

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Noviembre 2019



En esta edición

Cambios a la cantidad en controversia (AIC) para apelaciones en 2020.....	3
Programa de hospitalización psiquiátrica parcial - LCD retirada de la Parte A	13
Endoprótesis endovenosa - nueva LCD de la Parte A y Parte B.....	21

MLN Connects® -- Edición Especial para el 4 de noviembre de 2019

Mensaje Educativo del Proveedor:

Llamada de Reglamentos Finales de la Tarifa Fija de Médicos y OPPS/ASC — 6 de noviembre

Miércoles, 6 de noviembre de 2:15 a 3:45 pm ET

[Inscríbese](#) para los eventos de Medicare Learning Network (en inglés).

Durante esta llamada, (enlaces en inglés) aprenda acerca de las provisiones en dos reglamentos finales de CMS CY 2020:

- Programa de Pago de Calidad y Tarifa Fija de Médicos: [Reglamento Final](#), [Comunicado de Prensa](#), [Hoja Informativa de Tarifa Fija de Médicos](#), y [Hoja Informativa del Programa de Pago de Calidad](#)
- Sistemas de pago del Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios de Hospital de Medicare (OPPS) y Sistemas de Pago de Centro de Cirugía Ambulatorio (ASC): [Reglamento Final](#) y [Hoja Informativa](#)

Los cambios a la Tarifa Fija de Médicos están dirigidos a reducir cargas, reconocer médicos por el tiempo que pasan cuidando sus pacientes, eliminando medidas innecesarias, y logrando que sea más fácil para los

médicos estar en el camino hacia el cuidado basado en el valor. Los temas incluyen:

- Actualizaciones de políticas de supervisión y pago
- Vías de Valor del Sistema de Incentivo de Pago basado en el Mérito: Racionalizando el Programa de Pago de Calidad para reducir la carga del médico
- Creando el beneficio del nuevo Programa de Tratamiento de Opioides en respuesta a la epidemia de opioides

Además, actualizaciones y políticas de cambio bajo los sistemas de pago de OPPS y ASC de Medicare sientan la base para un sistema de cuidado de la salud enfocado en el paciente.

La presentación estará seguida de una sesión de preguntas y respuestas. Le alentamos a que revise los reglamentos finales antes de la llamada.

Audiencia: Médicos de pago por servicio de la Parte B de Medicare; gerentes de oficina y administradores; asociaciones estatales y nacionales que representan a proveedores de cuidado médico; todos los hospitales operando en los Estados Unidos; y otras partes interesadas.

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

MLN Connects® -- Edición Especial para el 4 de noviembre de 2019.....1

Apelaciones

Cambios a la cantidad en controversia (AIC) para apelaciones en 2020.....3

Problemas de procesamiento

Reclamaciones de ambulancia denegadas por el modificador 7275 de facturación consolidada (CB) de centro de enfermería especializada (SNF) del archivo común de trabajo (CWF)3

Tarifas

Tasas de pago del Manual de tarifas fijas de Medicare de 2020 para médicos y el programa de participación3

Recursos educativos

Calendario de eventos.....4

MLN Connects® para el jueves, 24 de octubre de 20195

MLN Connects® para el jueves, 31 de octubre de 20195

MLN Connects® -- Edición Especial para el 31 de octubre de 20196

MLN Connects® -- Edición Especial para el 1 de noviembre de 2019.....8

MLN Connects® para el jueves, 7 de noviembre de 2019.....9

MLN Connects® -- Edición Especial para el 12 de noviembre de 2019.....10

MLN Connects® para el jueves, 14 de noviembre de 2019.....10

MLN Connects® -- Edición Especial para el 15 de noviembre de 2019.....11

Parte A

Determinaciones de cobertura local de la Parte A.....12

LCD retirada

Programa de hospitalización psiquiátrica parcial – LCD retirada de la Parte A....13

Contactos de la Parte A14

Parte B

Determinaciones de cobertura local de las Partes A y B15

Revisión a las LCDs existentes

Radioterapia de haz de protones -- revisión a la LCD de la Parte B16

Servicios no cubiertos – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B17

Algoritmo de prueba 4Kscore – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B17

Revisiones a múltiples LCDs – Parte A y Parte B.....18

Tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B19

Centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF) -- revisión a la LCD de la Parte B.....19

LCDs retiradas

Múltiples LCDs de la Parte B están siendo retiradas.....20

Múltiples LCDs de la Parte A y Parte B están siendo retiradas.....20

LCDs nuevas

Endoprótesis endovenosa – nueva LCD de la Parte A y Parte B21

Paneles de patógenos gastrointestinales (GIP) utilizando técnicas de amplificación de ácido nucleico multiplex (NAATs) – nueva LCD de la Parte A y Parte B21

Cirugía microinvasiva de glaucoma (MIGS) – nueva LCD de la Parte A y Parte B21

Información de contacto de Puerto Rico22

Información de contacto de Florida23

Información de contacto de Islas Vírgenes de los Estados Unidos.....24

Medicare A y B Al Día

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.



Apelaciones

Cambios a la cantidad en controversia (AIC) para apelaciones en 2020

La cantidad que debe permanecer en controversia para las solicitudes de audiencia de Juez de Derecho Administrativo (ALJ) (apelación de tercer nivel) presentadas en o antes del 31 de diciembre de 2019, es \$160.

Esta cantidad aumentará a \$170 para las solicitudes de audiencia de ALJ presentadas en o después del 1 de enero de 2020.

La cantidad que debe permanecer en controversia para las revisiones en Corte de Distrito Federal (apelación de quinto nivel) solicitadas en o antes del 31 de diciembre de 2019, es \$1,630. Esta cantidad aumentará a \$1,670 para las apelaciones a la Corte de Distrito Federal presentadas en o después del 1 de enero de 2020.

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

Problemas de procesamiento

Reclamaciones de ambulancia denegadas por el modificador 7275 de facturación consolidada (CB) de centro de enfermería especializada (SNF) del archivo común de trabajo (CWF)

Problema

El modificador 7275 del CB de SNF del CWF está denegando reclamaciones de ambulancia de la Parte B inadecuadamente.

Esto está ocurriendo cuando el beneficiario está cubierto en una estadía de SNF de la Parte A pero requiere transporte cubierto por la Parte B para servicios de emergencia y cuando la reclamación del transporte es facturada con el código A0427, A0429, o A0433 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

Resolución

Los contratistas administrativos de Medicare (MACs) manualmente obviarán el 7275 del CB de SNF del CWF para reclamaciones de transporte de ambulancia que

lleguen conteniendo el código A0427, A0429, o A0433 del HCPCS facturadas con o sin A0425.

Estado/Fecha de resolución

Abierto.

Acción del proveedor

Ninguna; sin embargo, los MACs volverán a procesar las reclamaciones que sean llevadas a su atención que fueron denegadas 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.

Tarifas

Tasas de pago del Manual de tarifas fijas de Medicare de 2020 para médicos y el programa de participación

El periodo de participación anual para médicos y suplidores comienza el 1 de enero de cada año, y corre hasta diciembre 31.

La inscripción de participación anual comienza a mediados de noviembre cada año.

Las tasas de pago del manual de tarifas fijas de Medicare

de 2020 para médicos (MPFS) han sido publicadas en la página web del proveedor de Medicare de First Coast Service Options ya que el reglamento final ha sido puesto en pantalla en el Registro Federal (*Federal Register*).

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

Recursos educativos

Calendario de eventos

Diciembre de 2019

Coffee break de la tarde: Aprenda las claves para una transición exitosa al MBI (A/B)

Cuando: 10 de diciembre de 2019
 Hora: 2:30 - 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.

Visite nuestra lista completa de próximos eventos

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 *First Coast University* 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 1-904-361-0407. 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 nuestra [página web](#) para detalles y nuevos programas de eventos educativos (teleconferencias, webcasts, etc.).



MLN Connects® para el jueves, 24 de octubre de 2019

MLN Connects® para el 24 de octubre de 2019

[Vea esta edición como PDF](#)

Noticias

- Nueva Tarjeta de Medicare: Códigos de Denegación de Reclamación Después del 1 de enero
- Lleve la Lucha Contra el Fraude, Despilfarro y Abuso de Medicare Más Allá, A Través de la Innovación
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare

Cumplimiento

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

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Directrices de Codificación de ICD-10 para Vapeo (Vaping)

MLN Connects® para el jueves, 31 de octubre de 2019

MLN Connects® para el jueves, 31 de octubre de 2019

[Vea esta edición como PDF](#)

Noticias

- Proteja las Identidades de Sus Pacientes: Utilice el MBI Ahora
- Resultados del Programa de Compra Basada en el Valor de Hospital para el FY 2020
- Fecha Límite de Presentación del Programa de Reporte de Calidad de IRF/LTCH/SNF: 15 de noviembre
- Repaso de Comparación de Residencia de Ancianos
- Vacunación contra la Influenza: Proteja a Sus Pacientes esta Temporada

Cumplimiento

- DMEPOS: Facture Correctamente por Artículos Proporcionados Durante Estadías de Pacientes Internos

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Reclamaciones de Trasplante de Hígado: Posible Sobrepago

Eventos

- Webcast acerca de Presentar Su Reporte de Costo de la Parte A de Medicare Electrónicamente — 5 de noviembre

Eventos

- Webcast acerca de Presentar Su Reporte de Costo de la Parte A de Medicare Electrónicamente — 5 de noviembre
- Llamada de Reporte de Datos acerca del Sistema de Pago de Pruebas de Laboratorio de Diagnóstico Clínico — 14 de noviembre

Artículos de MLN Matters®

- Actualización de las Tarifas de Pago del Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP) para el Año Calendario (CY) 2020

Multimedia

- Módulos de Capacitación del CDC en Opioides para Enfermeras
- Programa de Pago de Calidad: Capacitación Basada en la Web de APMs

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

- Llamada de Reporte de Datos acerca del Sistema de Pago de Pruebas de Laboratorio de Diagnóstico Clínico — 14 de noviembre

- Webinar acerca del Éxito con el Programa de Reporte de Calidad de Hospicio — 14 de noviembre

Artículos de MLN Matters®

- Instrucciones de Facturación para Beneficiarios Inscritos en Planes de Medicare Advantage (MA) por Servicios Cubiertos por el Memo de Decisión CAG-00451N
- Descripción General del Modelo de Autorización Previa de Ambulancia No emergente Repetitiva y Programada — Revisado
- Lo Que Las Agencias de Salud en el Hogar (HHAs) Necesitan Saber Acerca de Ser Puestos en un Periodo Provisional de Supervisión Mejorada — Revisado

Multimedia

- Curso de Capacitación Basado en la Web acerca de Fraude y Abuso de Medicare: Prevenga, Detecte, Reporte
- Cursos de Capacitación Basados en la Web acerca del Programa de Pago de Calidad: MIPS de 2019

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 31 de octubre de 2019

Reglamentos de Pago Finales para HH, ESRD y DMEPOS

- HHAs: Cambios de Pago y Política para el CY 2020 y Beneficio de Terapia de Infusión en el Hogar para el CY 2021
- Reglamento Final de ESRD y DMEPOS para el CY 2020

HHAs: Cambios de Pago y Política para el CY 2020 y Beneficio de Terapia de Infusión en el Hogar para el CY 2021

CMS emitió un reglamento final con periodo de comentarios que da fin a las actualizaciones de rutina a las tasas de pago de salud en el hogar para el CY 2020, de acuerdo con los requisitos legales y reglamentarios existentes. Este reglamento con periodo de comentarios incluye:

- Modificación a las reglamentaciones de pago pertenecientes al contenido del plan de cuidado de salud en el hogar
- Permite a los asistentes de terapeutas brindar terapia de mantenimiento
- Da fin a las políticas relacionadas al enfoque de pago porcentual dividido bajo el Sistema de Pago Prospectivo de Salud en el Hogar (PPS de HH)
- Políticas finales relacionadas a la implementación del beneficio permanente de terapia de infusión en el hogar en el CY 2021, incluyendo categorías de pago, cantidades y ajustes requeridos y opcionales; y solicita comentarios acerca de opciones para incrementar esfuerzos futuros para mejorar las políticas relacionadas con la cobertura de drogas elegibles para terapia de infusión en el hogar
- Implementación del Modelo de Agrupaciones Enfocadas en el Paciente (PDGM), una metodología de ajuste de casos de diagnósticos alterna con una unidad de pago de 30 días, ordenada por la Ley de Presupuesto Bipartidista de 2018 (BBA de 2018)

CMS proyecta que los pagos agregados de Medicare a Agencias de Salud en el Hogar (HHAs) en el CY 2020 aumentarán un 1.3 por ciento, o \$250 millones. Este aumento refleja los efectos del 1.5 por ciento de porcentaje de actualización de pago de salud en el hogar (aumento de \$290 millones), ordenado por la BBA de 2018; y un 0.2 por ciento de disminución agregada (-\$40 millones) en pagos a HHAs debido a cambios en los porcentajes de complementos rurales, también ordenados por la BBA de 2018. Las actualizaciones de tasas también incluyen un ajuste de presupuesto neutral a la cantidad de pago de 30 días para el CY 2020 para compensar

cambios anticipados en el comportamiento del proveedor tras la implementación del PDGM; el uso de los datos actualizados del índice salarial para el índice salarial de salud en el hogar; y las actualizaciones al índice de pérdida de dólares fijos para determinar pagos atípicos. Debido a la escala de los cambios del sistema de pago del PDGM para el CY 2020, podría tomarle más tiempo a las HHAs antes de que implementen por completo el comportamiento asumido por CMS; por lo tanto, aplicamos los tres supuestos de cambio de comportamiento descritos anteriormente a la mitad de los periodos de 30 días en nuestro archivo analítico, lo que resultó en un ajuste menor a la cantidad de pago de 30 días necesaria para mantener la neutralidad presupuestaria, como lo exige la ley. CMS está finalizando una cantidad de pago de 30 días para el CY 2020 (para aquellas HHAs que reportan los datos de calidad requeridos) de \$1,864.03.

El reglamento final también incluye:

- Mejora y modernización de la integridad del programa mientras reduce cargas reglamentarias
- Roles para profesionales no licenciados – mejorando el acceso al cuidado
- Programa de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar
- Modelo de Compra Basada en el Valor de Salud en el Hogar (HHVBP)

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Comunicado de Prensa](#)
- Sitio web del [PPS de HH](#)
- Sitio web del [Centro de HHA](#)
- Página web del [PDGM](#)
- Sitio web de [Servicios de Terapia de Infusión en el Hogar](#)
- Página web de [Requisitos de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar](#)
- Página web del [Modelo de HHVBP](#)

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 31 de octubre).

Reglamento Final de ESRD y DMEPOS para el CY 2020

El 31 de octubre, CMS emitió un reglamento final que actualiza las políticas de pago y las tasas bajo el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de Enfermedad Renal en Estado Terminal (ESRD) para los servicios de diálisis renal realizados a beneficiarios en o después del 1 de enero de 2021. Este reglamento también actualiza la tasa de pago de diálisis de Lesión Renal Aguda (AKI) para servicios de diálisis renal realizados por centros de ESRD a individuos con AKI y da fin a los cambios al Programa de Incentivo de Calidad de ESRD.

EDICIÓN ESPECIAL

De la página 6

Además, este reglamento incluye:

- Metodología para calcular las cantidades de pago de tarifas fijas para artículos y servicios de Equipo Médico Duradero, Prótesis, Ortóticos y Provisiones Médicas (DMEPOS) y realizar ajustes a las cantidades de tarifas fijas establecidas utilizando precios comerciales o de proveedores si dichos precios disminuyen dentro de los cinco años posteriores al establecimiento de las cantidades de tarifas fijas iniciales
- Revisa las políticas existentes relacionadas al programa de licitación competitiva para DMEPOS
- Agiliza los requisitos para ordenar artículos de DMEPOS y crea una Lista Maestra de artículos de DMEPOS que podrían estar sujetos a encuentros cara a cara y pedidos por escrito antes de la entrega y/o requisitos de autorización previa
- Resúmenes de las respuestas a las solicitudes de información acerca de la recopilación de datos resultantes del panel de expertos técnicos del PPS de ESRD, posibles actualizaciones y mejoras al índice salarial del PPS de ESRD, y nuevas reglamentaciones para la licitación competitiva de las tiras de prueba para diabéticos

CMS proyecta que las actualizaciones para el CY 2020 aumentarán los pagos totales a todos los centros de ESRD en un 1.6 por ciento en comparación con el CY 2019. Para los centros hospitalarios de ESRD, CMS proyecta un aumento en los pagos totales de 2.1 por ciento, mientras que para los centros independientes, el aumento proyectado en los pagos totales es de 1.6 por ciento.

El reglamento final también incluye:

- Actualización a la política atípica
- Criterios de elegibilidad para el Ajuste de Pago Adicional de Drogas de Transición (TDAPA)
- Base de pago del TDAPA para calcimiméticos
- Política condicional de precio promedio de venta para la aplicación del TDAPA
- Nuevos e innovadores equipos y suministros para diálisis renal



- Suspender la política de monitoreo del agente estimulante de la eritropoyesis
- Solicitudes de información

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Comunicado de Prensa](#)

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 31 de octubre).

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 1 de noviembre de 2019

Mensaje educativo del proveedor

Reglamentos Finales de Tarifas Fijas de Médicos, OPPTS de Hospital y ASC

- Tarifas Fijas de Médicos: Política Final, Pago, y Provisiones de Calidad para el CY 2020
- Reglamento Final del Sistema de Pago de ASC y OPPTS de Hospital de Medicare para el CY 2020

Tarifas Fijas de Médicos: Política Final, Pago, y Provisiones de Calidad para el CY 2020

El 1 de noviembre, CMS emitió un reglamento final que incluye actualizaciones a políticas de pago, y provisiones de calidad para servicios prestados bajo la Tarifa Fija de Médicos de Medicare (PFS) vigente en o después del 1 de enero de 2020.

Provisiones de Pago:

- Fijación de tarifas y factor de conversión
- Servicios de telesalud de Medicare
- Servicios de evaluación y manejo
- Requisitos de supervisión médica para asistentes médicos
- Verificación y repaso de documentación de expedientes médicos
- Servicios de manejo de cuidado
- Cobertura de Medicare para servicios de tratamiento de trastornos por uso de opioides provistos por programas de tratamiento de opioides
- Pago incluido bajo el PFS para trastornos por uso de opioides
- Servicios de terapia

Otras provisiones:

- Programa de Pago de Calidad
- Servicios de ambulancia
- Sistema de recopilación de datos de ambulancia terrestre
- Programa de Pagos Abierto
- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Comunicado de Prensa](#)
- [Comunicado de Prensa](#) – Tratamiento de Trastornos por Uso de Opioides
- [Hoja Informativa del Programa de Pago de Calidad](#)
- [Inscripción](#) para la Llamada del 6 de noviembre

Vea el texto completo (en inglés) de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 1 de noviembre).

Reglamento Final del Sistema de Pago de ASC y OPPTS de Hospital de Medicare para el CY 2020

El 1 de noviembre, CMS finalizó políticas que se dirigen a incrementar opciones, apoyar la innovación médica, empoderar pacientes, y eliminar despilfarro, fraude, y abuso para proteger a las personas mayores y contribuyentes. Los cambios construidos en esfuerzos existentes para aumentar las opciones del paciente al hacer pagos de Medicare disponibles para más servicios en diferentes lugares de servicio y adoptar cambios de política bajo el Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios de Hospital de Medicare (OPPTS) y Sistema de Pago de Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC).

De acuerdo con la ley de Medicare, CMS está actualizando las tarifas de pago para hospitales que cumplan con los requisitos de reporte de calidad aplicables en un 2.6 por ciento. Esta actualización está basada en el aumento proyectado de la bolsa de mercado de hospital de un 3.0 por ciento menos un ajuste de punto de porcentaje de 0.4 para Productividad Multi-Factor (MFP).

Utilizando la bolsa de mercado de hospital, CMS está finalizando una actualización a las tarifas de ASC para el CY 2020 iguales a 2.6 por ciento. La actualización aplica a cumplir con los requisitos de reporte de calidad relevantes de ASCs. Este cambio está basado en el aumento de la bolsa de mercado de hospital de un 3.0 por ciento menos un ajuste de punto de porcentaje de 0.4 para MFP. Este cambio también ayudará a promover neutralidad de lugar entre hospitales y ASCs y alentar la migración de servicios desde el ambiente de hospital al ambiente de menor costo de ASC.

El reglamento final con periodo de comentario incluye:

- Aumentar opciones y fomentar la neutralidad del lugar
- Método de control para aumentos innecesarios en la utilización de servicios de pacientes ambulatorios
- Cambios a la lista de pacientes internos solamente
- Lista de procedimientos cubiertos de ASC
- Pago por procedimientos que involucran sustitutos de piel
- Repensando la salud rural
- Cambios en el nivel de supervisión de servicios terapéuticos de pacientes ambulatorios en hospitales y hospitales de acceso crítico
- Abordando disparidades en el índice salarial
- Desatando la innovación

Ver **EDICIÓN ESPECIAL**, en la página 9

MLN Connects® para el jueves, 7 de noviembre de 2019

MLN Connects® para el 7 de noviembre de 2019

Ve esta edición como PDF 

Noticias

- Nueva Tarjeta de Medicare: Rechazo de Reclamaciones de HICN del 1 de enero de 2020
- Programa de Reporte de Calidad de IRF/LTCH/ SNF: Fecha Límite de Presentación Extendida hasta noviembre 18
- Medida de Insuficiencia Cardíaca del MIPS: Llamada para Comentarios Públicos Cierra el 27 de noviembre
- CAHs: Fecha Límite para Solicitar Excepción por Dificultad Económica es el 2 de diciembre
- Encuestas de Licitación Competitiva de DMEPOS: Comentarios para el 20 de diciembre
- MIPS: Periodo Abierto de Elección de Grupo Virtual Hasta el 31 de diciembre
- Sistema de Recopilación de Datos de Ambulancia Terrestre de Medicare: Comienza el 1 de enero de 2020
- Agencia de Salud en el Hogar: Especificaciones de Presentación de Datos OASIS D-1 Final
- Categorías de Relación de Pacientes y Códigos de MACRA: Aprenda Más
- Recomiende Vacunación contra la Influenza: Cada Visita de Oficina es una Oportunidad

Cumplimiento

- Facture Correctamente por Servicios de Telesalud de Medicare

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Reclamaciones Detenidas de Centro de Enfermería Especializada

Eventos

- Llamada de Reporte de Datos acerca del Sistema

EDICIÓN ESPECIAL

De la página 8

- Aplicaciones de transferencia de dispositivos
- Protegiendo los dólares de los contribuyentes
- Medidas Significativas/Pacientes Sobre Papeleo
- Programa de Reporte de Calidad de Paciente Ambulatorio de Hospital
- Programa de Reporte de Calidad de Centro de Cirugía Ambulatoria
- Metodología de pago de OPSS para medicamentos 340B comprados
- Ajuste de tasas del Programa de Hospitalización Parcial (PHP)
- Actualización al PHP de tarifas por día

de Pago de Pruebas de Laboratorio de Diagnóstico Clínico — 14 de noviembre

- Llamada del Sistema de Recopilación de Datos: Organizaciones de Ambulancia Terrestre — 5 de diciembre

Artículos de MLN Matters®

- Adición de Grupos Relacionados con el Diagnóstico de Severidad Médica (MS-DRG) Sujetos al Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados (IPPS) Dispositivos Reemplazados Ofrecidos Sin Costo o Con una Política de Crédito
- Pagos de Bonificación por Área de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA) para Todas las Especialidades de Salud Mental
- Actualización Trimestral de las Ediciones de Procedimiento a Procedimiento (PTP) de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI), Versión 26.0, Vigente el 1 de enero de 2020
- Actualización de abril de 2019 del Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios de Hospital (OPPS) — Revisado
- Implementación de Intercambio de la Lista de Solicitudes de Documentación Médica Electrónica (eMDR) para Proveedores Inscritos a través del Sistema de Presentación Electrónica de Documentación Médica (esMD) — Revisado

Publicaciones

- Inscripción de Medicare a los Programas de Tratamiento de Opioides (OTPs)
- Facturación de Inmunización de la Parte B de Medicare: Virus de la Influenza Estacional, Neumococo, y Hepatitis B — Revisado

Multimedia

- Video de Servicios de Telesalud de Medicare

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

- Revisión a las condiciones de organización de obtención de órganos para la certificación

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Final](#)
- [Inscripción](#) para la Llamada del 6 de noviembre

Ve el texto completo (en inglés) de este extracto de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 1 de noviembre).

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 12 de noviembre de 2019

Rechazo de Reclamaciones con el HICN

Estamos a 50 días de que finalice el periodo de transición al Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI). Utilice el MBI en reclamaciones de Medicare y otras transacciones ahora. A partir del 1 de enero, sin importar la fecha de servicio.

- Rechazaremos las reclamaciones presentadas con los Números del Seguro de Salud del

Beneficiario (HICNs) con algunas *excepciones* (en inglés)

- Rechazaremos todas las transacciones de elegibilidad presentadas con HICNs

Vea el [Artículo de MLN Matters](#) (en inglés) para aprender cómo obtener y utilizar MBIs.

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 jueves, 14 de noviembre de 2019

[MLN Connects® para el 14 de noviembre de 2019](#)

[Vea esta edición como PDF](#) 

Noticias

- Nueva Tarjeta de Medicare: Si un MBI Cambia
- Programa de Ahorros Compartidos de Medicare: Fechas Límites de Aplicación para el 1 de enero de 2021, Fecha de Inicio
- Unidades de Drogas en Exceso de MUE: Reporte Comparativo de Facturación en noviembre
- Planificación Centrada en la Persona: Comentario acerca de Medida de Desempeño para el 2 de diciembre
- Recursos de Preparación para Emergencias
- Aumentando la Concientización de la Diabetes en noviembre
- Reconociendo el Mes de la Concientización del Cáncer de Pulmón y el Gran Día Americano de No Fumar

Cumplimiento

- Facturación de la Norma de 3 Días de Centro de Enfermería Especializada

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Categorías de Relación de Pacientes y Códigos de MACRA: Reportando Modificadores de Nivel II del HCPCS

Eventos

- Webinars acerca del Modelo de Opciones de Cuidado Renal — 15 y 22 de noviembre

- Webinar acerca del Reglamento Final del Programa de Pago de Calidad de 2020 — 19 de noviembre
- Webinar acerca de Unidades de Drogas en Exceso de MUE: Reporte Comparativo de Facturación — 4 de diciembre
- Llamada del Sistema de Recopilación de Datos: Organizaciones de Ambulancia Terrestre — 5 de diciembre

Artículos de MLN Matters®

- Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a Edición (ICD-10) y Otras Revisiones de Codificación a Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs) — Actualización de abril de 2020
- Actualizaciones a la Implementación de la CR 11152 del Modelo de Pago Enfocado en el Paciente (PDPM) de Centro de Enfermería Especializada (SNF)
- Visualizar Cantidades de Pago de Reclamación del PARHM — Revisado
- Actualización de octubre de 2019 del Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios de Hospital (OPPS) — Revisado
- Cambios Trimestrales de Código de Drogas/Productos Biológicos del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS): Actualización de octubre de 2019 — 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 15 de noviembre de 2019

Requisitos de Transparencia de Precio de Hospital

Cambios de Política al Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Ambulatorios de Hospital (OPPS) para el CY 2020

El 15 de noviembre, CMS finalizó políticas que sientan la base para un sistema de cuidado de la salud enfocado en el paciente al hacer los precios de artículos y servicios proporcionados por todos los hospitales en los Estados Unidos más transparentes para los pacientes para que así ellos puedan estar más informados acerca de lo que podrían pagar por artículos y servicios hospitalarios.

Las políticas en el reglamento final avanzarán aún más el compromiso de la agencia de aumentar la transparencia de los precios. Incluye requisitos que se aplicarían a cada hospital que opera en los Estados Unidos. En respuesta a los comentarios, CMS está extendiendo la fecha de vigencia al 1 de enero de 2021 para garantizar el cumplimiento del hospital con estas reglamentaciones.

El reglamento final incluye:

- Definiciones de "hospital", "cargos estándar" y "artículos y servicios"
- Requisitos para hacer públicos todos los cargos estándar para todos los artículos y servicios en un formato legible por máquina
- Requisitos para mostrar servicios que se pueden comprar de manera amigable para el consumidor
- Monitoreo y aplicación

Para más información (en inglés):

- [Vea el reglamento final \(CMS-1717-F2\)](#): Este documento aprobado por el HHS ha sido presentado a la Oficina del Registro Federal (OFR) para su publicación y aún no ha sido colocado para exhibición pública o publicado en el Registro Federal.



El documento podría variar un poco del documento publicado si se realizaron cambios editoriales mínimos durante el proceso de revisión de la OFR. El documento publicado en el [Registro Federal](#) es el documento oficial aprobado por el HHS.

- [Comunicado de Prensa](#)
- [La inscripción abrirá pronto](#) para la Llamada del 3 de diciembre

Vea el texto completo de este extracto (en inglés) de la [Hoja Informativa de CMS](#) (emitida el 15 de noviembre).

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>.



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 [nuestra página web](#) de educación 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 a [nuestra página web](#) educacional, 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 nuestra página web de [Búsqueda de LCDs](#), 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 retirada

Programa de hospitalización psiquiátrica parcial – LCD retirada de la Parte A

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

En base a una revisión de análisis de datos de la determinación de cobertura local (LCD) para el programa de hospitalización psiquiátrica parcial, se determinó que la misma ya no es necesaria.

Por lo tanto, la LCD y las directrices de codificación relacionada al artículo de cobertura local (A56037) están siendo retiradas.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD y las directrices de codificación relacionadas al artículo de cobertura local es vigente para servicios prestados **en o después del 7 de noviembre de 2019**.

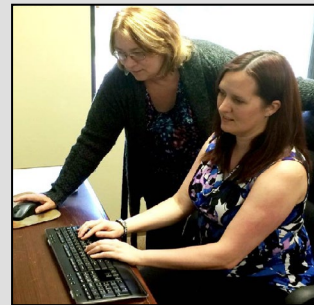
Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.



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

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

“ 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

Direcciones postales

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

Asistencia técnica de SPOT

FCSOSPOTHelp@fcso.com

855-416-4199

Páginas 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

AskPuertoRicoA@fcso.com

AskPuertoRicoB@fcso.com

Determinaciones de cobertura local

Medical Policy and Procedures

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

Medicare como pagador secundario (MSP)

Medicare Secondary Payer

P. O. Box 2711

Jacksonville, FL 32231-0021

Auditorías de hospital

MSP – Hospital review

P. O. Box 45267

Jacksonville, FL 32232-5267

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

Auto/Liability – 17T

P. O. Box 44179

Jacksonville, FL 32231-4179

Recaudo de sobrepagos y recobro de deuda

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

Provider audit and reimbursement

P. O. Box 45268

Jacksonville, FL 32232-5268

Reportes de balances de crédito

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 45011

Jacksonville, FL 32232-5011

Revisión médica postpago

First Coast Service Options Inc.

P. O. Box 44159

Jacksonville, FL 32231-4159

Inscripción del proveedor

CMS-855 Applications

P. O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Redeterminaciones

Florida:

Medicare Part A Redetermination/ Appeals

P. O. Box 45053

Jacksonville, FL 32232-5053

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 Servicios 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)

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 [nuestra página web](#) de educación 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 a [nuestra página web](#), 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 nuestra página web de [Búsqueda de LCDs](#), 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

Radioterapia de haz de protones -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33937 (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 radioterapia de haz de protones se revisó para eliminar toda la información de codificación y facturación así como todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos de CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización” de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Durante el proceso de mover los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM al artículo de facturación y codificación, los rangos de códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM fueron divididos y listados individualmente. Además, las secciones de referencia de la Ley de Seguro Social y del Manual Electrónico (IOM) fueron actualizadas.

También, en base a una revisión del artículo nuevamente creado de facturación y codificación, los siguientes códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM fueron añadidos a la sección D43.3: “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 1”. Los siguientes códigos de diagnóstico ICD-10-CM fueron eliminados de la sección: “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 1”: C40.00, C40.01, C40.02, C40.10, C40.11, C40.12, C40.20, C40.21, C40.22, C40.30, C40.31, C40.32, C40.80, C40.81, C40.82, C40.90, C40.91, C40.92, C41.9, C47.0, C47.10, C47.11, C47.12, C47.20, C47.21, C47.22, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9, C49.0, C49.10, C49.11, C49.12, C49.20, C49.21, C49.22, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9, C64.1, C64.2, C64.9, C69.00, C69.01, C69.02, C69.10, C69.11, C69.12, C69.20, C69.30, C69.40, C69.50, C69.51, C69.52, C69.60, C69.80, C69.90, C69.91, C69.92, C70.9, C71.9, C72.20, C72.30, C72.40, C72.50, C72.9, D32.9, D33.2, D42.9, y D43.2. Los siguientes códigos de diagnóstico ICD-10-CM fueron añadidos a la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 2”: C02.0, C02.1, C02.2, C02.4, C02.8, C14.8, C15.5, C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.8, C26.1, C40.01, C40.02, C40.11, C40.12, C40.21, C40.22, C40.31, C40.32, C40.81, C40.82, C47.0, C47.11, C47.12, C47.21, C47.22, C47.3, C47.4, C47.5, C49.0, C49.11, C49.12, C49.21, C49.22, C49.3, C49.4, C49.5, C49.8, C50.022, C50.122, C50.222, C50.322, C50.422, C50.522, C50.622, C50.812, C50.822, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C57.01, C57.02, C57.11, C57.12, C57.21, C57.22, C57.3, C57.7, C57.8, C74.01, C74.02, C74.11, C74.12, C7A.026, C7A.090, C7B.02, C79.49, C79.71, y C79.72. Los siguientes códigos de diagnóstico ICD-10-CM fueron eliminados de la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la

Necesidad Médica/Códigos del Grupo 2”: C04.9, C05.9, C06.80, C06.9, C10.9, C11.9, C13.9, C14.0, C21.0, C25.9, C31.9, C32.9, C34.00, C34.10, C34.30, C34.80, C34.90, C34.91, C34.92, C44.00, C44.101, C44.1021, C44.1022, C44.1091, C44.1092, C44.111, C44.121, C44.131, C44.191, C44.201, C44.202, C44.209, C44.211, C44.221, C44.291, C44.300, C44.301, C44.309, C44.310, C44.320, C44.390, C44.40, C44.500, C44.501, C44.509, C44.601, C44.602, C44.609, C44.611, C44.621, C44.691, C44.701, C44.702, C44.709, C44.711, C44.721, C44.791, C44.80, C44.90, C44.91, C44.92, C44.99, C50.011, C50.019, C50.111, C50.119, C50.211, C50.219, C50.311, C50.319, C50.411, C50.419, C50.511, C50.519, C50.611, C50.619, C56.9, C67.9, C76.1, C76.2 y C78.00.

En adición, los siguientes códigos de diagnóstico ICD-10-CM bajo la sección “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 2” del artículo de codificación y facturación ahora requieren un diagnóstico doble: Códigos de diagnóstico ICD-10-CM: C44.01, C44.02, C44.09, C44.1121, C44.1122, C44.1191, C44.1192, C44.1221, C44.1222, C44.1291, C44.1292, C44.1321, C44.1322, C44.1391, C44.1392, C44.1921, C44.1922, C44.1991, C44.1992, C44.212, C44.219, C44.222, C44.229, C44.292, C44.299, C44.311, C44.319, C44.321, C44.329, C44.391, C44.399, C44.41, C44.42, C44.49, C44.510, C44.511, C44.519, C44.520, C44.521, C44.529, C44.590, C44.591, C44.599, C44.612, C44.619, C44.622, C44.629, C44.692, C44.699, C44.712, C44.719, C44.722, C44.729, C44.792, C44.799, C44.81, C44.82 y C44.89 deben ser facturados con el código de diagnóstico C79.49 de la ICD-10-CM.

Fecha de vigencia

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

La revisión a la LCD relacionada a la adición/remoción de códigos de diagnóstico ICD-10-CM y el requisito de diagnóstico doble es vigente para servicios prestados **en o después del 16 de diciembre de 2019**.

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

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

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

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

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

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la determinación de cobertura local (LCD) para servicios no cubiertos se revisó para eliminar toda la facturación y codificación y todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos de CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización” de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación (A57743). Además, el Artículo de Directrices de Codificación y Facturación de Cobertura Local actualmente relacionado (A54675) está siendo retirado y la información dentro de este artículo está siendo incluida en un artículo separado nuevamente creado de facturación y codificación de servicios nacionales no cubiertos (A57742). En adición, las secciones de referencia de la Ley de Seguro Social y el Manual Electrónico (IOM) fueron actualizadas.

En base a una revisión del artículo de cobertura local nuevamente creado de codificación y facturación, el código 64999 del Current Procedural Terminology (CPT®) (Interrupción de la Barrera Hematoencefálica [BBBD]) se eliminó ya que está incluido en un artículo nuevamente creado de servicios nacionales no cubiertos. También, el código CPT® 97799 (Descompresión Axial Vertebral/Dinámica Diferencial Intervertebral) se eliminó del artículo de facturación y codificación de cobertura local nuevamente creado. Además, en base a una revisión al artículo nuevamente creado de facturación y codificación de servicios nacionales no cubiertos, los siguientes códigos CPT®/HCP fueron eliminados: (Saliva artificial), E1399 (Estimulador del piso pélvico), J3490-GY

(Rebetron), V2799 (IOLs en investigación en el estudio básico de la FDA o estudio central modificado), 15775, 15776, 22526, 22527, 95199-GY (antígeno repositario), y 99199 (Calorimetría indirecta utilizada para evaluar el estado nutricional como terapia respiratoria). Aún más, el modificador GY se añadió al código G0283 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS).

En adición, en base a una revisión del artículo nuevamente creado de codificación y facturación de servicios nacionales no cubiertos, se eliminaron los códigos CPT 56805 y 57335.

Fecha de vigencia

La revisión basada en 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 revisiones relacionadas a los artículos nuevamente creados de servicios locales y nacionales no cubiertos son vigentes para servicios prestados **en o después del 27 de noviembre de 2019**.

La revisión relacionada a los códigos CPT® 56805 y 57335 es vigente para servicios prestados **en o después del 30 de mayo de 2014**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>.

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

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

Algoritmo de prueba 4Kscore – revisión a la LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L37798 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a un nuevo análisis de datos y literatura de apoyo, la determinación de cobertura local (LCD) y el artículo de facturación y codificación para algoritmo de prueba 4Kscore fueron revisados para proveer cobertura limitada para el código 81539 de Current Procedural Terminology (CPT®). Las secciones “Indicaciones Cubiertas”, “Limitaciones”, “Resumen de Evidencia”, y “Bibliografía” en la LCD y el artículo de facturación y codificación fueron actualizadas para incluir texto que apoya la cobertura limitada delineada en la LCD.

También, la sección “Códigos de la ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica/Códigos del Grupo 1” del artículo de facturación y codificación fue revisada para incluir el código de diagnóstico R97.20 de la ICD-10-CM.

Fecha de vigencia

Esta revisión a la LCD y al artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 6 de enero de 2020**.

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

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

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

Revisiones a múltiples LCDs – Parte A y Parte B

En base a la petición de cambio (CR) 10901, las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) fueron revisadas para eliminar toda la información de codificación y facturación así como todo el texto no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos de CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización” de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Durante el proceso de mover los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM al artículo de facturación y codificación, los rangos de códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM fueron divididos y listados individualmente. Además, las secciones de referencia de la Ley de Seguro Social, del Código de Reglamentaciones Federales y/o del Manual Electrónico (IOM) fueron actualizadas. También, el texto contenido en LCDs del IOM y/o reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) fue eliminado y en su lugar fue listada la referencia aplicable al manual/reglamentación. Además, los nombres de marcas incluidas en las LCDs fueron eliminados y las indicaciones e información de dosificación fue reemplazada con la referencia a la etiqueta de la Food and Drug Administration (FDA).

LCDs Combinadas de la Parte A/B

L36237 Membrana Amniótica - Colocación sin Sutura en la Superficie Ocular
 L36377 Aplicación de Injertos Sustitutos de la Piel para el Tratamiento de DFU y VLU de Extremidades Inferiores
 L33609 Pruebas de Función Autónoma
 L33615 Biorretroalimentación
 L33271 Estimulación Biventricular / Terapia de Resincronización Cardíaca
 L33274 Toxinas Botulínicas
 L33267 Péptido Natriurético (BNP) Tipo B
 L36617 Servicios Quiroprácticos
 L33283 Colonografía Computarizada Tomográfica
 L35698 Pruebas Genéticas de CYP2C19, CYP2D6, CYP2C9 y VKORC1
 L37561 Medición de Cistatina C
 L36232 Evaluación Diagnóstica y Manejo Médico de la Enfermedad de Ojo Seco (DED) Moderada-Severa
 L33674 Escaneo Dúplex
 L34043 Diagnóstico y Terapia de Disfagia/Deglución
 L37398 Electrorretinografía (ERG)
 L37697 Servicios de Ambulancia Terrestre de Emergencia y de No Emergencia
 L36230 Servicios de Evaluación y Manejo en un Centro de Enfermería
 L33661 Citometría de Flujo
 L33997 Angiografía con Fluoresceína
 L34002 G-CSF Filgrastim
 L33586 Panel de Perfiles de Expresión Génica para uso en el Tratamiento del Cáncer de Mama
 L36238 Proceso de Dispositivo de Uso Humanitario (HUD) y de Exención de Dispositivo Humanitario (HDE)
 L36504 Terapia con Oxígeno Hiperbárico (HBO)

L33704 Infiximab
 L34006 Descompresión del Proceso Interespinal
 L34007 Inmunoglobulina Intravenosa
 L33382 Fusión Espinal Lumbar para la Inestabilidad y Condiciones Degenerativas del Disco
 L33685 Análogos de la Hormona Luteinizante de la Hormona Liberadora (LHRH)
 L34372 Angiografía por Resonancia Magnética (MRA)
 L33618 Reemplazo Articular Mayor (Cadera y Rodilla)
 L33594 Manipulación Bajo Anestesia (MUA)
 L33689 Cirugía Micrográfica de Mohs (MMS)
 L34518 Procedimientos de Patología Molecular para la Tipificación de Antígenos de Leucocitos Humanos (HLA)
 L33296 Procedimientos No Cubiertos - Tratamiento Endoscópico de la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (GERD)
 L37798 Servicio No Cubierto - Prueba 4Kscore
 L33695 Estudios Arteriales Extracraneales No Invasivos
 L33747 Pegfilgrastim
 L33406 Estimulación Posterior del Nervio Tibial (PTNS)
 L36775 Levantamiento Uretral Prostático (PUL)
 L34520 Pruebas Psicológicas y Neuropsicológicas
 L33751 Escaneo de Imágenes Computarizadas de Diagnóstico Oftálmico (SCODI)
 L34021 Tasa de Sedimentación, Eritrocito
 L34022 Fósforo Sérico
 L34521 Pruebas Especiales de EEG
 L36234 Tinciones Histoquímicas Especiales y Tinciones Inmunohistoquímicas
 L36035 Estimulación de la Médula Espinal para el Dolor Crónico
 L34522 Estimulación Magnética Transcraneal para el Trastorno Depresivo Mayor
 L34976 Vertebroplastia, Aumento Vertebral; Percutáneo
 L33766 Examen de Campo Visual
 L37166 Cuidado de heridas

LCD de la Parte A solamente

L33975 Hospitalización Psiquiátrica de Paciente Interno

LCDs de la Parte B solamente

L37800 Inmunoterapia de Alérgenos
 L33810 Topografía Corneal Computarizada
 L33813 Destrucción de Lesiones de Piel Malignas
 L33814 Destrucción del(los) Nervio(s) de la Articulación Facetaria Paravertebral
 L33903 Laringoscopia Diagnóstica
 L33818 Excisión de Lesiones de Piel Malignas
 L33834 Intervención / Evaluación de Salud y Comportamiento, Parte B (en inglés)
 L33907 Panel de Función Hepática (Hígado)
 L33908 Proteína C-Reactiva de Alta Sensibilidad (hsCRP)
 L33909 Incisión y Drenaje de Absceso de la Piel, Estructuras Subcutáneas y Accesorias
 L33911 Indocyanina - Angiografía Verde
 L33922 Desbridamiento de la Uña
 L33924 Omalizumab
 L33927 Biometría de Coherencia Óptica
 L33929 Tratamiento Manipulador Osteopático
 L33930 Bloques de Articulación de la Faceta Paravertebral

Ver **REVISIONES**, en la página 20

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

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

En base a la petición de cambio (CR) 10901, la LCD de tratamiento de las venas varicosas de la extremidad inferior se revisó para eliminar toda la facturación y codificación así como todo el lenguaje no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos de CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización” de la LCD) y colocarlos en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Durante el proceso de mover los códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM al artículo de facturación y codificación, los rangos de códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM fueron divididos y listados individualmente. En adición, se actualizaron las secciones de referencia de la Ley de Seguro Social y el Manual Electrónico (IOM).

También, en base a una revisión del artículo nuevamente creado de facturación y codificación, los siguientes códigos de diagnóstico de la ICD-10-CM que no apoyan cobertura médicamente razonable y necesaria según delineado en la LCD fueron eliminados de los “Códigos del Grupo 1/Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad

Médica”: I80.11, I80.12, I80.13, I80.221, I80.222, I80.223, I80.231, I80.232, I80.233, I80.291, I80.292, I80.293, y I80.3.

Fecha de vigencia

La revisión basada en 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**. La revisión a la LCD relacionada a la eliminación de los códigos de diagnóstico ICD-10-CM es vigente para servicios prestados **en o después del 27 de noviembre de 2019**.

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

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

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

Centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF) -- revisión a la LCD de la Parte B

LCD ID número: L33910 (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 centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF), fue revisada para eliminar toda la información de facturación y codificación así como todo el texto no relacionado a provisiones razonables y necesarias (secciones “Códigos de Tipo de Factura”, “Códigos de Ingreso”, “Códigos de CPT®/HCPCS”, “Códigos ICD-10 que Apoyan la Necesidad Médica”, “Requisitos de Documentación” y “Directrices de Utilización” de la LCD) y colocarlas en un artículo nuevamente creado de facturación y codificación. Además, las secciones de referencia de la Ley de Seguro Social, del Código de Reglamentaciones Federales y del Manual Electrónico (IOM) fueron actualizadas. También, texto del Manual Electrónico (IOM) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) se eliminó de la LCD y a su vez, se le hace referencia a la cita del IOM relacionada a este texto.

Aún más, en base al artículo nuevamente creado de facturación y codificación, el código 74283 del Current

Procedural Terminology (CPT®) se eliminó ya que no es adecuado para un IDTF desempeñar un servicio terapéutico.

Fecha de vigencia

La revisión a la LCD 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**. La revisión a la LCD relacionada a la eliminación del código CPT® 74283 es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 25 de noviembre de 2019**.

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

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

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

LCDs retiradas

Múltiples LCDs de la Parte B están siendo retiradas

LCD ID números: L33808 y L33934 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos se determinó que las siguientes determinaciones de cobertura local (LCDs) ya no son requeridas y por lo tanto, están siendo retiradas.

L33808 Extracción de Cataratas

L33934 Certificación Médica y Recertificación de Servicios de Salud en el Hogar

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es vigente para los servicios prestados

en o después del 29 de octubre de 2019.

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

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

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

Múltiples LCDs de la Parte A y Parte B están siendo retiradas

LCD ID números: L33273/L33275/L33278/L33722/L33723/L33727/L33729/L33730/L33752/ L33978/ L33989/L33272/L33748 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de análisis de datos se determinó que las siguientes determinaciones de cobertura local (LCD) ya no son necesarias y por lo tanto, están siendo retiradas.

L33273 Bortezomib (Velcade®)

L33275 Carboplatin (Paraplatin®, Paraplatin-AQ®)

L33278 Cetuximab (Erbix®)

L33722 Doxorubicina, Liposomal (Doxil/Lipodox)

L33723 Etoposido (Etopophos®, Toposar®, Vepesid®, VP-16)

L33727 Irinotecan

L33729 Oxaliplatin (Eloxatin®)

L33730 Paclitaxel (Taxol®)

L33752 Topotecan (Hycamtin®)

L33978 Pemetrexed

L33989 Docetaxel (Taxotere®)

L33272 Imágenes Óseas y/o de Articulaciones

L33748 Romiplostim (Nplate®)

Fecha de vigencia

El retiro de estas LCDs es efectivo para servicios prestados en o después del 15 de noviembre de 2019.



Las LCD están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS Medicare (en inglés) en <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/overview-and-quick-search.aspx>. Un artículo de facturación y codificación para una LCD (cuando está presente) puede encontrarse seleccionando “Documentos de Cobertura Local Relacionados” en la “Sección de Navegación” en el menú desplegable de la parte superior de la página de la LCD.

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

REVISIONES

De la página 18

L33933 Bloques de Nervios Periféricos

L33833 Tratamiento Quirúrgico de las Uñas

L33961 Servicios de Terapia Facturados por Médicos / Profesionales de la Salud

L33967 Inyecciones de Vitamina B12

Fecha de vigencia

Estas revisiones a LCDs son vigentes para las reclamaciones procesadas en o después del 8 de enero de 2019, para los servicios prestados en o después del 3 de octubre de 2018. Las LCD están disponibles a

través de la base de datos de cobertura de CMS 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

LCDs nuevas

Endoprótesis endovenosa – nueva LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L38231 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) aborda los requisitos de “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica”, “Lugar de Servicio”, y “Cualificaciones del Proveedor” para endoprótesis endovenosa (stenting endovenoso).

El enfoque central está en las indicaciones para colocación de endoprótesis endovenosas en obstrucciones severamente sintomáticas. Además, el artículo relacionado de Facturación y Codificación (A56644) aborda las directrices de codificación en apoyo a los servicios razonables y necesarios según delineados en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es vigente para servicios prestados **en o después del 30 de diciembre de 2019**. Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Paneles de patógenos gastrointestinales (GIP) utilizando técnicas de amplificación de ácido nucleico multiplex (NAATs) – nueva LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L38227 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) aborda los requisitos de “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica”, “Lugar de Servicio”, y “Cualificaciones del Proveedor” para paneles de patógenos gastrointestinales (GIP) utilizando técnicas de amplificación de ácido nucleico multiplex (NAATs), para la evaluación de beneficiarios de Medicare con diarrea persistente o aguda, íleo paralítico o diarrea persistente con una condición médica inmunocomprometedora. Además, el artículo relacionado de Facturación y Codificación (A56638) aborda las directrices de codificación en apoyo a los servicios razonables y necesarios según delineados en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es vigente para servicios prestados **en o después del 30 de diciembre de 2019**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

Cirugía microinvasiva de glaucoma (MIGS) – nueva LCD de la Parte A y Parte B

LCD ID número: L38233 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) aborda los requisitos de “Indicaciones de Cobertura, Limitaciones, y/o Necesidad Médica,” “Lugar de Servicio,” y “Cualificaciones del Proveedor” para cirugía microinvasiva de glaucoma (MIGS) y dispositivos de drenaje de glaucoma aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos disponibles correspondientes, para el tratamiento de beneficiarios de Medicare con glaucoma de ángulo abierto leve o moderada. Además, el artículo relacionado de Facturación y Codificación (A56647) aborda las directrices de codificación en apoyo a los servicios razonables y necesarios según delineados en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD es vigente para servicios prestados **en o después del 30 de diciembre de 2019**.

Las LCDs están disponibles a través de la base de datos de cobertura de CMS 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 locales de cobertura (LCD) vigentes, de vigencia futura y retiradas [haga clic aquí](#).

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:

<mailto:eleraning@fcso.com>

904-361-0407 (FAX)

Intercambio electrónico de datos (EDI)

888-875-9779

Créditos para eventos educativos elegibles

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 del SPOT

855-416-4199

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

askFloridaB@fcso.com

Formulario

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

medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 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

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

First Coast University

Beneficiarios

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

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

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 del SPOT

855-416-4199

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

FloridaB@fcso.com

[Formulario](#)

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

medical.policy@fcso.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos (EDI)

Medicare EDI

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

Encuentre sus [otros contratistas](#) (es decir; DME, HHA, etc)

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

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 del SPOT

855-416-4199

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

askFloridaB@fcsO.com

[Formulario](#)

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

medical.policy@fcsO.com

MSP

Medicare Part B Secondary Payer Dept.

P.O. Box 44078

Jacksonville, FL 32231-4078

Intercambio electrónico de datos(EDI)

Medicare EDI, 4C

P.O. Box 44071

Jacksonville, FL 32231-4071

Sobrepagos

Medicare Part B Debt Recovery

P.O. Box 44141

Jacksonville, FL 32231-4141

Educación y alcance de Medicare

Medicare Education and Outreach

P.O. Box 45157

Jacksonville, FL 32232-5157

Fraude y abuso

Fraud and abuse complaints

P.O. Box 45087

Jacksonville, FL 32232-5087

Solicitudes Freedom of Information Act

FOIA USVI

P.O. Box 45073

Jacksonville, FL 32231-5073

Servicio de envío especial

First Coast Service Options Inc.

532 Riverside Avenue

Jacksonville, FL 32202-4914

Sitios web

Proveedor

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

Encuentre sus [otros contratistas](#) (es decir; DME, HHA, etc)

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)

[First Coast University](#)

Beneficiarios

[Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#)



Medicare A y B Al Día

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

Attention Billing Manager