

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### ¿QUÉ ES EL LISTSERV?

El ListServ es un servidor de correo automático desarrollado por Eric Thomas para BITNET en 1986. Cuando un mensaje electrónico es dirigido a la lista de correo del Listserv, éste se transmite automáticamente a cada persona incluida en la lista. El resultado es similar a un grupo de discusión o foro, excepto que los mensajes son transmitidos como un correo electrónico y sólo están disponibles para las personas incluidas en la lista.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) aceptaron este término para el concepto de envío de correo electrónico a proveedores, pero aquí no hay grupo de discusión ni foro. Estos servidores de correo automático (listas de correo electrónico) tienen la intención de proveer información a los proveedores

Cont. en la página 5

---

## We Are Glad You Asked!

### WHAT'S A LISTSERV?

A ListServ is an automatic mailing list server developed by Eric Thomas for BITNET in 1986. When an e-mail is addressed to a LISTSERV mailing list, it is automatically broadcast to everyone on the list. The result is similar to a newsgroup or forum, except that the messages are transmitted as e-mail and are therefore available only to individuals on the list

CMS has adopted this term for the concept of e-mailing providers; however, there is no forum or newsgroup. These listservs (or electronic mailing lists) are intended to provide information to the Medicare providers of health care and other trading partners interested in healthcare related information. CMS has various listservs available to

Cont. on page 5

Emission Date: June 25, 2004

<http://www.cms.hhs.gov>  
<http://www.triples-med.org>



Volume 78 / April, May, and June, 2004

**Este boletín debe ser compartido con todos los profesionales de la salud y administrativos que formen parte de su oficina. Copias adicionales del boletín están disponibles libre de cargo en nuestra página de internet en la siguiente dirección: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org)**

***This bulletin should be shared with all health care practitioners and managerial members of the provider/supplier staff. Additional no-cost copies are available on our website at [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org)***

## AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

The responsibility for the content of this file/product is with Triple-S, Inc. and CMS and no endorsement by the AMA is intended or implied. The AMA disclaims responsibility for any consequences or liability attributable to or related to any use, non-use, or interpretation of information contained or not contained in this file/product. This Agreement will terminate upon notice if you violate its terms. The AMA is a third party beneficiary to this Agreement.

## TABLA DE CONTENIDO

### ¡Qué Bueno que Preguntó!

¿Qué es el Listserv? .....	Portada
¿Qué es el Listserv? cont. ....	5
Tarjeta de descuento de medicamentos .....	5
Ordene la vacuna de Influenza ahora .....	6
"Comprehensive Error Rate Testing Program" .....	6

### Boletín Medicare Informa

Aviso Importante - Medicare Informa .....	8
---	---

### 1-800-MEDICARE

Implantación del Número Nacional .....	9
--	---

### Directorios

"Website Directory" .....	11
---------------------------	----

### Deducible Anual - Parte B

MMA-nuevo deducible anual para la Parte-B .....	12
---	----

### HIPAA

Plan de Contingencia HIPAA .....	14
"Remittance Advice Remark Code" .....	18
Por ciento de proveedores por especialidad .....	19
Aviso Importante - reclamaciones electrónicas .....	21
"HIPAA X12N 837 Companion Document" .....	21
Proveedores/"vendors" que pasaron pruebas .....	24
Reclamaciones MSP sometidas en papel .....	27
"Using X12N 837 (version 4010A1) - MSP claims" ..	30
Corrección a la Guía de la X12N 837 Profesional ...	31
Actualización a los Códigos de Taxonomía .....	34
"Quarterly Provider Update" .....	35
Eliminación del período de gracia de 90 días/HCPSC ...	35
Eliminación del período de gracia de 90 días/ICD-9-CM..	40
"Manualization of POS Code Set" .....	42

CPT codes, descriptors and other data only are copyright 2002 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS clauses apply.

## TABLA DE CONTENIDO - Cont.

### Acuerdos Contractuales

Pago por servicios provistos bajo un acuerdo .....	43
--	----

### Política Médica

Terapia Foto Dinámica Ocular con Verteporfin .....	44
"Manualization NCD: Acupuncture for Fibromyalgia" ..	47
Actualización política - Monitorización Ambulatoria ..	49
"Electrical Stimulation and Electromagnetic Therapy" ....	52
Limitaciones en la frecuencia - Darbepoetin Alfa ....	54

### Facturación Simplificada

Recordatorio: Método de facturación simplificada ..	56
---	----

### Políticas de Pagos

Corrección a facturación para Material de Contraste ..	65
Correcciones a los códigos HCPCS 0040T y A9603 ..	67
Pagos de incentivos en áreas de escasez .....	69
Jurisdicción de pago para el 2004 .....	71

### Medicamentos

Actualización a los precios de medicamentos .....	73
---	----

### Oncología

Pago por servicios de administración de quimioterapia .	75
---	----

### Enfermería Especializada

Nuevos éditos .....	76
---------------------	----

### Proceso Apelativo

Implantación - nueva notificación de redeterminación ....	77
---	----

### Ambulancia

Implantación - Sección 414 del MMA de 2003 .....	80
--	----

### Laboratorio

Facturación para pruebas referidas por laboratorios .....	82
Nuevas pruebas al Certificado de Dispensa .....	84

### Proceso de Transferencia de Reclamaciones

Consolidación del proceso .....	85
---------------------------------	----

### Physical, Occupational, and Speech-Language

"Arrangements for Physical, Occupational and Speech-Language Pathology" .....	88
---	----

### Incident-to-Services

"Incident-to-Services" .....	90
------------------------------	----

### Contrato

Proveedores sancionados .....	91
-------------------------------	----

### Transferencia Electrónica de Fondos

Transferencia Electrónica de Fondos .....	94
---	----

### Alertas

"Office of Inspector General Alert" .....	Contraportada
---	---------------

MOA-2004

## AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

The responsibility for the content of this file/product is with Triple-S, Inc. and CMS and no endorsement by the AMA is intended or implied. The AMA disclaims responsibility for any consequences or liability attributable to or related to any use, non-use, or interpretation of information contained or not contained in this file/product. This Agreement will terminate upon notice if you violate its terms. The AMA is a third party beneficiary to this Agreement.

## TABLE OF CONTENTS

### We are Glad you Asked!

<i>What's a Listserv?</i> .....	Cover
<i>What's a Listserv? cont.</i> .....	5
<i>Approved Drug Discount Card</i> .....	5
<i>Order Influenza Vaccine</i> .....	6
<i>Comprehensive Error Rate Testing Program</i> .....	6

### Medicare Informa Bulletin

<i>Important Notice - Medicare Informa</i> .....	8
--	---

### 1-800-MEDICARE

<i>Implementation of the National Number</i> .....	9
--	---

### Directory

<i>Website Directory</i> .....	11
--------------------------------	----

### Annual Parte B Deductible

<i>MMA-New Part-B annual deductible</i> .....	12
---	----

### HIPAA

<i>HIPAA Contingency Plan</i> .....	14
<i>Remittance Advice Remark Code</i> .....	18
<i>Percent of providers by specialty</i> .....	19
<i>Important Notice - electronic claims</i> .....	21
<i>HIPAA X12N 837 Companion Document</i> .....	21
<i>Providers/vendors that has tested X12N Format</i> .....	24
<i>MSP paper claims submitted by providers</i> .....	27
<i>Using X12N 837 (version 4010A1) - MSP claims</i> .....	30
<i>X12N 837 Professional Health Care Claims Implementation</i> .....	31
<i>Update to the Health Care Taxonomy Codes</i> .....	34
<i>Quarterly Provider Update</i> .....	35
<i>Elimination of the 90 day grace period/HCPSCS</i> .....	35
<i>Elimination of the 90 day grace period/ICD-9-CM</i> .....	40
<i>Manualization of POS Code Set</i> .....	42

CPT codes, descriptors and other data only are copyright 2002 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS clauses apply.

## TABLE OF CONTENTS - Cont.

### Contractual Agreements

<i>Payment for services provided under agreement</i> ....	43
---	----

### Medical Policy

<i>Ocular Photodynamic Therapy</i> .....	44
<i>Manualization NCD: Acupuncture for Fibromyalgia</i> ...	47
<i>Updated policy - Ambulatory Blood Pressure</i> .....	49
<i>Electrical Stimulation and Electromagnetic Therapy</i> .....	52
<i>Frequency limitations for Darbepoetin Alfa</i> .....	54

### Simplified Roster Bills

<i>Reminder: Simplified Roster Bills</i> .....	56
--	----

### Billing Policies

<i>Correction regarding HCPCS codes for Low Osmolar</i>	65
<i>HCPCS corrections involving 0040T and A9603</i> .....	67
<i>Medicare Incentive payments for Physician Care</i> ....	69
<i>2004 Payment Jurisdiction</i> .....	71

### Drugs

<i>Drugs Pricing Update</i> .....	73
-----------------------------------	----

### Oncology

<i>Payment for Chemotherapy Administration</i> .....	75
--	----

### Skilled Nursing Facility

<i>New Edits</i> .....	76
------------------------	----

### Appeals Process

<i>Implementation - New Medicare Redetermination</i> ..	77
---	----

### Ambulance

<i>Implementation - Section 414 of MMA of 2003</i> .....	80
--	----

### Laboratory

<i>Laboratories billing for referred test</i> .....	82
<i>New tests to the waived certificate</i> .....	84

### Claims Crossover Process

<i>The Consolidation of the Claims Crossover</i> .....	85
--	----

### Physical, Occupational, and Speech-Language

<i>Arrangements for Physical, Occupational and Speech-Language Pathology</i> .....	88
--	----

### Incident-to-Services

<i>Incident-to-Services</i> .....	90
-----------------------------------	----

### Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i> .....	91
-----------------------------------	----

### Electronic Funds Transfer

<i>Electronic Funds Transfer</i> .....	94
--	----

### Alerts

<i>Office of Inspector General Alert</i> .....	Backcover
--	-----------

MOA-2004

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### Viene de la Portada...

cuidado de la salud de Medicare y otros socios de negocio interesados en información relacionada al cuidado de la salud. CMS tiene varias listas de correo automático disponibles para proveer información y orientación a los proveedores de Medicare. El Medlearn Matters es una creación reciente a la lista de correo electrónico de CMS. La página del Medlearn Matters incluye enlaces a artículos educativos y a "Change Requests" con el propósito de ofrecerle información a los proveedores (<http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>).

CMS requiere que los contratistas también desarrollen servidores de correo automático como medio de comunicación con sus proveedores. Triple-S/Medicare actualmente cuenta con ocho (8) listas de correo electrónico. A través de estas listas, le enviamos información a los suscriptores relacionada a los cambios de CMS, fechas importantes e invitaciones a actividades. Suscribirse a nuestros servidores de correo automático le mantiene informado. Le invitamos a visitar nuestra página electrónica ([www.triples-med.org](http://www.triples-med.org)) y suscribirse al menos a una de nuestras listas electrónicas. Usted puede acceder nuestra lista electrónica de correo oprimiendo la Sección "listserv" de nuestra página electrónica.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda sobre este asunto, favor de comunicarse con el Departamento de Relaciones con la Comunidad al 1-877-715-1921. Uno de nuestros Representantes de Servicio gustosamente le ayudará.

## We Are Glad You Asked!

### From the Cover Page...

*information and guidance to Medicare providers. One recent addition to CMS mailing list is Medlearn Matters. The Medlearn Matters page includes links to educational articles and related Change Requests, in order to present consistent information to providers <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>.*

*CMS requires contractors to also develop listservs as a means of provider communication. Triple-S/Medicare presently counts with eight electronic mailing lists. Through these lists, we e-mail subscribers information pertaining to CMS changes, time sensitive issues and invitation to activities. Subscribing to our listservs will we keep you timely informed. We encourage you to visit our webpage ([www.triples-med.org](http://www.triples-med.org)) and subscribe to at least one of our mailing list. You can access our mailing list by clicking at the listserv section of our webpage.*

*If you have questions or need assistance with this matter, please contact our Community Relations Department at 1-877-715-1921. One of our Customer Services Representatives will gladly service you.*

PCOM/PIP2003/DGE

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### ORDENE LA VACUNA DE INFLUENZA AHORA

Con el propósito de asegurar la disponibilidad de la vacuna de influenza para su administración temprana en el otoño de 2004, los médicos y proveedores deben comenzar a ordenar la vacuna de influenza inmediatamente. El año pasado un gran número de casos de influenza comenzó a presentarse en octubre y la actividad se extendió. Anticipando el aumento en la demanda para la vacuna en el otoño de 2004, se hace imprescindible que los médicos y los proveedores que ofrecen servicios a los beneficiarios de Medicare y a otras personas con alto riesgo de complicaciones por influenza comiencen a prepararse para la temporada de influenza 2004-2005.

Mientras la recién creada ley "Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003" cambió los pagos de Medicare para varios medicamentos cubiertos, la base para el pago de la vacuna de influenza continuará siendo el 95 por ciento del precio al por mayor.

## We Are Glad You Asked!

### ORDER INFLUENZA VACCINE NOW

*In order to ensure the availability of influenza vaccine for administration early in the Fall of 2004, physicians and providers should begin to order supplies of influenza vaccine immediately. Last year, large numbers of cases of influenza began to appear in October, and activity was widespread. Anticipation of increased demand for vaccine in the Fall of 2004 makes it imperative that physicians and providers who care for Medicare beneficiaries and others at high risk for complications from influenza begin to prepare for the 2004-2005 influenza season immediately.*

*While the recently enacted Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 changed the Medicare payments for many covered drugs and biologicals, the basis for Medicare payment of influenza vaccine will continue to be 95% of the average wholesale price.*

JSM-188/March 26, 2004

### "COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING PROGRAM"

El rápido crecimiento en los costos de salud y la preocupación existente sobre las vulnerabilidades del programa Medicare, motivó al Congreso de los Estados Unidos a autorizar a Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) a iniciar contrataciones con entidades que ayuden a proteger la integridad del programa. Estas entidades son conocidas como "Program Safeguard Contractors" (PSC, por sus siglas en inglés). La función principal de estos contratistas es identificar áreas de potencial vulnerabilidad o problemas del programa Medicare que conlleven el pago incorrecto de reclamaciones. Con este propósito, CMS desarrolló el programa del

### COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING PROGRAM

*Considering the rapid increase in health cost and the growing concern over the vulnerability of the Medicare program, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) were authorized by the U.S. Congress to contract other entities to protect the integrity of the program. These entities are known as Program Safeguard Contractors (PSC). The primary function of the PSC is to identify potential program vulnerabilities and problems resulting in inappropriate Medicare payments. With this goal in mind, CMS developed the Comprehensive Error Rate Testing (CERT) Program and selected AdvanceMed as the PSC to direct it.*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

“*Comprehensive Error Rate Testing*” (CERT, por sus siglas en inglés) y seleccionó a la compañía AdvanceMed, como PSC, para dirigir este programa.

Como parte de sus tareas, AdvanceMed selecciona periódicamente, para revisión, una muestra aleatoria de las reclamaciones que recibe cada contratista. Dicha muestra incluye reclamaciones pagadas o denegadas con el único propósito de asegurarse que la acción tomada por el Contratista fue correcta. El personal de CERT a cargo de llevar a cabo la revisión médica de los casos está compuesto por enfermeras, médicos consultores, un director médico y otros profesionales de la salud.

Uno de los hallazgos más significativos de las revisiones, que hasta ahora ha llevado a cabo AdvanceMed, es la falta de documentación, Ej., casos en los que el proveedor no sometió ningún tipo de documentación a pesar de los múltiples intentos realizados por AdvanceMed.

Deseamos enfatizar la importancia que tiene el que usted como proveedor envíe el expediente o documentación médica cuando AdvanceMed así lo solicite. De lo contrario, esta reclamación será considerada como pagada incorrectamente por lo que tendremos que recuperar el dinero pagado. Además, es de suma importancia que en el expediente médico estén debidamente documentados todos los servicios prestados. Igualmente, es importante que dicha documentación sustente los niveles de complejidad facturados. Estamos seguros que podemos contar con usted para ayudarnos a reducir nuestro “Error Rate”.

Los documentos que solicita AvanceMed deben dirigirse a su dirección: CERT Operations Center, Attn: Disposition Department, 1530 E. Parham Road, Richmond VA 23228 (Fax no. (804) 264-3268); pero, si usted tiene preguntas sobre este asunto, por favor, contáctenos al (877) 715-1921.

## We Are Glad You Asked!

*As part of its duties, AdvanceMed periodically selects and reviews a sample of claims with the sole purpose to ensure that the decision made in each claim was appropriate. The CERT medical review staff includes nurses, a medical director, physician consultants and other qualified healthcare practitioners.*

*One of the major problems identified during the AdvanceMed review is the lack of documentation, i.e., cases in which providers did not submit the documentation after AdvanceMed exhausted the full process of pursuing documentation.*

*We emphasize the importance of responding when you receive a letter from AdvanceMed asking for medical records; otherwise, the claim will be classified as an error and we will have to recoup the payment. In addition, it is of utmost importance that documents for services rendered are in the medical record and that these support the level of service billed. We rely on your cooperation in order to reduce our Error Rate.*

*Documents requested by AdvanceMed should be submitted to their address: CERT Operations Center, Attn: Disposition Department, 1530 E. Parham Road, Richmond VA 23228 (Fax no. (804) 264-3268). But, if you have questions regarding this important matter, you may contact us at 1-877-715-1921.*

CR2976/Trans. 67/Pub.100-08 MPI/February 27, 2004/CG/els  
CR3157/Pub.100-20 OTN Trans.81/April 2, 2004/CG/els

## Boletín Medicare Informa

### AVISO IMPORTANTE

El boletín **Medicare Informa** provee información sobre facturación y cubiertas para los médicos y proveedores (profesionales de la salud) cuyos pacientes están cubiertos bajo la Parte B del Programa Medicare. El boletín **Medicare Informa** se distribuye a todos nuestros profesionales de la salud trimestralmente a través del correo regular.

De acuerdo con las guías de los Centros de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), este boletín provee información oficial sobre las responsabilidades y los requisitos establecidos por la ley de Medicare, regulaciones y guías. Usted (profesional de la salud) debe leer el boletín **Medicare Informa** tan pronto lo reciba y compartirlo con su personal. Este boletín debe compartirse con todos los profesionales de la salud y personal administrativo que formen parte de su oficina. Los boletines están disponibles libre de costo a través de nuestra dirección electrónica <http://www.triples-med.org>, sección de publicaciones.

## Medicare Informa Bulletin

### IMPORTANT NOTICE

*The **Medicare Informa** provides billing and coverage information necessary to physicians and providers (healthcare professionals) whose patients are covered under Part B of the Medicare Program. The **Medicare Informa** is mailed on a quarterly bases to all our healthcare professionals.*

*In accordance with Centers for Medicare and Medicaid guidelines, this bulletin provides official notices pertaining to responsibilities and requirements established by the Medicare law, regulations and guidelines. You (healthcare professional) are urged to read the **Medicare Informa** as soon as you receive it and route it to your staff. This bulletin should be shared with all healthcare practitioners and managerial members of your staff. Bulletins are available at no cost from our Web site at <http://www.triples-med.org>, at the publication section.*

CR3118/Pub. 100-09/BPC Trans. #4/March 5, 2004/DG

# 1-800-MEDICARE

## IMPLANTACIÓN DEL NÚMERO NACIONAL 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (SECCIÓN 923(D) DE MMA)

### Proveedores afectados

Todos los proveedores

### Acción Necesaria

Los contratistas de Medicare (incluyendo los Contratistas de Equipo Médico Duradero) y los intermediarios fiscales suspenderán sus números de teléfono libre de cargos para los **beneficiarios**. En su lugar, todas las llamadas de beneficiarios se dirigirán al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

### Qué Usted Necesita Saber

A partir del 1 de junio de 2004, los contratistas e intermediarios fiscales comenzarán la transición al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, línea telefónica a través de la cual se atenderán todas las preguntas de los beneficiarios relacionadas a servicios y reclamaciones de Medicare.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) se comunicarán con cada contratista e intermediario fiscal individualmente para proveer la fecha específica de la migración e implantación para ese contratista (la primera etapa está programada para junio-julio 2004). Las llamadas recibidas en el sistema centralizado relacionadas a reclamaciones específicas se dirigirán al contratista de Medicare o intermediario fiscal para su respuesta.

### Qué Usted Necesita Hacer

Los contratistas e intermediarios fiscales de Medicare publicarán el nuevo número de teléfono libre de cargos para los beneficiarios en la Remesa de Pago de Medicare, en la correspondencia del beneficiario, en las redeterminaciones (antes revisión) y, si aplica, en la página electrónica dirigida a los beneficiarios

## MMA - NATIONAL 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) IMPLEMENTATION (SECTION 923(D) OF MMA)

### Provider Types Affected

All providers

### Provider Action Needed

*Medicare carriers (including DMERCs) and fiscal intermediaries will no longer maintain their own individual **beneficiary** toll-free telephone numbers. Instead, all beneficiary calls should be directed to 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).*

### What You Need to Know

*Effective June 1, 2004, carriers and FIs will begin to transition to **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** for all beneficiary questions that pertain to Medicare claims and services. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will contact each carrier/FI on an individual basis to provide the specific migration/implementation date for that contractor (phase-in is planned for June - July 2004). As calls come in to the new centralized number, questions regarding specific claims will be routed to the appropriate Medicare carrier/FI for response.*

### What You Need to Do

*Medicare carriers/FIs will publish the new beneficiary toll-free telephone number on Medicare Summary Notices (MSNs), beneficiary correspondence, Medicare Redetermination Notices (formerly, appeals letters) and, if applicable, on Medicare beneficiary websites. On or after August 1, 2004, when you advise your patients to call Medicare with questions, direct them to 1-800-MEDICARE. However, for calls*

Cont. on next page



# 1-800-MEDICARE

de Medicare. Del 1 de agosto de 2004 en adelante cuando usted le aconseje a sus pacientes llamar a Medicare para alguna pregunta, debe dirigirlos al 1-800-MEDICARE. Sin embargo, para llamadas relacionadas a estatus de elegibilidad o estatus de reclamaciones y otras preguntas de proveedores nuevos, los proveedores deben continuar utilizando el número de teléfono libre de cargos existente para ellos.

## Trasfondo

El cambio en la política, manejado por el “Medicare Modernization Act (MMA)” de 2003, (Sección 923(d)), requiere que todos los contratistas e intermediarios fiscales de Medicare utilicen un número telefónico **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** - para todas las preguntas de los beneficiarios. Proporcionando un número de teléfono sencillo, Medicare pretende mejorar el servicio telefónico de los clientes conectándolos rápidamente con el contratista correcto de Medicare para contestarle y sus preguntas; de ese modo se reduce el número de llamadas. Actualmente, un grupo de trabajo de CMS está desarrollando procedimientos estándares de operación para procesos y excepciones a esta nueva política. Todos los procedimientos se le comunicarán a los contratistas una vez se hayan tomado las decisiones finales.

## Información adicional

La instrucción oficial emitida al contratista con relación a este cambio puede encontrarla en la siguiente dirección electrónica: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp). Desde esta página electrónica observe el CR-3195 en la columna de NUM CR a la derecha y oprima en el archivo del número de este CR.

Además, recuerde que el 1-800-MEDICARE es para llamadas de beneficiarios. Los proveedores que llaman a Medicare deben continuar utilizando los números telefónicos que utilizan actualmente. Si usted no tiene dicho número, puede obtenerlo en la siguiente dirección electrónica: <http://www.cms.hhs.gov/tollnums.asp>.

*regarding eligibility status or claims status, and other provider-initiated inquiries, providers should continue to use the existing provider toll-free numbers.*

## Background

*The change in policy, driven by the Medicare Modernization Act (MMA) of 2003 (section 923 (d)), requires all Medicare carriers/FIs to use one number—1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)—for all Medicare questions from beneficiaries. By providing a single call-in number, Medicare aims to improve customer telephone service by connecting callers quickly with the correct Medicare contractor for question, thereby reducing the number of calls and referrals overall. Currently, an internal CMS workgroup is developing standard operating procedures for processes and exceptions to this new policy. All procedures will be communicated to contractors as soon as final decisions are made.*

## Additional Information

*The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp). From that web page, look for CR 3195 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR number.*

*Also, remember that 1-800-MEDICARE is for beneficiary-initiated calls. Providers calling Medicare should continue using the numbers currently in use. If you do not have that number, you may find it at: <http://www.cms.hhs.gov/tollnums.asp>.*

Pub. 100-04/MCP Trans. 159/CR-3195/April 30, 2004/DGE

# WEBSITE DIRECTORY

To facilitate your access to Medicare Program information, we have created the following website directory.

UPIN (Unique Physician/Practitioner Identification Number)	Six-character alphanumeric code, assigned by CMS to each Medicare provider and used to identify a referring physician.	<a href="http://upin.ecare.com">http://upin.ecare.com</a>
ICD-9 (International Classification of Diseases, 9 <sup>th</sup> Revision)	Clinical modification; a national coding method to enable providers to effectively document the medical condition, symptom or complaint that is the basis for rendering a specific service; the coding system consists of three-to-five character numeric or alphanumeric codes for reporting purposes.	<a href="http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp">http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp</a>
CCI (Correct Coding Initiative)	The CCI identifies code pairs based on procedure code descriptions or standard medical practice. These code pairs represent the following types of edits:  <b>Rebundling</b> = reporting of a comprehensive procedure and its component procedures <b>Mutually exclusive procedures</b> = by definition, these cannot occur during the same operative session	<a href="http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits/default.asp">http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits/default.asp</a>
LCD (Local Coverage Determination)	Section 522 of the Benefits Improvement and Protection Act (BIPA) created the term "local coverage determination". An LCD is decision by a fiscal intermediary or carrier whether to cover a particular service on an intermediary-wide or carrier-wide basis. The difference between LMRPs and LCDs is that LCDs consist of only "reasonable and necessary" information, while LMRPs may also contain benefit category and statutory exclusion provisions.	<a href="http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp">http://www.cms.hhs.gov/mcd/search.asp</a>
CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)	Federal agency, part of DHHS; administers and oversees the Medicare Program and a portion of the state Medicaid program.	<a href="http://www.cms.hhs.gov">http://www.cms.hhs.gov</a>
CMS-855	Medicare fee-for-service provider enrollment.	<a href="http://www.cms.hhs.gov/providers/enrollment/forms/default.asp?">http://www.cms.hhs.gov/providers/enrollment/forms/default.asp?</a>
Triple-S/Medicare	CMS contractor for Medicare Part B services provided in Puerto Rico and the USVI.	<a href="http://www.triples-med.org">http://www.triples-med.org</a>
Open Door Initiative	A program based on a simple and fresh attitude that the CMS desires to better hear and interact with those beneficiaries, providers and other stakeholders interested in the delivery of quality healthcare for our nation's seniors and beneficiaries with disabilities. This increased emphasis on responsiveness is captured through an ongoing series of "Open Door Forums" that provide a dialogue about both the many individual service areas and beneficiary needs within CMS.	<a href="http://www.cms.hhs.gov/opendoor/">http://www.cms.hhs.gov/opendoor/</a>

## **Deducible Anual – Parte-B**

### **MMA – NUEVO DEDUCIBLE ANUAL PARA LA PARTE B**

#### **Acción Necesaria de Parte del Proveedor**

A partir del 1 de enero de 2005, el Seguro Médico Suplementario (SMI, por sus siglas en inglés) o deducible de la Parte B de Medicare será \$110.00. Los médicos, suplidores y proveedores deberán asegurarse de ajustar sus procesos de facturación para manejar este cambio en el deducible de la Parte B de Medicare.

#### **Trasfondo**

La Parte B de Medicare ayuda a los beneficiarios a pagar por servicios médicos, pruebas diagnósticas, servicios de ambulancia, equipo médico duradero y otros servicios de salud cada año calendario y el beneficiario es responsable de los primeros \$100.00 de deducible de los cargos aprobados por la Parte B de Medicare, o sea, el deducible anual. Para los años calendarios del 1991 al 2004, el deducible anual de la Parte B de Medicare ha sido \$100.00.

A partir del 2005, el deducible anual de la Parte B de Medicare será de \$110.00 (basado en la Sección 629 de la ley “Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act” (MMA)).

#### **Implementación**

Este cambio entra en vigor el 1 de enero de 2005 y la fecha de implementación en los sistemas de proceso de reclamaciones de Medicare será el 3 de enero de 2005.

#### **Instrucciones Relacionadas**

El Capítulo 3 del Manual de Información General, Elegibilidad y Derechos de Medicare, (cantidades de Deducibles, Co-aseguro y Limitaciones de Pago, Sección 20 (Seguro Médico Suplementario (SMI) (Parte B), Sección 20.2 (Deducible Anual de la Parte B) se revisó y se incluye como sigue con los cambios en cursiva y negrita.

## **Annual Part-B Deductible**

### **MMA - NEW PART B ANNUAL DEDUCTIBLE**

#### **Provider Action Needed**

*Physicians, suppliers, and providers should note that, effective January 1, 2005, the Supplementary Medical Insurance (SMI) or Medicare Part B deductible will be \$110. These providers should assure that their billing processes are adjusted to handle this change in the Medicare Part B deductible.*

#### **Background**

*Medicare Part B helps beneficiaries pay for physician’s services, diagnostic tests, ambulance services, durable medical equipment, and other health services, and the beneficiary is responsible for the first \$100.00 deductible of Medicare Part B approved charges each calendar year, i.e. their annual deductible.*

*For calendar years 1991 through 2004, the Medicare Part B annual deductible has been \$100. Beginning in 2005, the Medicare Part B deductible will be \$110 (based on Section 629 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA)).*

#### **Implementation**

*This change is effective on January 1, 2005 and the implementation date in Medicare claims processing systems will be January 3, 2005.*

#### **Related Instructions**

*The Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual Chapter 3 (Deductibles, Coinsurance Amounts, and Payment Limitations, Section 20 (Supplementary Medical Insurance (SMI) (Part B), Subsection 20.2 (Part B Annual Deductible) has been revised and is included below with changes bolded and italicized.*

Cont. on next page

## Deducible Anual – Parte-B

### 20.2 – Deducible Anual de la Parte B - (Revisado)

Cada año calendario se debe pagar un deducible en efectivo antes de que se puedan efectuar pagos bajo el Seguro Médico Suplementario (SMI) (Ver el punto 20.4 de este capítulo para las excepciones.)

- **Para el 2005, y hasta nuevo aviso, el deducible será \$110.**
- **Del 1991 al 2004**, el deducible es \$100.
- Del 1982 al 1990, el deducible fue \$75.
- Del 1973 al 1981, el deducible fue \$60.
- Del 1966 al 1972, el deducible fue \$50.

El deducible se va acumulando conforme a los servicios incurridos. El pago por **Servicios no Cubiertos** no cuenta hacia el deducible. Aunque un individuo no tenga derecho a los beneficios de la Parte B de Medicare por todo el año calendario (por ejemplo, la cobertura del seguro comienza después del primer mes de un año o el individuo muere antes del último mes del año) ella o él está sujeto al deducible completo para ese año. Gastos médicos incurridos en la porción del año antes de tener derecho al seguro médico no se acreditan hacia el deducible.

La fecha de servicio generalmente determina cuándo ocurrieron los gastos, pero estos son asignados al deducible en el orden en que se reciben las facturas. Los servicios que no están sujetos al deducible no cuentan hacia el pago del deducible.

### Información Adicional

Usted puede localizar el Índice de los Manuales del Programa de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en la siguiente dirección electrónica: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/cmsindex.asp>.

Además, el Manual de Información General, Elegibilidad y Derechos de Medicare está disponible en la página electrónica de CMS en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/101\\_general/ge101index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/101_general/ge101index.asp).

CR3121/Pub. 100-01/Trans. #3/March 12, 2004/ELS

## Annual Part-B Deductible

### 20.2 - Part B Annual Deductible - (Rev.)

*In each calendar year, a cash deductible must be satisfied before payment can be made under SMI. (See 20.4 of this chapter for exceptions.)*

- **For 2005, and until further notice, the deductible is \$110.**
- **From 1991 through 2004**, the deductible is \$100.
- From 1982 through 1990, the deductible was \$75.
- From 1973 through 1981, the deductible was \$60.
- From 1966 through 1972, the deductible was \$50.

*Expenses count toward the deductible on the basis of incurred, rather than paid expenses, and are based on Medicare allowed amounts. **Non-covered expenses** do not count toward the deductible. Even though an individual is not entitled to Part B benefits for the entire calendar year (i.e., insurance coverage begins after the first month of a year or the individual dies before the last month of the year), he or she is still subject to the full deductible for that year. Medical expenses incurred in the portion of the year preceding entitlement to medical insurance are not credited toward the deductible.*

*The date of service generally determines when expenses were incurred, but expenses are allocated to the deductible in the order in which the bills are received. Services that are not subject to the deductible cannot be used to satisfy the deductible.*

### Additional Information

*You can find the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Program Manuals Index at the following CMS Website: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/cmsindex.asp>*

*Also, the Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual is located at the following CMS Website: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/101\\_general/ge101index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/101_general/ge101index.asp)*

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## PROVEEDORES DE MEDICARE: SUS “VENDORS”, “CLEARINGHOUSES” U OTROS AGENTES DE FACTURACIÓN Y EL PLAN DE CONTINGENCIA HIPAA

### Proveedores Afectados:

Todo proveedor de Medicare y suplidor que use a un “vendedor”, “clearinghouse”, o agente de facturación que someta facturas a Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor:

Entender los requisitos de HIPAA, el Plan de Contingencia de Medicare para la implementación de HIPAA, su impacto y la necesidad de verificar el cumplimiento con la ley HIPAA para aquellos que facturan a Medicare en nombre del proveedor.

### Trasfondo:

En un artículo reciente de “Medlearn Matters” (ver MM2981, el cual puede localizar en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM2981.pdf>), los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por siglas en inglés) anunciaron una modificación al Plan de Contingencia de HIPAA implementado por Medicare el 16 de octubre de 2003. Específicamente, CMS anunció el 27 de febrero de 2004 que Medicare continuará aceptando reclamaciones electrónicas en un formato pre-HIPAA desde el 1 de julio de 2004, pero esas reclamaciones no se pagarán por Medicare antes de los 27 días luego de recibidas. Todas las reclamaciones electrónicas al día de hoy son elegibles para pago 14 días después que se reciben en Medicare.

Esta modificación al Plan de Contingencia de HIPAA tiene la intención de proporcionarle tiempo adicional a los proveedores para cumplir con la Ley HIPAA, pero **es también un paso medurado para la terminación del Plan de Contingencia para todas las facturas que Medicare recibe.**

CMS entiende que muchos proveedores y suplidores no someten reclamaciones directamente a Medicare, pero someten sus reclamaciones a través de terceros, tales como “vendedores”, “clearinghouse” o alguna otra compañía

## MEDICARE PROVIDERS: THEIR VENDORS, CLEARINGHOUSES, OR OTHER THIRD-PARTY BILLERS AND THE HIPAA/ MEDICARE CONTINGENCY PLAN

### Provider Types Affected:

*All Medicare physicians, providers, and suppliers who use a vendor, clearinghouse, or other third-party billing agent to submit Medicare claims.*

### Provider Action Needed:

*Understand the requirements of HIPAA, the Medicare HIPAA contingency plan, its impact, and the need to verify HIPAA compliance by those who bill Medicare on your behalf.*

### Background:

*In a recent Medlearn Matters article (see MM2981, which may be found at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM2981.pdf>), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced a modification of the HIPAA contingency plan implemented by Medicare on October 16, 2003. Specifically, CMS announced on February 27, 2004, that Medicare would continue to accept claims electronically in a pre-HIPAA format on or after July 1, 2004, but such claims would not be eligible for Medicare payment until the 27th day after receipt, at the earliest. All electronic claims today are eligible for payment at 14 days after receipt.*

*This modification of the HIPAA contingency plan was intended to give providers additional time to become HIPAA compliant, **but was also a measured step toward ending the contingency plan for all incoming Medicare claims.***

*CMS understands that many physicians, providers, and suppliers do not submit claims directly to Medicare, but submit their claims through a third party, such as a billing vendor,*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

de facturación. CMS reconoce la importancia de estos terceros para muchos proveedores, al grado que estos proveedores dependen de que dichas entidades reúnan los requisitos de HIPAA de manera costo efectivo con un mínimo de impacto en lo más importante para el proveedor, dar servicios médicos de gran calidad a aquellos que lo necesiten.

Cada proveedor toma la decisión de negocio de usar estos agentes y es, por lo tanto, él el indicado a evaluar esa decisión.

CMS urge a los proveedores de Medicare que entiendan los siguientes asuntos, valoren el impacto en su negocio y determinen cuáles, si algunos, son los pasos necesarios a tomar.

## **Asunto #1 – Conozca donde su “vendedor”, “clearinghouse” o agente de facturación está en términos de cumplir con la Ley HIPAA**

Es obligación por estatuto que los proveedores cumplan y facturen a Medicare electrónicamente en el formato conforme a la Ley HIPAA. Por lo tanto, es crucial para los proveedores el asegurarse de que sus socios terceros estén preparados. Es especialmente importante recordar que al momento que el Plan de Contingencia de Medicare termine, los proveedores que aún utilicen un formato que no cumple, van a encarar problemas significativos.

¿Qué pasos debe tomar el proveedor para asegurarse de que él y sus socios están preparados?

- Verifique con su “clearinghouse”, “vendedor” u otro agente de facturación.
- Pregúntele sobre su preparación.
- Pregúntele como ha certificado su preparación.
- Asegúrese que ellos estén al tanto de la modificación al Plan de Contingencia de Medicare anunciado el 27 de febrero de 2004.
- Pregúntele si sus reclamaciones continuarán siendo elegibles para pago a los 14 días después de recibidas por Medicare a partir del 1 de julio de 2004 o si sus reclamaciones no cumplen con los requisitos para el pago puntual de Medicare.

*clearinghouse or other third-party billing agent. CMS recognizes the importance of these third parties to many providers and the extent to which providers rely on those entities to meet HIPAA requirements in a cost-effective manner with minimal impact on the provider’s most important mission, i.e., delivering high quality medical care to those who need such care.*

*Each provider has made a business decision to use these agents and is therefore best positioned to assess the value of that decision.*

*CMS urges Medicare providers to understand the following issues, to assess their impact on the provider’s business and determine what, if any, steps need to be taken.*

## **Issue # 1- Understand where your vendor, clearinghouse, or other third party biller stands in terms of HIPAA compliance.**

*Providers are required by statute to achieve compliance and to bill Medicare electronically in a HIPAA compliant manner. Thus, it is crucial for providers to assure themselves of their third-party partner’s readiness. It is especially important to remember that, at the time Medicare’s contingency plan is terminated, providers who remain non-compliant will face significant problems.*

*So, what steps might providers take to assure that they AND their partners are ready?*

- *Check with your clearinghouse, vendor, or other third party biller.*
- *Ask them about their readiness.*
- *Ask them how they have certified their readiness.*
- *Make sure they are aware of the Medicare contingency plan and the modification announced on February 27th.*
- *Ask them if your claims will continue to be eligible for payment on the 14th day after receipt, as of July 1, 2004, or will your claims not qualify for such prompt payment from Medicare.*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

- Si su agente indica que el Plan de Contingencia de Medicare afectará sus reclamaciones, pregúntele cuando corregirán el problema para que sus reclamaciones sean elegibles para pago a los 14 días.

