

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Abril 2019



En esta edición

Facturación de servicios de hospital de paciente interno de la Parte B	9
Actualización a las nuevas pruebas exentas	14
Colonoscopia diagnóstica y detección de cáncer colorrectal – revisiones a las LCDs de la Parte A y Parte B	17

Actualización de abril a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2019

Número de *MLN Matters*®: MM11163 *Revisado*
Número de petición de cambio relacionado: 11163
Fecha de emisión de CR relacionado: 18 de marzo de 2019
Fecha de efectividad: 1 de enero de 2019
Número de transmisión de CR relacionado: R4258CP
Fecha de implementación: 1 de abril de 2019

Este artículo fue revisado el 19 de marzo de 2019, para reflejar una Petición de Cambio (CR) actualizada, la cual revisa el anexo para los códigos G2014 y G2015. También cambiaron 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 (CR) 11163 añade los códigos de procedimiento G2001-G2009 y G2013-G2015 al MPFS con vigencia para fechas de servicio en y después del 1 de enero de 2019. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) comunicaron instrucciones para los

nuevos códigos G2001-G2009 y G2013-G2015 a través de una CR (CR 10907) separada. Por favor consulte el artículo (en inglés) de *MLN Matters* *MM10907* para estas instrucciones y otra información. Además, la CR 11163

revisa el indicador de asistente de cirugía, co-cirujano, y cirujano de equipo para el código G9987. Las nuevas asignaciones están disponibles en los siguientes enlaces (en inglés):

- [Florida](#)
- [Puerto Rico](#)
- [Islas Vírgenes de los Estados Unidos](#)

Los contratistas no buscarán en sus archivos ni para retraer el pago por reclamaciones ya pagadas ni para pagar reclamaciones

retroactivamente, sin embargo, ellos ajustarán las reclamaciones que usted les traiga a su atención.

De acuerdo con el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicación 100-04), Capítulo 23, Sección 30.1, esto

Ver **ACTUALIZACIÓN**, en la página 3



medicareespanol.fcso.com



Quando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Tarifas

Actualización de abril a la base de datos del manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2019	1
--	---

Recursos educativos

Calendario de eventos.....	4
MLN Connects® para el 21 de marzo de 2019	5
MLN Connects® para el 28 de marzo de 2019	5
MLN Connects® para el 4 de abril de 2019	6
MLN Connects® para el 11 de abril de 2019	6
MLN Connects® para el 18 de abril de 2019	7

Parte A

PARD

Transferencia de contabilidad de deudas incobrables de Medicare-Medicaid.....	8
---	---

Sistema de pago prospectivo

Activación de modificaciones de validación sistemática para proveedores del OPPS con múltiples ubicaciones de servicio...	8
---	---

Noticias de facturación

Facturación de servicios de hospital de paciente interno de la Parte B...	9
---	---

Determinaciones de cobertura local de la Parte A

	10
--	----

Revisión a las LCDs existentes

Colonoscopia diagnóstica y detección de cáncer colorrectal – revisiones a las LCDs de la Parte A y B.....	11
---	----

Factores de coagulación de la hemofilia – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	11
--	----

Estudios de densidad mineral ósea – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	12
--	----

Contactos de la Parte A

	13
--	----

Parte B

Actualización a las nuevas pruebas exentas	14
--	----

Determinaciones de cobertura local de la Parte B

	15
--	----

Revisión a las LCDs existentes

Estudios de densidad mineral ósea – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	16
--	----

Factores de coagulación de la hemofilia – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B	16
--	----

Colonoscopia diagnóstica y detección de cáncer colorrectal – revisiones a las LCDs de la Parte A y B.....	17
---	----

Neuromodulación sacra – revisión a la LCD de la Parte B	17
---	----

Información general

Tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS) de Parte B de Medicare: información revisada para laboratorios sobre requisitos de facturación de laboratorio de panel de órganos o enfermedades	18
--	----

Centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF) – revisión al anexo “guías de codificación” de LCD de Parte B	18
---	----

Información de contacto Puerto Rico

	19
--	----

Información de contacto Florida

	20
--	----

Información de contacto Islas Vírgenes de los Estados Unidos

	21
--	----

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© 2018 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.

ACTUALIZACIÓN

De la página 1

debe ser considerado como la notificación de 30 días de un cambio al manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud de 2019 pautado para el 1 de abril de 2019.

Información adicional

El enlace al artículo de *MLN Matters*® es <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNMattersArticles/downloads/MM11163.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11163, 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/2019Downloads/R4258CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4258, CR 11163

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.



