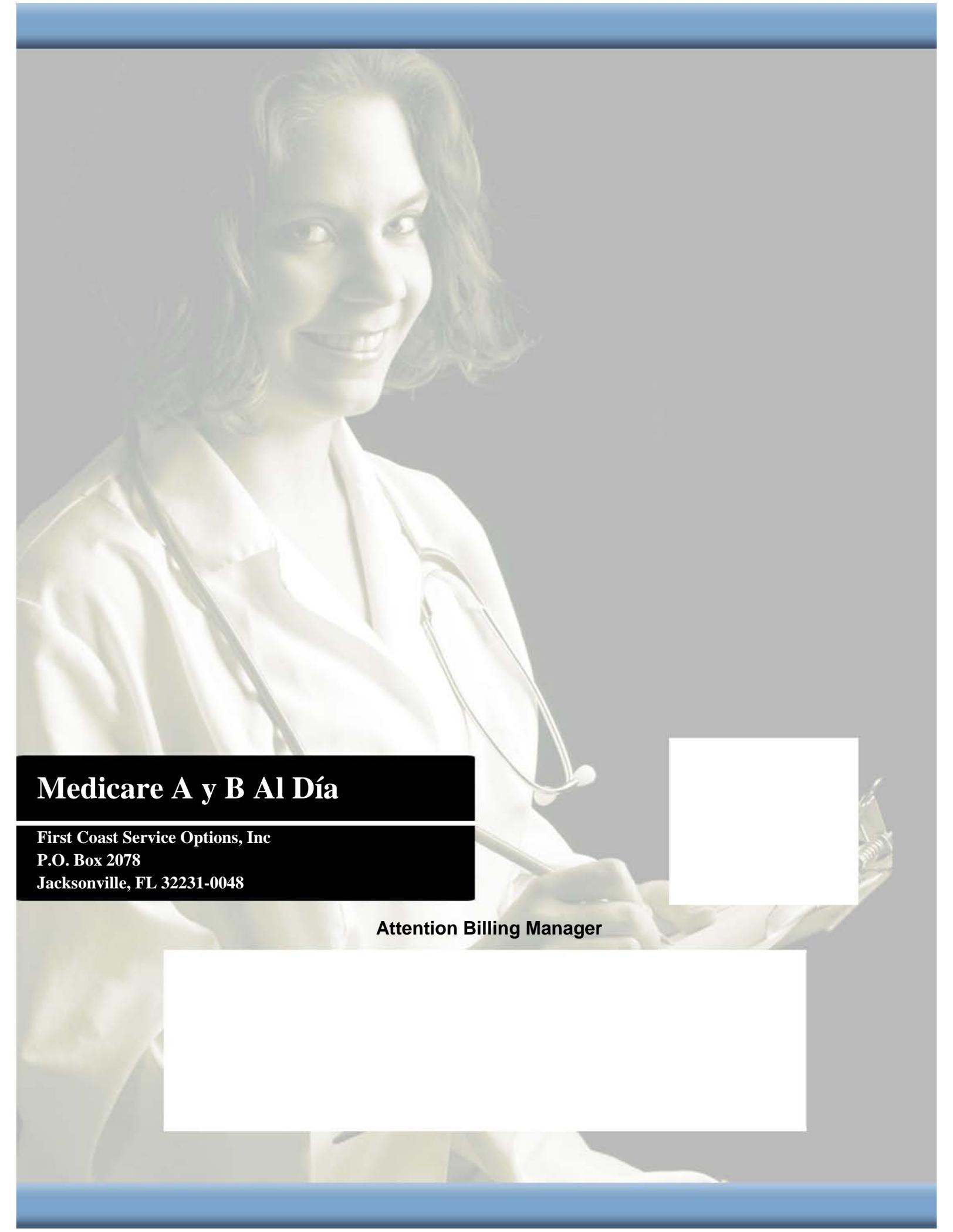
First Coast University

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

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

<https://www.medicare.gov>



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager