

Al Día Medicare A y B



Boletín para proveedores de MAC JN

Agosto 2020



En esta edición

MLN Connects® – Edición Especial – viernes, 31 de julio de 2020.....	9
Monitores de glucosa continuos implantables (I-CGM) – nueva LCD y artículo de facturación y codificación de la Parte A y B	16
Neuromodulación sacra – LCD/artículo de facturación y codificación de la Parte B retirados	20

Revisiones específicas del servicio de pospago

First Coast Service tiene la tarea de prevenir pagos inapropiados de Medicare. Una de las formas en que se lleva a cabo es a través de la revisión médica de reclamaciones. La revisión médica de reclamaciones ayuda a garantizar que Medicare pague por servicios cubiertos, codificados correctamente, y médicamente razonables y necesarios.

First Coast realiza análisis de datos de forma regular sobre todos los servicios facturados al programa de Medicare, a los servicios identificados que con frecuencia no se facturan y codifican correctamente según las directrices de Medicare. Las revisiones específicas de los servicios de pospago se realizan en función de los resultados de un



análisis de datos muy extendido que se centra en temas específicos. Si factura a Medicare por estos servicios, es

posible que reciba una carta de solicitud de desarrollo adicional (ADR) solicitando documentación. Esto permite a First Coast validar que ha facturado los servicios correctamente de acuerdo con las pautas de Medicare. Una vez que se reciba la ADR, tendrá 45 días para responder a la solicitud con la documentación de apoyo del historial médico. La revisión se completará dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la documentación del historial médico. Cuando se

complete la revisión, se le notificarán los resultados.

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



medicareespanol.fcso.com



Cuando la experiencia cuenta y la calidad es importante

Partes A y B

Revisión Médica

Revisiones específicas del servicio de pospago 1

Recursos educativos

Calendario de eventos..... 3

MLN Connects® para el 23 de julio de 2020 4

MLN Connects® – Edición Especial – Jueves, 23 de julio de 2020 4

MLN Connects® para el 30 de julio de 2020 6

MLN Connects® – Edición Especial – Jueves, 30 de julio de 2020 6

MLN Connects® – Edición Especial – viernes, 31 de julio de 2020 9

MLN Connects® – Edición Especial – martes, 4 de agosto de 2020 10

MLN Connects® para el 6 de agosto de 2020 14

MLN Connects® para el 13 de agosto de 2020 14

Determinaciones de Cobertura

Local de la Parte A y Parte B..... 15

Nueva LCD/Artículo

Monitores de glucosa continuos implantables (I-CGM) – nueva LCD y artículo de facturación y codificación de la Parte A y B..... 16

Revisión a LCDs/Artículos existentes

Aplicación de injertos sustitutos de la piel para el tratamiento de DFU

y VLU de extremidades inferiores – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B 16

Paneles de patógenos gastrointestinales (GIP) utilizando técnicas de amplificación de ácido nucleico multiplex (NAATs) – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B 17

Retiro de LCD/Artículo existente

Terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) – LCD/artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B retirados 17

Parte A

Contactos de la Parte A 18

Parte B

Determinaciones de Cobertura

Local de la Parte B 19

Retiro de LCD/Artículo existente

Neuromodulación sacra – LCD/artículo de facturación y codificación de la Parte B retirados 20

Información de contacto Puerto Rico

..... 21

Información de contacto Florida

..... 22

Información de contacto Islas Virgenes de los Estados Unidos

..... 23

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© 2019 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© 2019 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.

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.

Recursos educativos

Calendario de eventos

Septiembre de 2020

Actualizaciones Trimestrales de Medicare (A/B)

Cuando: 17 de septiembre
Hora: 4-5:30 p.m. ET
Tipo: *Webcast*

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

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 23 de julio de 2020

Hack de Telemedicina: Comunidad de Aprendizaje de 10 Semanas para Proveedores Ambulatorios

[MLN Connects® para el 23 de julio de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF](#) 

Noticia

- Intervención Vasculár Periférica para Claudicación: Reporte de Facturación Comparativa
- Periodo de Vista Previa de Comparación de Médicos Abierto hasta el 20 de agosto

Reclamaciones, Precios y Códigos

- Problema de Estadía Interrumpida del Modelo de Pago Enfocado en el Paciente de SNF

Eventos

- Hack de Telemedicina: Una Comunidad de

Aprendizaje de 10 Semanas para Acelerar Implementación de Telemedicina para Proveedores Ambulatorios — 22 de julio-23 de septiembre

- Webcast de Series de Capacitación Nacional de CMS/ CDC acerca de COVID-19 en Asilos de Ancianos — 23 de julio

Artículos de MLN Matters®

- Cambio al Pago de Servicios de Adquisición de Células Madre Alogénicas
- Actualización de julio de 2020 del Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios de Hospital (OPPS) — Revisada

Multimedia

- Llamada acerca del Reporte de Costos de la Parte A: 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® – Edición Especial – Jueves, 23 de julio de 2020

La Administración Trump Anuncia Nuevos Recursos para Proteger a los Residentes de Hogares de Ancianos Contra el COVID-19

Como parte de los esfuerzos sin precedentes realizados por la administración Trump, el presidente Trump anunció varias nuevas iniciativas de CMS diseñadas para proteger a los residentes de hogares de ancianos de la Enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19).

“Desde el momento en que se materializó la amenaza de este virus, la administración Trump ha dado prioridad a la protección de los residentes de hogares de ancianos”, dijo Seema Verma, administradora de CMS. “La intervención múltiple de hoy representa los últimos esfuerzos para cumplir ese compromiso inquebrantable. A medida que el número de casos continúa aumentando en áreas de todo el país, nunca ha sido más importante que los hogares de ancianos tengan lo que necesitan para mantener una defensa sólida contra el virus. Estas medidas los ayudarán a hacer exactamente eso”.

Nueva Financiación:

El HHS dedicará \$5 mil millones del [Fondo de Ayuda para Proveedores](#) (en inglés) autorizado por la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica Coronavirus (CARES) a centros de atención a largo plazo certificados por Medicare y hogares de veteranos estatales (“hogares de ancianos”), para construir habilidades de hogar de

ancianos y mejorar la respuesta de los hogares de ancianos a COVID-19, incluido el control mejorado de infecciones. Esta financiación podría utilizarse para abordar las necesidades críticas en hogares de ancianos, incluida la contratación de personal adicional, la implementación de programas de “tutoría” de control de infecciones con expertos en la materia, el aumento de las pruebas y la prestación de servicios adicionales, como tecnología para que los residentes puedan conectarse con sus familias si ellos no los pueden visitar. Los hogares de ancianos deben participar en la Capacitación COVID-19 de Hogares de Ancianos (descritos a continuación) para estar calificados para recibir esta financiación. Este nuevo financiamiento se suma a los \$4.9 mil millones anunciados previamente para compensar las pérdidas de ingresos y ayudar a los hogares de ancianos con costos adicionales relacionados con la respuesta a la emergencia de salud pública COVID-19 y los envíos de equipos de protección personal proporcionados a los hogares de ancianos por la Agencia de Administración Federal de Emergencias.

Pruebas Mejoradas:

Sobre la base de la iniciativa que el HHS anunció la semana pasada, en la cual los dispositivos de prueba de diagnóstico de punto de atención rápida se distribuirán a hogares de ancianos, y la nueva financiación del Fondo de Ayuda para Proveedores, CMS comenzará a exigir, en lugar de recomendar, que todos los hogares de ancianos

Ver **EE 07/23/2020**, en la página 5

EE 07/23/2020

De la página 4

en estados con una tasa de positividad del 5% o mayor, evalúe a todo el personal de hogares de ancianos cada semana. Este nuevo requisito de pruebas del personal mejorará los esfuerzos para evitar que el virus ingrese y se propague a través de hogares de ancianos mediante la identificación de portadores asintomáticos.

Se implementarán más de 15,000 dispositivos de prueba en los próximos meses para ayudar a cumplir este mandato, con más de 600 dispositivos enviados esta semana. Los fondos del Fondo de Ayuda para Proveedores también se pueden utilizar para pagar las pruebas adicionales de los visitantes.

Asistencia Técnica Adicional y Soporte:

La administración Trump recientemente desplegó Equipos de Ataque del Grupo de Trabajo federales para proporcionar asistencia técnica y educación en el lugar a hogares de ancianos que experimentan brotes en un esfuerzo por ayudar a reducir la transmisión y el riesgo de propagación de COVID-19 entre los residentes. Los primeros despliegues tuvieron lugar en 18 hogares de ancianos en Illinois, Florida, Luisiana, Ohio, Pensilvania y Texas entre el 18 y el 20 de julio. Los Equipos de Ataque del Grupo de Trabajo están compuestos por médicos y funcionarios de servicios de salud pública de CMS, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), y la Oficina del Asistente del Secretario de Salud.

Los Equipos de Ataque del Grupo de Trabajo ingresaron a hogares de ancianos con base en los datos que informaron a los CDC que indicaban un aumento en los casos de COVID-19. Los equipos se centraron en las cuatro áreas clave de apoyo, que incluyen mantener el COVID-19 fuera de las instalaciones, detectar rápidamente los casos de COVID-19, prevenir la transmisión del virus y administrar al personal. El objetivo era determinar qué acciones inmediatas debían tomar los hogares de ancianos para ayudar a reducir la propagación y el riesgo de COVID-19 entre los residentes, y comprender mejor qué recursos federales, estatales y locales necesitan los hogares de ancianos para garantizar la salud y la seguridad de sus residentes. CMS y sus socios planean utilizar lo que se aprende en el terreno para determinar la educación remota y otras necesidades críticas para apoyar a los hogares de ancianos y mitigar futuros brotes.

Además, CMS, en asociación con los CDC, está implementando una Capacitación COVID-19 para Hogares de Ancianos en línea, a su propio ritmo y bajo demanda, centrada en el control de infecciones y las mejores prácticas. La capacitación que se ofrece tiene 23 módulos educativos y módulos de aprendizaje basados en escenarios que incluyen materiales sobre estrategias de cohorte y el uso de telesalud en hogares de ancianos para ayudar a las instalaciones a medida que continúan trabajando para mitigar la propagación del virus en sus instalaciones. Este programa complementa la capacitación



ya en curso para equipar mejor los hogares de ancianos para contener y detener la propagación de COVID-19. La capacitación es un requisito para que los hogares de ancianos reciban fondos adicionales del Programa del Fondo de Ayuda para Proveedores.

La capacitación estará disponible para todos los 15,400 hogares de ancianos en todo el país junto con asistencia técnica especializada para hogares de ancianos que se ha encontrado que tienen deficiencias de prevención de infecciones en su inspección más reciente de CMS y que tuvieron casos recientes de COVID-19 en función de sus datos enviados a los CDC. Se ofrece un certificado de finalización y se pueden descargar insignias de reconocimiento para que los hogares de ancianos las muestren en su sitio web.

Datos Semanales acerca de los Hogares de Ancianos de Alto Riesgo:

Al principio de esta pandemia, CMS requirió que los hogares de ancianos informaran a los residentes, sus familias y representantes de los casos de COVID-19 en sus hogares de ancianos. A partir de mayo, CMS y CDC comenzaron a recopilar datos semanales sobre cada hogar de ancianos, incluido su número de casos de COVID-19. Ahora que este proceso de recopilación de datos ha madurado, la Casa Blanca y CMS publicarán una lista de hogares de ancianos con un aumento en los casos que se enviará a los estados cada semana como parte del informe semanal del Gobernador para garantizar que los estados tengan la información necesaria para enfocar su apoyo a los hogares de ancianos de mayor riesgo.

Este anuncio se basa en las acciones agresivas y sin precedentes que CMS ha tomado para abordar el impacto de COVID-19 en hogares de ancianos.

Vea el texto completo de este extracto del [Comunicado de Prensa de CMS](#) (emitido el 22 de julio, en inglés), incluyendo un listado de las acciones que CMS tomó para abordar el impacto de COVID-19 en hogares de ancianos.

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

MLN Connects® para el 30 de julio de 2020

Impactos de COVID-19 sobre Beneficiarios de Medicare – Datos Actualizados

[MLN Connects® para el 30 de julio de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF !\[\]\(339a16584d5da0f0a3ca4e9ec17bf6a1_img.jpg\)](#)

Noticias

- CMS Actualiza Datos de Impactos de COVID-19 sobre Beneficiarios de Medicare
- Hospitales de Cuidado Agudo a Corto Plazo: Presenten Encuestas Mixtas Ocupacionales para el 3 de septiembre
- PEPPER para SNFs, Hospicios, IRFs, IPFs, y LTCHs
- Programa de Reporte de Calidad de Hospicio: HART v1 6.0
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Conviértase en un Suplidor Inscrito a Medicare

Reclamaciones, Precios y Códigos

- COVID-19: Reclamaciones de Laboratorio que Requieren el NPI del Profesional que Refiere/Ordena — Actualización
- Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare: Reclamaciones Válidas

Eventos

- Webcast de Series de Capacitación Nacional de CMS/ CDC acerca de COVID-19 en Asilos de Ancianos — 30 de julio

Artículos de MLN Matters®

- Adición del Modificador QW al Código 87426 del Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)
- Visión General del Modelo de Autorización Previa para Ambulancia No Emergente Repetitiva y Programada — Revisada
- Modificación a las Ediciones del Sistema de Tarifas por Servicio (FFS) cuando un Beneficiario tiene un Plan de Medicare Advantage (MA) — Revisada

Publicaciones

- Hoja Informativa Trimestral de Cumplimiento del Proveedor de Medicare, Volumen 10, Edición 4
- PHE de COVID-19: Programas de Reporte de Calidad de Salud en el Hogar, IRF, LTCH, y SNF

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 – Jueves, 30 de julio de 2020

Pago por consejería por COVID-19, Reportando terapéutica de hospital, Costos de su bolsillo para medicamentos

- [Los CMS y los CDC anuncian el reembolso del proveedor disponible para aconsejar a los pacientes que se autoaislen al momento de la prueba COVID-19](#)
- [CMS anuncia nuevos códigos de procedimiento de hospital para terapéutica en respuesta a la emergencia de salud pública por COVID-19](#)
- [La administración Trump continúa manteniendo bajos costos de su bolsillo para medicamentos para personas mayores](#)

Los CMS y los CDC anuncian el reembolso del proveedor disponible para aconsejar a los pacientes que se auto aislen al momento de la prueba COVID-19

El 30 de julio, CMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están anunciando que los médicos y proveedores de atención médica pueden pagar para asesorar a los pacientes, en el momento de la prueba de la Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19), acerca de la importancia de autoaislamiento después de que se hagan la prueba y antes del inicio de los síntomas.

La transmisión de COVID-19 se produce tanto en

individuos sintomáticos, pre-sintomáticos y asintomáticos, haciendo hincapié en la importancia de la educación sobre el autoaislamiento, ya que la propagación del virus puede reducirse significativamente al aislar a los pacientes antes, mientras se esperan los resultados de las pruebas o comienzo de los síntomas. Los modelos del CDC muestran que cuando las personas que se hacen la prueba del virus se separan de otras y se ponen en cuarentena, puede haber una reducción de hasta el 86 por ciento en la transmisión del virus en comparación con una disminución del 40 por ciento en la transmisión viral si la persona se aísla después de que surjan los síntomas.

El asesoramiento de los proveedores a los pacientes, en el momento de su prueba COVID-19, incluirá la discusión de la necesidad inmediata de aislamiento, incluso antes de que los resultados estén disponibles, la importancia de informar a sus familiares inmediatos que ellos también deben hacerse la prueba de COVID-19, y la revisión de signos y síntomas y servicios disponibles para ayudar a aislarse en la casa. Además, se les aconsejará que si dan positivo, usen una máscara en todo momento, y serán contactados por las autoridades de salud pública y se les pedirá que brinden información para el rastreo de contactos y que comuniquen a sus familiares inmediatos y contactos recientes en caso de que sea apropiado que estas personas se sometan a pruebas de detección del virus y también se autoaislen.

Ver **EE 07/30/2020**, en la página 7

EE 07/30/2020

De la página 6

CMS utilizará los códigos de pago de evaluación y manejo existentes para reembolsar a los proveedores que sean elegibles para facturar a CMS por los servicios de asesoramiento sin importar dónde se administre una prueba, incluidos los consultorios médicos, las clínicas de cuidado de urgencia, los hospitales y los sitios de pruebas de manejo o farmacia de la comunidad.

Para más información (en inglés):

- [Respuesta de tarifa por servicio \(FFS\) de Medicare a la emergencia de salud pública por coronavirus \(COVID-19\)](#) Artículo de Edición Especial de MLN Matters SE20011
- [Listas de verificación de asesoramiento](#), incluyendo enlaces de recursos

CMS anuncia nuevos códigos de procedimiento de hospital para terapéutica en respuesta a la emergencia de salud pública por COVID-19

Con el surgimiento de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y los nuevos tratamientos que le han seguido, es fundamental poder rastrear el uso de estos tratamientos y su efectividad en tiempo real. CMS respondió a esta necesidad, y en un tiempo récord está implementando nuevos códigos de procedimiento para permitir que Medicare y otras aseguradoras identifiquen el uso de la terapéutica con remdesivir y plasma convalescente para el tratamiento de pacientes hospitalizados con COVID-19. Estos nuevos códigos, que entrarán en vigencia el 1 de agosto, permitirán a CMS realizar una vigilancia en tiempo real y obtener evidencia en el mundo real sobre cómo funcionan estos medicamentos y proveer información crítica sobre su efectividad y cómo pueden proteger a los pacientes. Estos códigos se pueden informar a Medicare y otras aseguradoras también pueden usar los códigos para identificar el uso de terapéutica para COVID-19 y ayudar a facilitar el monitoreo y la recopilación de datos sobre su uso.

Estos nuevos códigos se están implementando en la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Sistema de Codificación de Procedimientos (ICD-10-PCS). ICD-10-PCS es el conjunto de códigos designado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) para informar procedimientos de hospitalización, que es desarrollado y mantenido por CMS y puede ser utilizado por otras aseguradoras de salud.

La implementación de estos nuevos códigos de procedimiento es parte de los esfuerzos continuos de la Administración Trump para proteger la salud y la seguridad de los pacientes con COVID-19 en todo el país durante la emergencia de salud pública.

Para más información, vea (en inglés) [ICD-10 MS-DRGs Versión 37.2 Vigente el 1](#) de agosto.

La administración Trump continúa manteniendo bajos costos de su bolsillo para medicamentos para personas mayores

El 29 de julio, CMS anunció la prima básica promedio para los planes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, que cubren los medicamentos recetados que los beneficiarios recogen en una farmacia. Bajo el liderazgo del presidente Trump, por primera vez las personas mayores que usan insulina podrán elegir un plan de medicamentos recetados en su área que ofrezca un amplio conjunto de insulinas por no más de \$35 al mes por receta médica.

La prima básica promedio de la Parte D será de \$30.50

en 2021. Las primas básicas promedio de 2021 y 2020 son las segundas primas básicas más bajas y las más bajas, respectivamente, en la Parte D desde 2013. Esta tendencia de primas más bajas de la Parte D, que han disminuido en 12 por ciento desde 2017, significa que los beneficiarios se han ahorrado casi \$1.9 mil millones en costos de primas durante ese



tiempo. Además, la Parte D sigue siendo un programa extremadamente popular, con un aumento de la matrícula de un 16,7% desde 2017.

“En todo momento, la Administración Trump ha priorizado las políticas que introducen la elección y la competencia en la Parte D”, dijo la administradora de CMS, Seema Verma. “El resultado son precios más bajos para medicamentos que salvan vidas como la insulina, que estará disponibles para los beneficiarios de Medicare en la Inscripción Abierta de este otoño por no más de \$35 al mes. En resumen, las primas de la Parte D continúan manteniéndose en sus niveles más bajos en años, incluso cuando los beneficiarios disfrutaban de un conjunto más robusto de opciones para elegir un plan que satisfaga sus necesidades.”

Además de los \$1.9 mil millones en ahorros de primas para beneficiarios desde 2017, la Administración Trump ha producido ahorros sustanciales en el programa de la

Ver **EE 07/30/2020**, en la página 8

EE 07/30/2020

De la página 7

Parte D para los contribuyentes. Con aproximadamente 200 planes de medicamentos recetados independientes adicionales y 1,500 planes adicionales de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados que se unieron al programa entre 2017 y 2020, y se espera que esa tendencia continúe en 2021, la mayor competencia en el mercado ha llevado a menores costos y subsidios las primas de Medicare, lo cual ha ahorrado a los contribuyentes aproximadamente \$8.5 mil millones en los últimos cuatro años.

A principios de este año, CMS lanzó el Modelo de ahorro para personas mayores de la Parte D, que permitirá a los beneficiarios de Medicare elegir un plan que brinde acceso a un amplio conjunto de insulinas con un copago máximo de \$35 por el suministro de un mes. A partir del 1 de enero de 2021, los beneficiarios que seleccionen estos planes se ahorrarán, en promedio, \$446 por año, o 66 por ciento, en sus costos de bolsillo para la insulina. Los beneficiarios podrán elegir entre más de 1,600 planes independientes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados, en todo el país durante este período de inscripción abierta, que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Y ya que la mayoría de Los planes Medicare Advantage participantes con cobertura de medicamentos recetados no cobran una prima de la Parte D, los beneficiarios que se inscriban en esos planes ahorrarán insulina y no pagarán ninguna prima adicional.

En enero de 2020, CMS, a través del Modelo de modernización de pagos de la Parte D, ofreció una nueva oportunidad innovadora para que los patrocinadores del plan de la Parte D reduzcan los costos para los beneficiarios, mientras mejoran la calidad de la atención. Según este modelo, los patrocinadores de la Parte D pueden administrar mejor los costos de los medicamentos recetados a través de todas las fases del beneficio de la Parte D, incluida la fase catastrófica. Mediante el uso de mejores herramientas y flexibilidad de programas, los patrocinadores pueden negociar mejor los medicamentos de alto costo y diseñar planes que aumenten el acceso y reduzcan los costos de bolsillo para los beneficiarios. Para el CY 2021, habrá nueve opciones de planes en Utah, Nuevo México, Idaho y Pennsylvania que participarán en este modelo.

Para la Parte D de Medicare, los beneficiarios eligen el plan de medicamentos recetados que mejor satisfaga sus necesidades, y los planes tienen que mejorar la calidad y reducir los costos para atraer a los beneficiarios. Esta dinámica competitiva establece incentivos claros que conducen al valor. CMS ha tomado medidas para modernizar el programa de la Parte D al brindar a los beneficiarios la oportunidad de elegir entre los planes con mayores herramientas de negociación que se han desarrollado en el mercado privado y al proveer a los pacientes una mayor transparencia en los precios de los medicamentos. Las mejoras al programa de la Parte D de Medicare que CMS ha realizado hasta la fecha incluyen:

- Comenzando en el 2021, brindar más información

sobre los costos de desembolso directo para medicamentos recetados a los beneficiarios al exigir que los planes de la Parte D provean una herramienta de beneficios en tiempo real a los médicos con información que puedan discutir con los pacientes sobre los costos de desembolso de medicamentos al momento en que se escribe una receta

- Implementar la legislación de la Parte D firmada por el presidente Trump para prohibir las “cláusulas de mordaza”, que evitan que los farmacéuticos le hablen a los pacientes sobre las maneras de menor costo para obtener medicamentos recetados
- Comenzando en el 2021, se requerirá el documento de Explicación de Beneficios que los beneficiarios de la Parte D reciben cada mes para incluir información sobre aumentos de precios de medicamentos y alternativas terapéuticas de menor costo
- Proveer a los beneficiarios más opciones de medicamentos y capacitar a los beneficiarios para seleccionar un plan que satisfaga sus necesidades al permitir que los planes cubran diferentes medicamentos recetados para diferentes indicaciones, un enfoque utilizado en el sector privado
- Reducir la cantidad máxima que pagan los beneficiarios de bajos ingresos por ciertos medicamentos innovadores conocidos como “biosimilares”, lo que reducirá el costo de bolsillo de estos medicamentos innovadores para estos beneficiarios
- Empoderar a Medicare Advantage para negociar costos más bajos de medicamentos recetados administrados por un médico para personas mayores por primera vez, así como permitir que los planes de la Parte D sustituyan ciertos medicamentos genéricos en los formularios del plan más rápidamente durante el año, para que los beneficiarios tengan acceso inmediato al genérico, el cual generalmente tiene costos compartidos más bajos que el de marca
- Aumentar la competencia entre los planes al eliminar el requisito de que ciertos planes de la Parte D tengan que “diferir significativamente” entre sí, haciendo que haya más opciones de planes disponibles para los beneficiarios

Para más información (en inglés):

- [Página web del Modelo de Ahorros para personas mayores de la Parte D](#)
- [Página de tarifas y datos de respaldo](#): Vea la prima de beneficiario base de la Parte D de 2021, la cantidad de la oferta mensual promedio nacional de la Parte D, las cantidades de subsidio de la prima regional de bajos ingresos de la Parte D, la cantidad de minimis, las tasas de pago regionales del plan de exención grupal del patrono Medicare Advantage, y los puntos de referencia del Medicare Advantage regional PPO.

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

MLN Connects® – Edición Especial – viernes, 31 de julio de 2020

Políticas de pago de Medicare del FY 2021 para IPFs, SNFs, y hospicios

- [CMS actualiza políticas de pago de Medicare para IPFs, SNFs, y hospicios](#)
- [COVID-19: Cobertura de servicios médicos de telesalud provistos a residentes de SNF](#)

CMS actualiza políticas de pago de Medicare para IPFs, SNFs, y hospicios

El 31 de julio, el CMS finalizó tres reglamentos de pago de Medicare que avanzan aún más nuestros esfuerzos para fortalecer el programa de Medicare al alinear mejor los pagos para los centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados (IPFs), los centros de enfermería especializada (SNFs) y hospicios.

Centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados:

El reglamento final actualiza las políticas y tarifas de pago de Medicare para el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de IPF para el FY 2021. En este reglamento final, CMS está finalizando una actualización de la tasa de pago del 2.2 por ciento y finalizando su propuesta de adoptar delimitaciones estadísticas de área de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) revisada que resultan en valores de índice salarial que son más representativos de los costos reales de mano de obra en un área determinada. CMS está finalizando las actualizaciones para permitir que los proveedores de práctica avanzada, incluidos asistentes médicos, enfermeras practicantes, psicólogos y especialistas en enfermería clínica, operen dentro del alcance de la práctica permitida por la ley estatal al documentar las notas de progreso en el expediente médico de los pacientes de quienes son responsables, recibiendo así servicios en hospitales psiquiátricos.

Centros de Enfermería Especializada:

El reglamento final actualiza las tarifas de pago de Medicare y los programas de calidad para SNFs. Estas actualizaciones incluyen actualizaciones técnicas de rutina de fijación de tarifas a las tarifas de pago de PPS de SNF, así como también finaliza la adopción de las delineaciones estadísticas de área de OMB más recientes y aplica un límite de 5 por ciento en las reducciones del índice salarial del FY 2020 al FY 2021. CMS también está finalizando cambios en las asignaciones de códigos ICD-10 que serían efectivos comenzando en el FY 2021 en respuesta a los comentarios de las partes interesadas. CMS visualiza que los pagos añadidos a los SNFs aumentarían por \$750 millones, o 2.2 por ciento, para el FY 2021, comparado al FY 2020.

Hospicios:

Para el FY 2021, las tarifas de pago se actualizan por el incremento de porcentaje de la bolsa de mercado de 2.4 por ciento (\$540 millones). Los hospicios que fallen en cumplir con requisitos de reporte de calidad recibirán una reducción de puntaje de 2 por ciento al incremento



de porcentaje anual de la bolsa de mercado por el año. El sistema de pago de hospicio incluye un límite añadido legal. El límite total añadido limita los pagos generales realizados a un hospicio anualmente. La cantidad final del límite de hospicio para el FY 2021 es de \$30,683.93, que es igual a la cantidad límite del FY 2020 (\$29,964.78) actualizada por el porcentaje de actualización de pago de hospicio final del FY 2021 de 2.4 por ciento.

Para más información (en inglés):

- [Reglamento final de IPF y Hoja informativa](#)
- [Reglamento final de SNF y Hoja informativa](#)
- [Reglamento final de hospicio y Hoja informativa](#)

COVID-19: Cobertura de servicios médicos de telesalud provistos a residentes de SNF

La Emergencia de Salud Pública (PHE) actual por COVID-19 no otorga exención a ningún requisito relacionado a Facturación Consolidada (CB) de Centro de Enfermería Especializada (SNF); sin embargo, CMS añadió los códigos 99441, 99442, y 99443 a la [lista de códigos de telesalud](#) (en inglés) cubiertos bajo la exención durante la PHE por COVID-19. Estos códigos designan tres incrementos. Estos códigos designan tres incrementos de tiempo diferentes de evaluación telefónica y servicio de administración prestados por un médico. Puede facturar estos servicios médicos por separado bajo la Parte B cuando se le prestan a un residente de la Parte A de SNF.

Los Contratistas Administrativos de Medicare (MACs) reprocessarán las reclamaciones para los códigos CPT 99441, 99442 y 99443 con fechas de servicio en o después del 1 de marzo de 2020, que fueron denegadas debido a ediciones de CB de SNF. Usted no tiene que hacer nada. Si usted ya recibió el pago del SNF por estos servicios médicos, devuelva ese pago al SNF una vez que el MAC reprocessa su reclamación.

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

MLN Connects® – Edición Especial – martes, 4 de agosto de 2020

PFS, OPFS e IRF: Reglamentos de Pago para el FY 2021

- [La Administración Trump Propone Ampliar los Beneficios de Telesalud Permanentemente para los Beneficiarios de Medicare Más Allá de la Emergencia de Salud Pública COVID-19 y Avanza el Acceso al Cuidado en Áreas Rurales](#)
- [La Administración Trump Propone Políticas para Proporcionar a Adultos Mayores Más Opciones y Costos Más Bajos para Cirugías](#)
- [CMS Actualiza las Políticas de Pago de Medicare para IRFs](#)

La Administración Trump Propone Ampliar los Beneficios de Telesalud Permanentemente para los Beneficiarios de Medicare Más Allá de la Emergencia de Salud Pública COVID-19 y Avanza el Acceso al Cuidado en Áreas Rurales

CMS está proponiendo cambios para expandir la telesalud de forma permanente, de conformidad con la Orden Ejecutiva para Mejorar el Acceso Rural y de Telesalud que firmó el presidente Trump. La Orden Ejecutiva y el reglamento propuesto adelantan nuestros esfuerzos para mejorar el acceso y la conveniencia de la atención para los beneficiarios de Medicare, particularmente aquellos que viven en áreas rurales. Además, el reglamento propuesto implementa un esfuerzo de varios años para reducir la carga del médico en virtud de nuestra iniciativa Pacientes Sobre el Papeleo y para garantizar un reembolso adecuado por el tiempo pasado con los pacientes. Este reglamento propuesto también toma medidas para implementar la Orden Ejecutiva del presidente Trump sobre la Protección y Mejora de Medicare para los Adultos Mayores de nuestra nación y continúa nuestro compromiso de garantizar que el programa de Medicare sea sostenible para las generaciones futuras.

Ampliación del Acceso de los Beneficiarios a la Atención a través de Telesalud:

En los últimos tres años, como parte de las iniciativas estratégicas de Fomento de la Innovación y el Replanteamiento de la Salud Rural, CMS ha estado trabajando para modernizar Medicare al liberar las innovaciones del sector privado y mejorar el acceso de los beneficiarios a los servicios prestados a través de la tecnología de las telecomunicaciones. A partir de 2019, Medicare comenzó a pagar las visitas de control virtuales, lo que significa que los pacientes de todo el país pueden conectarse brevemente con los médicos por teléfono o video chat para ver si necesitan venir para una visita. En respuesta a la pandemia de COVID-19, CMS se movió rápidamente para expandir significativamente el pago de los servicios de telesalud e implementar otras flexibilidades para que los beneficiarios de Medicare que viven en todas las áreas del país puedan obtener atención conveniente y de alta calidad desde la comodidad de su hogar, evitando exposición innecesaria al virus.

Antes de la Emergencia de Salud Pública (PHE), solo 14,000 beneficiarios recibieron un servicio de telesalud de Medicare en una semana, mientras que más de 10.1 millones de beneficiarios han recibido un servicio de telesalud de Medicare durante la PHE desde mediados de marzo hasta principios de julio. Para obtener más información acerca de los aumentos sin precedentes de la telemedicina de Medicare y su impacto en el sistema de prestación de atención médica, visite (en inglés) el [blog de CMS de Asuntos de Salud](#).

Según lo ordenado por la Orden Ejecutiva del presidente Trump para Mejorar el Acceso Rural y de Telesalud, a través de este reglamento, CMS está tomando medidas para extender la disponibilidad de ciertos servicios de telemedicina después de que finalice la PHE, brindando a los beneficiarios de Medicare formas más convenientes de acceder a la atención médica, particularmente en áreas rurales donde el acceso a los proveedores de atención médica puede ser limitado.

“La telemedicina nunca puede reemplazar completamente la atención en persona, pero puede complementar y mejorar la atención en persona al proporcionar una herramienta clínica más poderosa para aumentar el acceso y las opciones para los adultos mayores de América”, dijo la administradora de CMS Seema Verma. “La expansión sin precedentes de la telemedicina de la Administración Trump durante la pandemia representa una revolución en la prestación de atención médica, una a la cual el sistema de atención médica se ha adaptado rápida y efectivamente. Nunca se trata simplemente de jugar por los bordes cuando se trata de atención centrada en el paciente, el presidente Trump no permitirá que esta oportunidad se nos escape de las manos”.

Durante la PHE, CMS agregó 135 servicios, como visitas al departamento de emergencias, visitas iniciales para pacientes hospitalizados y al centro de enfermería, y servicios de manejo del día del alta que podrían pagarse cuando se prestan por telesalud. CMS propone permitir permanentemente que algunos de esos servicios sean realizados por telesalud, incluidas las visitas al hogar para la evaluación y el manejo de un paciente (en el caso en que la ley permita los servicios de telesalud en el hogar del paciente) y ciertos tipos de visitas para pacientes con deficiencias cognitivas. CMS está buscando la opinión pública acerca de otros servicios para agregar permanentemente a la lista de telesalud más allá de la PHE para darles a los médicos y pacientes tiempo mientras se preparan para brindar atención en persona nuevamente. CMS también propone extender temporalmente el pago de otros servicios de telesalud, como las visitas al departamento de emergencias por un período de tiempo específico, hasta el año calendario en que finaliza la PHE. Esto también le dará tiempo a la comunidad para considerar si estos servicios deben prestarse permanentemente a través de telesalud fuera de la PHE.

Ver **EE 08/04/2020**, en la página 11

EE 08/04/2020

De la página 10

Priorizar la Inversión en Atención Preventiva y Manejo de Enfermedades Crónicas:

En virtud de nuestra iniciativa Pacientes Sobre el Papeleo, la Administración Trump ha tomado medidas para eliminar los onerosos requisitos de facturación y codificación para la Evaluación y Manejo (E/M) (para consultas al consultorio/consultas de paciente ambulatorio) que representan el 20 por ciento del gasto según las Tarifas Fijas para Médicos. Estos requisitos de facturación y documentación para los códigos de E/M se establecieron hace 20 años y han sido objeto de críticas constantes por parte de los médicos de que no reflejan las prácticas y necesidades de atención actuales. Después de una amplia colaboración entre las partes interesadas con la Asociación Médica Americana y otros, los requisitos simplificados de codificación y facturación para las visitas de E/M entrarán en vigencia el 1 de enero de 2021, ahorrando a los médicos 2.3 millones de horas por año en la reducción de la carga. Como resultado de este cambio, los médicos podrán hacer un mejor uso de su tiempo y restablecer la relación médico-paciente al dedicar menos tiempo a documentar las visitas y más tiempo al tratamiento de sus pacientes.

Además, el año pasado, la Administración Trump finalizó los cambios históricos para aumentar las tasas de pago para las visitas de E/M al consultorio/pacientes ambulatorios a partir del 2021. El pago más alto para las visitas de E/M tiene en cuenta los cambios en la práctica de la medicina, reconociendo que se requieren recursos adicionales de los médicos para cuidar a sus pacientes de Medicare, de los cuales dos tercios tienen múltiples afecciones crónicas. La prevalencia de ciertas afecciones crónicas en la población de Medicare está creciendo. Por ejemplo, a partir del 2018, el 68.9% de los beneficiarios tienen 2 o más afecciones crónicas. Además, entre el 2014 y 2018, el porcentaje de beneficiarios con 6 o más afecciones crónicas aumentó del 14.3% al 17.7%.

En este reglamento, CMS propone aumentar de manera similar el valor de muchos servicios que son comparables o incluyen visitas de E/M al consultorio/pacientes ambulatorios, como paquetes de atención de maternidad, visitas al departamento de emergencias, paquetes de pago por capitación por enfermedad renal en estado terminal, servicios de evaluación de terapia física y ocupacional y otros. Los ajustes propuestos, que implementan las recomendaciones de la Asociación Médica Americana, ayudan a garantizar que CMS reconozca adecuadamente el tipo de atención en la que los médicos deben pasar más tiempo cara a cara con los pacientes, como la atención primaria y el manejo de enfermedades complejas o crónicas.

Fortalecimiento de la Fuerza Laboral de la Salud/
Pacientes Sobre el Papeleo:

CMS también está tomando medidas para garantizar que los profesionales de la salud puedan practicar en la cima

de su capacitación profesional. Durante la emergencia de salud pública de COVID-19, CMS anunció varios cambios temporales para expandir la capacidad de la fuerza laboral y reducir la carga de los médicos clínicos para que los niveles de personal permanezcan altos en respuesta a la pandemia. Como parte de su iniciativa Pacientes Sobre el Papeleo para reducir la carga reglamentaria para los proveedores, CMS propone hacer que algunos de estos cambios temporales sean permanentes después de la PHE. Tales cambios propuestos incluyen:

- Enfermeras practicantes, especialistas en enfermería clínica, asistentes médicos y enfermeras parteras certificadas (en lugar de solo médicos) para supervisar a otros que realizan pruebas de diagnóstico consistentes con la ley estatal y la licencia, siempre que mantengan las relaciones requeridas con los médicos supervisores/colaboradores según lo requerido por la ley estatal
- Aclarar que los farmacéuticos pueden proporcionar servicios como parte de los servicios profesionales de un practicante que factura a Medicare
- Permitir que los asistentes de terapia física y ocupacional (en lugar de solo los terapeutas físicos y ocupacionales) brinden terapia de mantenimiento en entornos ambulatorios
- Permitir que los terapeutas físicos u ocupacionales, los patólogos del habla y el lenguaje y otros médicos que facturan directamente a Medicare revisen y verifiquen (firmen y fechen), en lugar de volver a documentar, la información ya ingresada por otros miembros del equipo clínico en el historial médico del paciente

Para más información (en inglés):

- [Reglamento Propuesto del Programa de Pago de Calidad y Tarifas Fijas para Médicos para el CY 2021](#): Los Comentarios Públicos Vencen el 5 de octubre de 2020
- [Hoja informativa del Reglamento Propuesto de Tarifas Fijas para Médicos para el CY 2021](#)
- [Hoja Informativa del Reglamento Propuesto del Programa de Pago de Calidad para el CY 2021](#)
- [Hoja informativa del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare](#)

La Administración Trump Propone Políticas para Proporcionar a Adultos Mayores Más Opciones y Costos Más Bajos para Cirugías

El reglamento propuesto para el Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios (OPPS) y el Centro de Cirugía ambulatoria (ASC) avanza el compromiso de CMS para aumentar la competencia

Según lo ordenado por la Orden Ejecutiva del presidente Trump sobre la Protección y Mejora de Medicare para los Adultos Mayores de Nuestra Nación, CMS está proponiendo varias políticas que darían a los beneficiarios de Medicare más opciones para buscar atención y reducir

Ver **EE 08/04/2020**, en la página 12

EE 08/04/2020

De la página 11

sus costos de bolsillo para las cirugías. El reglamento propuesto toma medidas que permitirían a los hospitales y centros de cirugía ambulatoria operar con mayor flexibilidad y que los pacientes tengan lo que necesitan para tomar decisiones informadas acerca de dónde reciben atención.

“El mandato del presidente Trump es volver a poner a los pacientes y médicos a cargo de la atención médica”, dijo la administradora de CMS, Seema Verma. “El cumplimiento de ese mandato implica aflojar el dominio absoluto del control gubernamental que se ha acumulado durante décadas. Las cirugías pueden ser caras. Los pacientes deben tener tantas opciones como sea posible para reducir sus costos mientras reciben atención de calidad. Estos cambios propuestos, si se finalizan, harían exactamente eso, ayudarían a poner a los pacientes y a los médicos nuevamente a cargo y en una posición para tomar decisiones sobre su propia atención”.

Para los pacientes que se someten a cirugía, los departamentos ambulatorios del hospital están sujetos a los mismos estándares de calidad y seguridad que los entornos de pacientes hospitalizados según las normas de Medicare. Con esto en mente, para el 2021, CMS propone expandir la cantidad de procedimientos que Medicare pagaría en el entorno ambulatorio del hospital eliminando la “lista de Solo Pacientes Hospitalizados”, que incluye procedimientos por los cuales Medicare solo realizará el pago cuando se realice en el entorno de paciente interno hospitalario. Este cambio propuesto eliminaría las barreras reglamentarias para dar a los beneficiarios la opción de recibir estos servicios en un entorno de menor costo y la conveniencia de irse a casa tan pronto como el mismo día después de un procedimiento, cuando su médico decida que dicho entorno es apropiado. CMS incorporaría esta propuesta en forma gradual durante tres años y permitiría gradualmente que se paguen más de 1,700 servicios adicionales cuando se brinden en el entorno ambulatorio del hospital. En el 2021, aproximadamente 300 servicios musculoesqueléticos (como ciertos procedimientos de reemplazo de articulaciones) serían pagaderos nuevamente en el entorno ambulatorio del hospital. El cambio propuesto sería la mayor reducción de una sola vez a la lista de Solo Pacientes Hospitalizados por el momento; desde el 2017 hasta el 2020, se eliminaron aproximadamente 30 servicios en total de la lista de Solo Pacientes Hospitalizados.

Medicare paga la mayoría de los servicios prestados en ASCs a una tasa más baja que los departamentos ambulatorios del hospital. Como resultado, al recibir atención en un ASC en lugar de en un departamento ambulatorio de un hospital, los pacientes pueden reducir sus costos de bolsillo para ciertos servicios. Por ejemplo, para una de las cirugías de cataratas más comunes, actualmente, en promedio, un beneficiario de Medicare paga \$101 si el procedimiento se realiza en un departamento ambulatorio de un hospital en comparación con \$51 si se realiza en un centro de cirugía.



CMS propone expandir la cantidad de procedimientos que Medicare pagaría cuando se realizara en un ASC, lo que daría a los pacientes más opciones de dónde recibir atención y garantizaría que CMS no favorezca un tipo de entorno de atención sobre otro. Para el CY 2021, proponemos agregar once procedimientos que Medicare pagaría cuando se proporcionaran en un ASC, incluida la artroplastia total de cadera. Desde el 2018, CMS ha agregado 28 procedimientos a la lista de servicios quirúrgicos que se pueden pagar con Medicare cuando se realizan en ASCs.

Además, proponemos dos alternativas que ampliarían aún más nuestros objetivos de aumentar el acceso a la atención a un costo menor. Bajo la primera alternativa, CMS establecería un proceso en el que el público podría designar servicios adicionales que podrían realizarse en ASCs con base en ciertos parámetros de calidad y seguridad. Bajo la otra alternativa propuesta, revisaríamos los criterios utilizados para determinar los procedimientos que Medicare pagaría en un ASC, agregando potencialmente aproximadamente 270 procedimientos que ya son pagaderos cuando se realizan en el entorno ambulatorio del hospital a la lista de ASC. Bajo esta alternativa, solicitamos comentarios sobre si las condiciones de ASC para la cobertura (los requisitos básicos de salud y seguridad para los ASCs participantes de Medicare) deben revisarse dado el potencial de una expansión significativa en la naturaleza de los servicios que se agregarían bajo esta propuesta alternativa.

Como parte del compromiso de la Administración Trump de reducir los precios de los medicamentos, CMS propone un cambio que reduciría los costos de bolsillo de los beneficiarios para ciertos medicamentos ambulatorios en el hospital. En el 2018 y 2019, CMS implementó una política de pago para ayudar a los beneficiarios a ahorrar coaseguro por medicamentos que se administraron en departamentos ambulatorios de hospitales y adquiridos a través del programa 340B, que permite a ciertos hospitales comprar medicamentos ambulatorios a costos más bajos. Debido al cambio de política de CMS,

Ver **EE 08/04/2020**, en la página 13

EE 08/04/2020

De la página 12

que recientemente fue confirmado por el Tribunal de Apelaciones de los Estados Unidos para el Circuito de D.C., los beneficiarios de Medicare ahora se benefician de los fuertes descuentos que reciben los hospitales inscritos en el 340B cuando compran medicamentos a través del programa 340B.

Para el 2021, CMS ofrecería descuentos aún mayores para los beneficiarios al proponer reducir aún más la tasa de pago de los medicamentos comprados a través del Programa 340B en base a datos de encuestas hospitalarias sobre los costos de adquisición de medicamentos. CMS propone pagar por los medicamentos adquiridos del 340B a un precio de venta promedio menos 28.7 por ciento. Con este cambio propuesto, CMS estima que, en el 2021, los beneficiarios de Medicare ahorrarían \$85 millones adicionales en pagos de bolsillo para estos medicamentos y que los pagos del OPSS para medicamentos del 340B se reducirían en aproximadamente \$427 millones. Los ahorros de este cambio se reasignarían en un porcentaje igual a todos los hospitales pagados bajo el OPSS. Proponemos que los hospitales para niños, ciertos hospitales oncológicos y los hospitales comunitarios rurales únicos continúen excluidos de estas reducciones en el pago de medicamentos. Como alternativa, y a la luz de la reciente decisión del tribunal, proponemos continuar con nuestra política actual de pagar ASP menos 22.5% por medicamentos del 340B.

Al continuar con la Iniciativa de Pacientes Sobre el Papeleo de la agencia para reducir la carga para los proveedores de atención médica, CMS propone establecer, actualizar y simplificar la metodología para calcular la Calificación de Estrellas de Calidad General Hospitalaria (Calificación General de Estrellas) a partir del CY 2021. La Calificación General de Estrellas resume una variedad de medidas de calidad publicadas en la herramienta de Comparación de Hospitales de Medicare.gov para afecciones comunes que los hospitales tratan, como ataques cardíacos o neumonía. Junto con los datos informados públicamente sobre Comparación de Hospitales, la Calificación General de Estrellas ayuda a los pacientes a tomar decisiones de atención médica mejor informadas.

En respuesta a los comentarios de las partes interesadas sobre la metodología actual utilizada para calcular la Calificación General de Estrellas, CMS propone revisiones acerca de cómo calcular las calificaciones y agrupar los hospitales en el grupo de medida de readmisión por el porcentaje de pacientes del hospital que están inscritos en Medicare y Medicaid, que ayudaría a proporcionar una mejor comprensión de las disparidades de salud. El objetivo de estos y otros cambios propuestos es reducir la carga del proveedor, mejorar la previsibilidad de las clasificaciones de estrellas y facilitar la comparación de clasificaciones entre hospitales similares.

Como parte de la iniciativa Replanteamiento de la Salud Rural de la agencia, en el reglamento final del Sistema de Pago Prospectivo de Pacientes Hospitalizados (IPPS) del FY 2020, CMS aumentó el índice salarial para ciertos

hospitales con índice salarial bajo durante al menos cuatro años, comenzando en el FY 2020. En el reglamento final del Sistema de Pago de OPSS/ASC del CY 2020, CMS adoptó cambios en el índice salarial para hospitales ambulatorios como se finalizó en el reglamento final del IPPS del FY 2020, incluido el aumento en el índice salarial para ciertos hospitales con índice de salarios bajos. El índice salarial del OPSS ajusta las tasas de pago de pacientes ambulatorios de los hospitales para tener en cuenta las diferencias locales en los salarios que enfrentan los hospitales en sus respectivos mercados laborales. Para el 2021, bajo el OPSS, CMS propone continuar adoptando el índice salarial reclasificado posterior del IPPS, incluido el aumento del índice salarial para ciertos hospitales con índice de salarios bajos. El aumento abordaría una preocupación común de que el sistema actual de índice de salarios contribuye a las disparidades entre los hospitales de alto y bajo índice de salarios. En general, CMS estima que el pago por servicios ambulatorios en hospitales rurales en todo el país aumentaría en un 3 por ciento, que es 0.5 por ciento más alto que el aumento promedio nacional de 2.5 por ciento.

Para más información (en inglés):

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

CMS Actualiza las Políticas de Pago de Medicare para IRFs

El 4 de agosto, CMS finalizó un reglamento de pago de Medicare que avanza aún más en nuestros esfuerzos para fortalecer el programa de Medicare al alinear mejor los pagos para los Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados (IRFs). El reglamento final actualiza las políticas y tarifas de pago de Medicare para los centros bajo el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) de IRF para el FY 2021. Este reglamento final también incluye hacer permanente el cambio reglamentario para eliminar el requisito de que los médicos realicen una visita posterior a la admisión ya que gran parte de la información se incluye en la visita previa a la admisión. Esta flexibilidad se ofreció durante la Emergencia de Salud Pública (PHE) de la Enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19), y el reglamento haría que esta flexibilidad sea permanente más allá del vencimiento de la PHE. En reconocimiento de la función interdisciplinaria que los profesionales de la salud están desempeñando actualmente con pacientes en el IRF, CMS también está finalizando que un profesional de la salud puede realizar una de las tres visitas requeridas en lugar del médico en la segunda y posteriores semanas de la atención de un paciente cuando sea coherente con el ámbito de práctica estatal de un profesional de la salud. Además, para el FY 2021, CMS está actualizando las tasas de pago del PPS de IRF en un 2.4 por ciento.

Para más información (en inglés):

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

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

MLN Connects® para el 6 de agosto de 2020

Sesión de Escucha acerca del Reglamento Propuesto del Manual de Tarifas Fijas para Médicos: Inscribese Ahora

[MLN Connects® para el 6 de agosto de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF !\[\]\(339a16584d5da0f0a3ca4e9ec17bf6a1_img.jpg\)](#)

Noticias

- Prescripción Electrónica de Sustancias Controladas en la Parte D de Medicare: Solicitud de Información
- Lanzamiento del Pricer Web de IRF
- Servicios Posteriores de E/M de Centro de Enfermería: Reporte de Facturación Comparativa
- Repaso de Comparación de Asilos de Ancianos
- Sistema de Recopilación de Datos de Ambulancia Terrestre de Medicare: Documentos Actualizados
- MACs Reanudan la Revisión Médica Sobre una base Posterior al Pago
- ABN Renovada: Fecha Límite Extendida hasta el 1 de enero
- COVID-19: Telemedicina, Experiencias Clínicas,

Recursos para Hospitales y Centros de Atención Urgente

- Proteja a Sus Pacientes Contra Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Eventos

- Webcast de Series de Capacitación Nacional de CMS/CDC acerca de COVID-19 en Asilos de Ancianos — 6 de agosto
- Llamada acerca de COVID-19: Lecciones de las Líneas del Frente — 7 de agosto
- Sesión de Escucha acerca de Comprender los 4 Temas Clave del Reglamento Propuesto del Manual de Tarifas Fijas para Médicos — 13 de agosto
- Sesión de Escucha acerca del Estudio de Manejo del Dolor del Dr. Todd Graham — 27 de agosto

Artículos de MLN Matters®

- Nuevas Pruebas Exentas
- Penalización por Presentación Demorada de Solicitud de Pago Anticipado (RAP) — Implementación

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 13 de agosto de 2020

COVID: Webcast de Series de Capacitación de CMS/CDC en Asilos de Ancianos — 13 de agosto

[MLN Connects® para el 13 de agosto de 2020](#)

[Vea esta edición como un PDF !\[\]\(83bbbd261710c59db0214aa27b2edc0d_img.jpg\)](#)