Qué puede hacer SPOT por usted

Con SPOT, los proveedores de Medicare tienen varias herramientas disponibles para diagnosticar, corregir y prevenir reclamaciones rechazadas. SPOT le brinda la posibilidad de ver en línea el estado de las reclamaciones y la información acerca de la elegibilidad de los pacientes, realizar análisis detallados de los datos en los niveles de reclamación y proveedor, reabrir las solicitudes para realizar correcciones administrativas en varias líneas y enviar nuevas determinaciones y respuestas de desarrollo adicionales. SPOT también ofrece la oportunidad para los proveedores de buscar un Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) a través de la herramienta de búsqueda de MBI.

Recursos educativos

Calendario de eventos

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

Mayo 2019

Vitamina D; 25 hidroxí (82306)

Cuando: 22 de mayo de 2019
 Hora: 2:00 p.m. - 3:00 p.m. ET
 Tipo: *Webcast*

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

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0433399.asp>

Medicare te educa (evento colaborativo con CMS y MACs)

Cuando: 30 de mayo de 2019
 Hora: 7:30 a.m. - 3:00 p.m. AST
 Tipo: *Cara a cara*

Idioma en que se ofrece el evento: español
Dirigido a: Puerto Rico

<https://medicareespanol.fcso.com/eventos/0430990.asp>

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

Dos formas fáciles de inscribirse

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

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

Nota:

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

Nombre del registrante: _____

Título del registrante: _____

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de email: _____

Dirección del proveedor: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

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



MLN Connects® para el 21 de marzo de 2019

MLN Connects® para el 21 de marzo de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- Reportes de Vista Previa del Proveedor de Hospicio: Revise sus Datos para el 31 de marzo
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de LTCH: Revise sus Datos para el 3 de abril
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de IRF: Revise sus Datos para el 3 de abril
- Borrador de la Guía de Implementación del QRDA de 2020 de Categoría I — Presente sus Comentarios para el 8 de abril
- Programa de Promoción de Interoperabilidad de Medicare: Presente sus Propuesta de Medida para el 28 de junio
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito en Medicare
- Continúa la Actividad de la Influenza: ¿Están Protegidos sus Pacientes?

Cumplimiento

- Pago Inadecuado por Servicios de Planificación de Terapia de Radiación de Intensidad Modulada

Eventos

- Webcast acerca de Presentar Su Reporte de Costo de

Medicare Parte A Electrónicamente — 28 de marzo

Artículos de MLN Matters®

- Actualización de abril de 2019 a las Especificaciones del I/OCE
- Actualización del RARC, CARC, MREP y PC Print
- Presentación de Revocaciones de Hospicio de Facturación Activa — Revisado
- Secuenciación de Próxima Generación de NCD — Revisado
- Modelo de Pago Enfocado en el Paciente de SNF — Revisado

Publicaciones

- Sistema de Pago Prospectivo de Centro de Rehabilitación para Pacientes Internos — Revisado
- Inscripción de Medicare para Proveedores Institucionales — Revisado
- Recursos de Inscripción de Medicare — Revisado
- Artículos y Servicios No Cubiertos por Medicare — Recordatorio

Multimedia

- Sesión de Escucha de Promoviendo la Interoperabilidad: Grabación de Audio y Transcripción
- 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 28 de marzo de 2019

MLN Connects® para el 28 de marzo de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- Nueva Tarjeta de Medicare y Adopción del MBI: ¿Cómo Compara Usted?
- Modelo de Pago Enfocado en el Paciente PPS de SNF: Prepárese para la Implementación del 1 de octubre

Cumplimiento

- Requisitos de Documentación de Prueba de Entrega de DME

Artículos de MLN Matters®

- Facturación de Servicios de Hospital para Paciente Interno de la Parte B
- Pago para el CY 2019 de FQHCs Tribales Exentos
- Cambios de Política de Certificación y Recertificación de Salud en el Hogar
- Act. de abril de 2019 del Sistema de Pago de ASC
- Actualización de abril de 2019 de OPPTS de Hospital
- Actualización de abril de 2019 de la Base de Datos de

Tarifas Fijas de Médicos de Medicare — Revisado

Publicaciones

- eCQM del CY de 2019
- Metodología de Puntuación del Programa de Interoperabilidad de Promoción de Medicare
- Inscripción de Medicare para Médicos y Otros Suplidores de la Parte B — Revisado
- Afiche de Servicios Preventivos de Medicare — Revisado
- Pagador Secundario de Medicare — Revisado
- Salvaguarde Su Identidad y Privacidad Utilizando PECOS — Revisado

Multimedia

- Llamada del Cuidado de la Demencia: Grabación de Audio y Transcripción
- Llamada de Pagos Abiertos: Grabación de Audio y Transcripción
- Curso de Capacitación Basado en la Web de Provisiones del Pagador Secundario de Medicare — Revisado

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

MLN Connects® para el 4 de abril de 2019

MLN Connects® para el 4 de abril de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- Nuevas Políticas de la Parte D Abordan la Epidemia de Opioides
- “Qué está Cubierto”
- Comparación de Médicos: Periodo de Vista Previa Suplementario Abierto Hasta el 27 de abril
- Pagos Abiertos: Revise y Dispute Datos para el 15 de mayo
- Reporte Comparativo de Facturación sobre Visitas Hospitalarias Posteriores
- PEPPERs para Hospicios, LTCHs, SNFs, IRFs, IPFs, y CAHs
- Par de Medida de Visitas de Hospicio cuando la Muerte es Inminente
- Herramienta de Mapeo de Disparidades de Medicare: Nuevas Mejoras
- Clasificación de Transferencia de Contabilidad de Deudas Incobrables de Medicare-Medicaid
- Requisitos de Facturación de Beneficiario Cualificado de Medicare
- Mes Nacional de la Salud de las Minorías: Activo y Saludable
- ¿Está Buscando Materiales Educativos?

Cumplimiento

- Codificación para Pruebas de Validez de Muestras Facturadas en Combinación con Pruebas de Drogas en Orina

Eventos

- Webinar sobre el Reporte Comparativo de Facturación: Visitas Hospitalarias Posteriores — 11 de abril

Artículos de MLN Matters®

- Activación de Modificaciones de Validación Sistemática para Proveedores del OPPS con Múltiples Ubicaciones de Servicio
- Archivos de Precios de Drogas de la Parte B de Medicare del ASP y Revisiones: julio de 2019
- Cambios al Software de Modificación de NCD de Laboratorio: julio de 2019
- Corrección al Pricer del IPPS del FY 2019
- Datos del FY 2017 de SSI/Beneficiario de Medicare para Hospitales del IPPS, IRFs, LTCHs
- Modificaciones de PTP de NCCI: Actualización Trimestral
- E/M y Tratamiento de Radiación Superficial — Revisado

Publicaciones

- Entendiendo el Identificador de Beneficiario de Medicare
- Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Internos en Hospital de Cuidados Agudos — Revisado
- Sistema de Pago de Hospicio — Revisado
- Sistema de Pago de Centro Quirúrgico Ambulatorio — Revisado
- Servicios Preventivos de Medicare — Revisado

Multimedia

- Llamada acerca de Reducir el Mal Uso de Opioides: Grabación de Audio y Transcripción
- Llamada acerca de Promover la Interoperabilidad: Grabación de Audio y Transcripción
- Llamada acerca del Programa de Compra Basada en el Valor de SNF: Grabación de Audio y Transcripción

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 11 de abril de 2019

MLN Connects® para el 11 de abril de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- Hoja Informativa de Abril acerca de Pacientes Sobre Papeleo
- Nuevas Políticas de la Parte D acerca de Sobreutilización de Opioides: Mitos y Hechos
- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare: Presente Notificación de Aviso de Intención para Solicitar Comenzando el 11 de junio
- Interfaz de Web de CMS del Programa de Pago de

Calidad y Encuesta de CAHPS para MIPS: Inscribese para el 1 de julio

- Programa de Pago de Calidad: Retroalimentación Preliminar de Presentación de Datos de MIPS de 2018
- Programa de Reporte de Calidad de IRF y SNF: Revisión Mejorada y Reportes Correctos
- Proveedores de la Parte A: Expansión de Demostración de Discusión Telefónica Formal
- Ayude a Prevenir Abuso y Mal Uso del Alcohol
- Día Nacional de Decisiones del Cuidado de la Salud es el 16 de abril

Ver **MLN**, en la página 7

MLN Connects® para el 18 de abril de 2019

MLN Connects® para el 18 de abril de 2019

Vea esta edición como un PDF 

Noticias

- CMS Propone la Expansión de Cobertura de Monitoreo Ambulatorio de la Presión Sanguínea
- Prueba de Vitamina D: Reporte Comparativo de Facturación en abril
- Transportes de Ambulancia Aérea: Reporte Comparativo de Facturación en abril
- Comparación de Médico: Periodo de Vista Preliminar Suplementaria Abierto hasta el 27 de abril
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare
- Mes de la Concientización de STD: Hable, Examine, Trate

Cumplimiento

- Servicios de Centro de Rehabilitación para Paciente Interno: Siga los Requisitos de Facturación de Medicare

MLN

De la página 6

Cumplimiento

- Video del Minuto del Proveedor: La Importancia de la Documentación Apropiaada

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Retenga los Ajustes de Hospicio para Evitar Pagos Insuficientes

Publicaciones

- Fraude y Abuso de Medicare: Prevenga, Detecte y Reporte
- Promoviendo Programas de Interoperabilidad
- Servicios de Telesalud — Revisado

Eventos

- Webinar acerca del Estándar de Puntuación de los APMs del MIPS — 24 de abril

Artículos de MLN Matters®

- Periodo de Brecha Temporal del CBP de DMEPOS: Actualización de julio de 2019

Publicaciones

- Inscripción a Medicare para Proveedores que Solamente Ordenan o Certifican — Revisado
- Sobrepagos de Medicare — Revisado
- PECOS para Suplidores de DMEPOS — Revisado
- PECOS para Médicos y NPP — Revisado
- PECOS para Organizaciones del Proveedor y Suplidor — Revisado
- Visita Anual de Salud — Recordatorio
- Examen Físico Preventivo Inicial — Recordatorio

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

- Descriptores de Códigos-G y Modificadores para Reporte de Terapia Funcional — Revisado
- Afiche de Fraude y Abuso de Medicare — Revisado

Multimedia

- Podcast acerca de Más Allá de la Política de CMS
- Webcast de Reportes de Costos: Grabación de Audio y Transcripción
- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de la Categoría de Desempeño de Calidad del Programa de Pago de Calidad de MIPS — Revisado

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>.



PARD

Transferencia de contabilidad de deudas incobrables de Medicare-Medicaid

Los proveedores que reclaman una deuda incobrable de Medicare deben cumplir con 42 CFR 413.89 y todos los requisitos del Capítulo 3 del Manual de Reembolso del Proveedor (<https://go.usa.gov/xEuwD> [en inglés]). Clasifique correctamente las cantidades de deducibles y coaseguros no pagados para las reclamaciones transferidas de Medicare-Medicaid en sus registros contables. Por cantidades de deudas incobrables:

- No dar de baja a una cuenta de asignación contractual

- Cargar a una cuenta de gastos por cuentas incobrables (deuda incobrable)

Vigente para los periodos de reporte de costos comenzando en o después del 1 de octubre de 2019, los proveedores deben cumplir con estos requisitos de larga data de deudas incobrables de Medicare.

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

Sistema de pago prospectivo

Activación de modificaciones de validación sistemática para proveedores del OPPS con múltiples ubicaciones de servicio

Número de *MLN Matters*®: SE19007
 Número de petición de cambio relacionado: 9613: 9907
 Fecha de emisión de CR relacionado: N/A
 Fecha de efectividad: N/A
 Número de transmisión de CR relacionado: R1704OTN y R1783OTN
 Fecha de implementación: N/A

Resumen

Cada vez más, los hospitales operan un departamento fuera del campus, ambulatorio, basado en el proveedor de un hospital. En algunos casos, estas ubicaciones adicionales están en una localidad de pago diferente al proveedor principal. Para que el manual de tarifas fijas de Medicare para médicos y profesionales de la salud (MPFS) y los pagos del OPPS sean precisos, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid utilizan la dirección del centro de servicio del departamento fuera del campus, ambulatorio, basado en el proveedor de un centro hospitalario para determinar la localidad en estos casos.

Además, de acuerdo con la Sección 1833(t)(21) de la Ley de Seguro Social (la Ley), según fue añadido por la Sección 603 de la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2015 (Pub. L. 114-74), los servicios no exceptuados prestados en un departamento fuera del campus,

ambulatorio, basado en el proveedor de un hospital fueron requeridos de ser identificados ya que la tasa de pago para artículos y servicios no exceptuados facturados en una reclamación institucional deben ser pagados de acuerdo al MPFS y no a las tasas del OPPS.

Este artículo comunica la activación de modificaciones de validación sistemática para aplicar los requisitos en el manual de procesamiento de reclamaciones de Medicare, Capítulo 1, Sección 170, el cual describe las bases de pago para reclamaciones institucionales.

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/SE19007.pdf>.

Edición especial de CMS *MLN Matters*® artículo SE19007

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.



Noticias de facturación

Facturación de servicios de hospital de paciente interno de la Parte B

Número de *MLN Matters*®: MM11181

Número de petición de cambio relacionado: 11181

Fecha de emisión de CR relacionado: 22 de marzo de 2019

Fecha de efectividad: 1 de octubre de 2013

Número de transmisión de CR relacionado: R4259CP

Fecha de implementación: 29 de junio de 2019

Resumen

Medicare paga por servicios de hospital de paciente interno de la Parte B, incluido hospital de acceso crítico (CAH), en las circunstancias proporcionadas en el Medicare Benefit Policy Manual (Manual de Política de Beneficios de Medicare), Capítulo 6, Sección 10 (Medical and Other Health Services Furnished to Inpatients of Participating Hospitals [Servicios Médicos y Otros Servicios de Salud Proporcionados a Pacientes Internos de Hospitales Participantes]). Los hospitales deben facturar los servicios de paciente interno de la Parte B en un Tipo de Factura 12x. Esta reclamación de paciente interno de la Parte B está sujeta al límite de tiempo legal para presentar reclamaciones de la Parte B que se describe en el Medicare Claims Processing Manual (Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare), Capítulo 1, Sección 70.

Un hospital puede facturar por servicios de paciente interno de la Parte B si el hospital determina, según revisión de los requisitos de utilización de Medicare, que el beneficiario debió haber recibido servicios de hospital de paciente ambulatorio en lugar de servicios de hospital de paciente interno, el hospital ya dio de alta del hospital al beneficiario (comúnmente referido como autoauditoría del hospital). Si el hospital ya presentó una reclamación a Medicare por pago bajo la Parte A, el hospital debe cancelar su reclamación de la Parte A, antes de presentar una reclamación por pago de servicios de paciente interno de la Parte B.

Si el hospital presentó o no una reclamación a la Parte A para su pago, Medicare requiere que el hospital presente una reclamación de la Parte A que indique que el proveedor es responsable, en virtud de la Sección 1879 de la Ley del Seguro Social, por el costo de los servicios de la Parte A. Luego, el hospital podría presentar una



reclamación de paciente interno para el pago bajo la Parte B por todos los servicios que hubieran sido razonables y necesarios si el hospital trató al beneficiario como paciente ambulatorio de hospital en lugar de haber sido admitido como paciente interno, excepto cuando esos servicios requieren específicamente un estado de paciente ambulatorio.

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/MM11181.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11181, 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/2019Downloads/R4259CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4259, CR 11181

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.

Manténgase informado: Suscríbase a eNews

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

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**.

Revisión a las LCDs existentes

Colonoscopia diagnóstica y detección de cáncer colorrectal – revisiones a las LCDs de la Parte A y Parte B

LCD ID números: L33671 y L33655 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, las determinaciones de cobertura local (LCDs) para colonoscopia diagnóstica y detección de cáncer colorrectal se revisaron para eliminar toda la codificación y facturación y el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones de la LCD, “Códigos de Tipo de Factura,” “Códigos de Ingreso,” “Códigos CPT®/HCPCS,” “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica,” “Requisitos de Documentación,” y “Guías de Utilización”) y se colocaron en artículos de facturación y codificación relacionados a las LCDs. Además, en base a la CR 10937, las LCDs fueron revisadas para añadir referencias al manual electrónico (IOM) en la sección de “Política de Cobertura Nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)” de las LCDs relacionadas a colonoscopías incompletas facturadas con Modificador 53 para Proveedores de Método II de Hospitales de Cuidado Crítico (CAH). Además, las LCDs se revisaron para eliminar lenguaje obsoleto sobre metodología de pago de la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de las LCDs relacionadas a cuando una colonoscopia cubierta se intenta pero no puede ser completada, y a su vez, a

la cita del IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia en la sección “Política de Cobertura Nacional de CMS” de las LCDs. Aún más, las secciones “Códigos de Tipo de Factura,” y “Códigos de Ingreso” del artículo de facturación y codificación de colonoscopia diagnóstica han sido actualizadas.

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la CR 10901 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, para servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**.

La revisión relacionada a la CR 10937 es vigente para servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2019**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (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](#).

Factores de coagulación de la hemofilia – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para factores de coagulación de la hemofilia se revisó para eliminar toda la facturación y codificación y todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones de la LCD, “Códigos de Tipo de Factura,” “Códigos de Ingreso,” “Códigos CPT®/HCPCS,” “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica,” “Requisitos de Documentación,” y “Guías de Utilización”) y colocarlas en un nuevo artículo creado de facturación y codificación. Además, la LCD se revisó para actualizar referencias del manual electrónico (IOM) en la sección de “Políticas de Cobertura Nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)” de la LCD. Adicionalmente, en base a las CRs 11192, 11216, y 11232, el artículo de facturación y codificación se revisó para añadir los códigos HCPCS C9141 y J7199 (Inyección, factor viii, [factor antihemofílico, recombinante],

pegylated-aucl [Jivi], 1 i.u).

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a las CRs 11192, 11216, y 11232 es vigente para servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2019**.

La revisión relacionada a la CR 10901 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, por servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

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

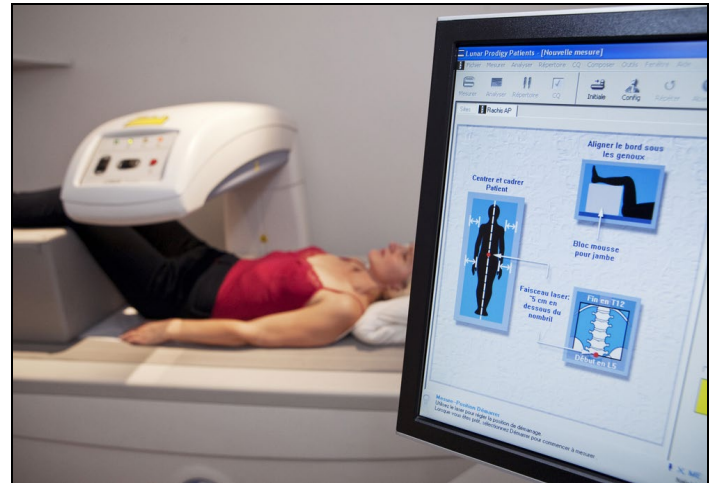
LCD ID número: L36356 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, los códigos del Current Procedural Terminology (CPT®) y los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM se dividieron en dos grupos. El Grupo 1 consiste de los códigos CPT® 77080 y 77085 y los códigos de diagnóstico aplicables de ICD-10-CM y el Grupo 2 consiste de los códigos CPT®/HCPCS 76977, 77078, 77081, y G0130 y los códigos de diagnóstico ICD-10-CM aplicables. Además, la determinación de cobertura local (LCD) se revisó para eliminar toda la codificación y facturación y el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones de la LCD, “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación”, “Guías de Utilización”, y “Estándares de Frecuencia”) y se colocaron en un artículo de facturación y codificación. Durante el proceso de mudanza de los códigos de diagnóstico ICD-10-CM al artículo de codificación y facturación, los rangos de los códigos de diagnóstico ICD-10-CM se dispersaron y se listaron individualmente y cualquier código que no cumpliera con la necesidad médica de la NCD fue eliminado. Además, se eliminó lenguaje del manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de la LCD y a su vez, a la cita del IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia en la sección “Política de Cobertura Nacional de CMS” de la LCD.

Aún más, en base a la CR 11134, el artículo de facturación y codificación de la LCD se revisó para añadir el código CPT® 0508T a la sección “Códigos del Grupo 1” del artículo.

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la CR 10901 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, para servicios prestados **en o después del 3 de**



octubre de 2018.

La revisión a la LCD relacionada a la eliminación de diagnósticos que no cumplen con la necesidad médica de la NCD es vigente para servicios prestados **en o después del 7 de mayo de 2019.**

La revisión a la LCD relacionada a la CR 11134 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 2 de abril de 2019**, para servicios prestados **en o después del 1 de julio de**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Requerimientos de firma de Medicare

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



Números telefónicos

First Coast Service Options

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

Servicio al cliente

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

888-664-4112 (FL/USVI)

877-908-8433 (Puerto Rico)

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

888-216-8261 (TTY-Puerto Rico)

Intercambio electrónico de datos

888-670-0940 (FL/USVI)

888-875-9779 (Puerto Rico)

Sistema de respuesta automática

877-602-8816

Educación y alcance al proveedor

Línea para registro de seminarios

904-791-6281

Pagos en exceso

904-791-6281

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

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)

Laboratorio clínico

Actualización a las nuevas pruebas exentas

Número de *MLN Matters*®: MM11231
 Número de petición de cambio relacionado: 11231
 Fecha de emisión de CR relacionado: 12 de abril de 2019
 Fecha de efectividad: 1 de julio de 2019
 Número de transmisión de CR relacionado: R4277CP
 Fecha de implementación: 1 de julio de 2019

Resumen

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron recientemente las listas de los códigos de Current Procedural Terminology (CPT®) que están sujetos a las instrucciones de facturación asociadas con las pruebas exentas de las Enmiendas de Mejora de Laboratorio Clínico (CLIA) de 1988, las cuales son vigentes a partir del 1 de julio de 2019.

Los códigos CPT® añadidos a la lista deben tener el modificador QW para ser reconocidos como una prueba exenta. CMS cambia los códigos CPT® cubiertos bajo las CLIA (y por lo tanto requieren certificación) cada año.



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/MM11231.pdf>.

La instrucción oficial para la petición de cambio (CR) 11231, 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/2019Downloads/R4277CP.pdf>.

Fuente: CMS Pub. 100-04, Transmittal 4277, CR 11231

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.

Siéntase motivado por Medicare ...

Obtenga información sobre los programas de incentivo del proveedor

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



Determinaciones de Cobertura Local

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

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

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

Fechas de vigencia y notificación

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

Notificación electrónica

Suscríbase a la lista de correspondencia de First Coast eNews para recibir notificaciones rápidas y automáticas cuando las LCD nuevas y modificadas sean puestas en el sitio Web. Hacerlo es bien fácil, simplemente vaya al sitio web educacional <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**.

Revisión a las LCDs existentes

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

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

En base a la petición de cambio (CR) 10901, los códigos del Current Procedural Terminology (CPT®) y los códigos de diagnóstico de ICD-10-CM se dividieron en dos grupos. El Grupo 1 consiste de los códigos CPT® 77080 y 77085 y los códigos de diagnóstico aplicables de ICD-10-CM y el Grupo 2 consiste de los códigos CPT®/HCPCS 76977, 77078, 77081, y G0130 y los códigos de diagnóstico ICD-10-CM aplicables. Además, la determinación de cobertura local (LCD) se revisó para eliminar toda la codificación y facturación y el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones de la LCD, “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación”, “Guías de Utilización”, y “Estándares de Frecuencia”) y se colocaron en un artículo de facturación y codificación. Durante el proceso de mudanza de los códigos de diagnóstico ICD-10-CM al artículo de codificación y facturación, los rangos de los códigos de diagnóstico ICD-10-CM se dispersaron y se listaron individualmente y cualquier código que no cumpliera con la necesidad médica de la LCD fue eliminado. Además, se eliminó lenguaje del manual electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) de la LCD y a su vez, a la cita del IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia en la sección “Política de Cobertura Nacional de CMS” de la LCD.

Aún más, en base a la CR 11134, el artículo de facturación y codificación de la LCD se revisó para añadir el código CPT® 0508T a la sección “Códigos del Grupo 1” del artículo.

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la CR 10901 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, para servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**.

La revisión a la LCD relacionada a la eliminación de diagnósticos que no cumplen con la necesidad médica de la LCD es vigente para servicios prestados **en o después del 7 de mayo de 2019**.

La revisión a la LCD relacionada a la CR 11134 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 2 de abril de 2019**, para servicios prestados **en o después del 1 de julio de 2019**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (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](#).

Factores de coagulación de la hemofilia – revisión a la LCD de la Parte A y la Parte B

LCD ID número: L33684 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para factores de coagulación de la hemofilia se revisó para eliminar toda la facturación y codificación y todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones de la LCD, “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación”, y “Guías de Utilización”) y colocarlas en un nuevo artículo creado de facturación y codificación. Además, la LCD se revisó para actualizar referencias del manual electrónico (IOM) en la sección de “Políticas de Cobertura Nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)” de la LCD. Adicionalmente, en base a las CRs 11192, 11216, y 11232, el artículo de facturación y codificación se revisó para añadir los códigos HCPCS C9141 y J7199 (Inyección, factor viii, [factor antihemofílico, recombinante],

pegylated-aucl [Jivi], 1 i.u).

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a las CRs 11192, 11216, y 11232 es vigente para servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2019**.

La revisión relacionada a la CR 10901 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, por servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (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](#).

Colonoscopia diagnóstica y detección de cáncer colorrectal – revisiones a las LCDs de la Parte A y Parte B

LCD ID números: L33671 y L36355 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio (CR) 10901, las determinaciones de cobertura local (LCDs) para colonoscopia diagnóstica y detección de cáncer colorrectal se revisaron para eliminar toda la codificación y facturación y el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones de la LCD, “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación”, y “Guías de Utilización”) y se colocaron en artículos de facturación y codificación relacionados a las LCDs. Además, en base a la CR 10937, las LCDs fueron revisadas para añadir referencias al manual electrónico (IOM) en la sección de “Política de Cobertura Nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)” de las LCDs relacionadas a colonoscopías incompletas facturadas con Modificador 53 para Proveedores de Método II de Hospitales de Cuidado Crítico (CAH). Además, las LCDs se revisaron para eliminar lenguaje obsoleto sobre metodología de pago de la sección “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones y/o Necesidad Médica” de las LCDs relacionadas a cuando una colonoscopia cubierta



se intenta pero no puede ser completada, y a su vez, a la cita del IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia en la sección “Política de Cobertura Nacional de CMS” de las LCDs. Aún más, las secciones “Códigos de Tipo de Factura,” y “Códigos de Ingreso” del artículo de facturación y codificación de colonoscopia diagnóstica han sido actualizadas.

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la CR 10901 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, para servicios prestados **en o después del 3 de octubre de 2018**.

La revisión relacionada a la CR 10937 es vigente para servicios prestados **en o después del 1 de abril de 2019**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (en inglés) en [https://www.cms.gov/medicare-](https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx)

[coverage-database/overview-and-quick-search.aspx](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](#).

Neuromodulación sacra – revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L36296 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una petición de reconsideración, la determinación de cobertura local (LCD) para neuromodulación sacra se revisó para eliminar el lenguaje “semana 2-3” en la primera viñeta bajo “Las siguientes limitaciones de cobertura aplican para indicaciones fecales”.

En adición, en base a la petición de cambio (CR) 10901 la LCD se revisó para eliminar toda la facturación y codificación, y todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (“Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación”, y secciones de las “Guías de Utilización” de la LCD) y se colocaron en un artículo de codificación y facturación relacionado a la LCD. Además, el lenguaje del Manual Electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se eliminó de la LCD y a su vez, a la cita del IOM relacionada a este lenguaje se le hace referencia en la sección “Política de

Cobertura Nacional de CMS” de la LCD.

Fecha de vigencia

La revisión relacionada a la petición de reconsideración es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 16 de abril de 2019**.

La revisión relacionada a la CR 10901 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 8 de enero de 2019**, para servicios prestados **en o después del 3 de octubre 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-](https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx)

[database/overview-and-quick-search.aspx](https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx). Un artículo de codificación para una LCD (cuando está presente) puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

Información adicional

Tarifas fijas de laboratorio clínico (CLFS) de Parte B de Medicare: información revisada para laboratorios sobre requisitos de facturación de laboratorio de panel de órganos o enfermedades

El Manual de Current Procedural Terminology (CPT®) asigna los códigos CPT® a paneles orientados a órganos o enfermedades (códigos CPT® 80076, 80047, 80048, 80053, 80069, 80061, 80051). Cada código CPT® incluye una lista de los componentes definidos que están incluidos en el panel específico. Consistente con las Modificaciones de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI), cuando un laboratorio realiza todas las pruebas de un panel definido de CPT®, se debe facturar el código CPT® del panel correspondiente. Los códigos del panel deben ser utilizados cuando las pruebas son ordenadas como ese panel. Por ejemplo, si las pruebas ordenadas individuales son colesterol (código CPT® 82465), triglicéridos (código CPT® 84478), y colesterol HDL (código CPT® 83718), el servicio debe ser reportado como un panel de lípidos (código CPT® 80061). Los proveedores deben consultar el Manual de Políticas de la NCCI, Capítulo I, Sección N (Laboratory Panel [Panel de Laboratorio]) y Capítulo 10, Sección C (Organ or Disease Oriented Panels [Paneles Orientados a Órganos o Enfermedades]) del Manual de Políticas de la NCCI de enero de 2019 para los Servicios de Medicare en la sección de “Descargas”



(“Downloads”) aquí: <https://www.cms.gov/medicare/coding/nationalcorrectcodinitd/index.html> (en inglés).

Fecha de vigencia

Vigente para las reclamaciones con fechas de servicio **en o después del 1 de febrero de 2019**.

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

Centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF) – revisión al anexo “guías de codificación” de LCD de Parte B

LCD ID número: L33910 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a la petición de cambio 11134, el anexo “guías de codificación” de la determinación de cobertura local (LCD) de centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF) fue revisado para incluir el código 0508T de Current Procedural Terminology (CPT®).

Fecha de vigencia

La fecha de vigencia de esta revisión es para las reclamaciones procesadas **en o después del 2 de abril de 2019**, para los servicios prestados **en o después del**

1 de julio de 2018. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS de Medicare (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](#).

Encuentre rápido sus favoritos  utilice Enlaces Populares

¿Está buscando la manera más rápida de encontrar sus secciones favoritas de nuestro sitio web? Es fácil – simplemente utilice el menú de navegación de enlaces populares. Localizado en el lado izquierdo de cada página, este menú conveniente le permite saltar a las páginas más populares en el sitio – con un solo clic. Encuentre cuán fácil es encontrar rápido lo que necesita – utilice Enlaces Populares.

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

888-845-8614

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