Noticias

- La Administración Trump Anuncia Iniciativa para Transformar la Salud Rural
- Periodo de Vista Previa de Comparación de Médicos Abierto hasta el 20 de agosto
- Manejo del Dolor Agudo y Crónico – Oportunidad de Participación de Partes Interesadas: Respondan para el 21 de agosto
- Reportes de Vista Previa del Proveedor de SNF: Revise Sus Datos para el 30 de agosto
- PEPPER para HHAs y PHPs
- Hospitales: Datos de Reclassificación Geográfica de Tres Años para Aplicaciones de MGCRB del FY 2022
- Opioides: Co-Prescripción de Naloxone

Eventos

- Webcast de Series de Capacitación Nacional de CMS/CDC acerca de COVID-19 en Asilos de Ancianos — 13 de agosto
- Sesión de Escucha acerca del Estudio de Manejo del Dolor del Dr. Todd Graham — 27 de agosto

Artículos de MLN Matters®

- Facturación para Servicios de Terapia de Infusión en el Hogar En o Después del 1 de enero de 2021
- Corrección a la Edición de Actualización para Servicios de Vacunas
- Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma. Revisión (ICD-10) y Otras Revisiones de Codificación a Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs) — Actualización de enero de 2021
- Actualización Trimestral para Tarifas Fijas de Laboratorio Clínico y Servicios de Laboratorio Sujetos a Pago de Cargo Razonable
- Actualización Trimestral a la Base de Datos de Tarifas Fijas de Médicos de Medicare (MPFSDB) — Actualización de octubre de 2020
- Actualización a Códigos de Medicamentos de Osteoporosis Facturables sobre Reclamaciones de Salud en el Hogar
- Estipendios de Pago de Vacuna de la Influenza – Actualización Anual para la Temporada del 2020-2021 — Revisada

Multimedia

- Curso de Capacitación Basado en la Web de Recursos de Capacitación de HQRP

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

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 Asuntos Médicos:

Medical Affairs 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**.

Nueva LCD/Artículo

Monitores de glucosa continuos implantables (I-CGM) – nueva LCD y artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B

Números de ID de LCD y Artículo: L38664/A58136 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

Esta nueva determinación de cobertura local (LCD) aborda las indicaciones de cobertura, las limitaciones y los requisitos de necesidad médica para monitores de glucosa continuos Implantables (I-CGM) para el tratamiento de beneficiarios de Medicare con diabetes mellitus que requieren múltiples administraciones de insulina diarias y ajustes frecuentes a su régimen de tratamiento con insulina. Además, el artículo de codificación y facturación relacionado (A58136) aborda las pautas de codificación en apoyo de los servicios razonables y necesarios descritos en la LCD.

Fecha de vigencia

Esta nueva LCD y el artículo de facturación y codificación son vigentes para los servicios prestados **en o después del 11 de octubre de 2020**.

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 facturación y codificación para una LCD 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 LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Revisión a LCDs/Artículos existentes

Aplicación de injertos sustitutos de la piel para el tratamiento de DFU y VLU de extremidades inferiores – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

Número de ID de Artículo: A57680 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de este artículo de facturación y codificación, la sección “Directrices de Codificación” se actualizó para incluir información de codificación adecuada con respecto a códigos de cirugía de aplicación de injertos sustitutos de la piel y apósitos para heridas no injertadas (por ej., gel, polvo, ungüento, espuma, líquido) o sustitutos de piel inyectada.

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del**

13 de agosto de 2020.

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 facturación y codificación para una LCD 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 LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Paneles de patógenos gastrointestinales (GIP) utilizando técnicas de amplificación de ácido nucleico multiplex (NAATs) – revisión al artículo de facturación y codificación de la Parte A y la Parte B

Número de ID de Artículo: A56638 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión del artículo de facturación y codificación de la determinación de cobertura local (LCD) para paneles de patógenos gastrointestinales (GIP) utilizando técnicas de amplificación de ácido nucleico multiplex (NAATs), el artículo de facturación y codificación se revisó para eliminar el requisito de diagnóstico dual para el código de diagnóstico R19.7 de ICD-10-CM. Por lo tanto, la sección “Códigos CPT®/HCPCS/Códigos del Grupo 2:” del artículo de facturación y codificación se eliminó (Current Procedural Terminology [CPT®] códigos 87507 y 0097U ahora están listados bajo los Códigos del Grupo 1). Además, la sección del artículo de facturación y codificación “Códigos ICD-10 que apoyan la necesidad médica/ Códigos del Grupo 2:” se eliminó y la sección codificación “Códigos ICD-10 que apoyan la necesidad

médica/ Códigos del Grupo 3:” fue renombrada a “Códigos del Grupo 2.”

Fecha de vigencia

Esta revisión al artículo de facturación y codificación es vigente para reclamaciones procesadas **en o después del 13 de agosto de 2020**, por 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 de 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 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 LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Retiro de LCD/Artículo existente

Terapia de oxígeno hiperbárico (HBO) – LCD/artículo de facturación y codificación de la Parte A y Parte B retirados

Número de ID de LCD y Artículo: L36504/A57800 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

En base a una revisión de la determinación de cobertura local (LCD) y del artículo de facturación y codificación para terapia de oxígeno hiperbárico (HBO), se determinó que ya no son requeridos y por lo tanto están siendo retirados.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD y del artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 27 de agosto de 2020**.

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 facturación y codificación para una LCD 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 LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

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 Affairs 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 próstéticos,

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 Affairs 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**.

Retiro de LCD/Artículo existente

Neuromodulación sacra – LCD/artículo de facturación y codificación de la Parte B retirados

Número de ID de LCD y Artículo: L36296/A56508 (Florida/Puerto Rico/Islas Vírgenes de los Estados Unidos)

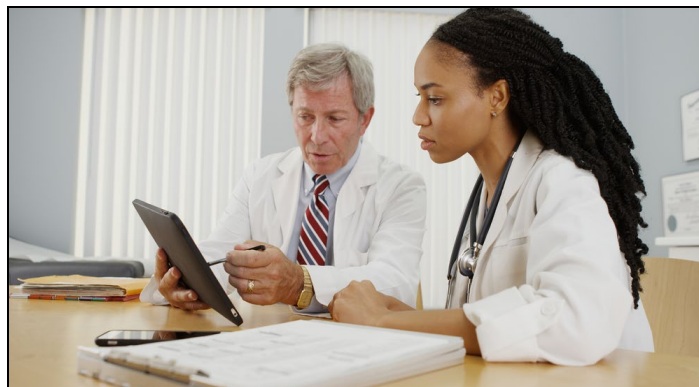
En base a una revisión de la determinación de cobertura local (LCD) y del artículo de facturación y codificación para neuromodulación sacra, se determinó que ya no son requeridos y por lo tanto están siendo retirados.

Fecha de vigencia

El retiro de esta LCD y del artículo de facturación y codificación es vigente para los servicios prestados **en o después del 13 de agosto de 2020**.

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 facturación y codificación para una LCD 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 LCD activas, futuras y retiradas para la jurisdicción N (JN), por favor [haga clic aquí](#).

Búsqueda de LCD

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

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



Números de teléfono

Servicio al cliente

1-877-715-1921

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

Línea de registro para eventos educativos:

<mailto:elarning@fcsso.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@fcsso.com

Formulario

Inscripción del proveedor

Provider Enrollment

P.O. Box 3409

Mechanicsburg, PA 17055-1849

Asuntos médicos

Medical Affairs and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medicalaffairs@guidewellsources.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

Asuntos médicos

Medical Affairs and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medicalaffairs@guidewellsorce.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

Asuntos médicos

Medical Affairs and Procedure

P.O. Box 2078

Jacksonville, FL 32231-0048

medicalaffairs@guidewellsources.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