Como se mencionó anteriormente, la relación de negocio de CMS es con los proveedores y CMS espera que el proveedor cumpla con los requisitos para someter correctamente reclamaciones en un formato que cumpla con HIPAA. Sabemos que cada parte del proceso y cada entidad involucrada debe estar preparada. Por esto es importante para los proveedores cuestionar a sus agentes, obtener garantías y mantenerse al tanto del desarrollo de HIPAA. En última instancia, los beneficios de estar preparado o las consecuencias de no estar preparado recaerán en el proveedor. Recuerde que el pago a tiempo de sus reclamaciones está directamente relacionado a su preparación con HIPAA.

## **Asunto #2—Esté seguro que su agente desarrolla la preparación que usted logró con HIPAA**

Hay ocasiones cuando algunos agentes de facturación toman las reclamaciones sometidas a ellos por proveedores de Medicare que cumplen con HIPAA y entonces las convierten a un formato que no cumple, antes de enviarlas al contratista de Medicare, para el proceso de pago. Tales “vendors” o agentes puede que hagan esto porque algunos de sus proveedores aún no están listos para cumplir con HIPAA y el agente eligió someter en formatos que no cumplen hasta que todos sus clientes cumplan.

Esas decisiones pueden tener lógica comercial para el “vendor”, “clearinghouse” o agente de facturación, pero su decisión puede afectar adversamente a los proveedores que ya cumplen con HIPAA. Esto ciertamente será el caso para aquellas reclamaciones sometidas a Medicare a partir del 1 de julio de 2004, cuando Medicare determine que estas no cumplen para el pago puntual como las facturas electrónicas en formato que cumple con la Ley HIPAA. Al momento que Medicare termine su Plan de Contingencia, las consecuencias para las reclamaciones que no cumplan pueden ser aún más severas, como por ejemplo el paro completo al pago de dichas reclamaciones.

- *If your agent indicates that the Medicare contingency plan will affect your claims, ask them when they will correct the problem so your claims are eligible for prompt payment and ask when that will happen.*

*As stated earlier, CMS's business relationship is with providers and we look to the provider to meet requirements for correct submission of claims in HIPAA compliant formats. We also know that every piece of the process, and every entity involved, must be ready. That is why it is important for providers to question their agents, obtain assurances, and keep abreast of HIPAA developments. Ultimately, the benefits of compliance or the consequences of non-compliance will fall on the provider. Remember that continued timely payment of Medicare claims is closely linked to HIPAA readiness.*

## **Issue #2- Make sure your agent builds on the HIPAA compliance you have achieved.**

*There have been instances where some third-party billers are taking claims submitted to them by Medicare providers that are HIPAA compliant and then converting them to a non-compliant format before sending them to a Medicare claims processing contractor. Such vendors and agents may be doing this because some of their providers are still not HIPAA compliant and the vendor has chosen to submit non-compliant formats for all their provider customers until all customers are compliant.*

*These decisions may make good business sense to the vendor, clearinghouse or other third party biller, but their decision may adversely affect providers who are compliant. That will certainly be the case for such claims submitted to Medicare on or after July 1, 2004, when Medicare deems such claims do not qualify for the prompt payment afforded to electronic claims that are HIPAA compliant. At the time Medicare ends its contingency plan, the consequences for non-compliant claims could be even more severe, e.g., a complete stoppage of payments for such claims.*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

¿Qué puede hacer el proveedor? La respuesta es similar a la presentada en el asunto número 1; hable con su “vendedor”, “clearinghouse” o agente de facturación. Pregúntele sobre cuan preparado está. Pregúntele si altera sus reclamaciones cambiándolas de un formato que cumple con HIPAA a uno que no cumple antes de enviarlo a Medicare. Pídale que le asegure que sus reclamaciones seguirán siendo elegibles para pago 14 días después de recibidas por Medicare a partir del 1 de julio de 2004. Como mencionamos anteriormente, es el proveedor el único responsable de asegurarse de que cumple con la Ley HIPAA y eso significa estar seguro que sus reclamaciones reúnen los estándares de formato y códigos de transacción.

## **Asunto #3 – Entérese cuando su “vendedor”, “clearinghouse” o agente de facturación no recibirá transacciones no estándares**

Aunque CMS implementó el Plan de Contingencia el 16 de octubre de 2003, que permite a los proveedores de Medicare, suplidores y otros agentes de facturación continuar enviando en formatos pre-HIPAA, este plan no obliga a otras entidades. En cualquier momento, “vendedores”, “clearinghouses” y otros agentes de facturación pueden decidir limitar o descontinuar el apoyo a formatos que no cumplan con la Ley HIPAA.

Exhortamos a los proveedores y suplidores que utilizan a algún agente de facturación para el envío de sus reclamaciones de manera electrónica, a trabajar en conjunto con dicha entidad para entender los requisitos de las reclamaciones electrónicas en formato HIPAA. Verifique que envía los datos requeridos en formato de HIPAA y que sus reclamaciones son transmitidas en el formato de HIPAA. En conclusión, proteja sus intereses y asegure el **flujo de efectivo ininterrumpido**, comience inmediatamente a trabajar para lograr cumplir con los requisitos de HIPAA.

Para información adicional sobre HIPAA, visite la página electrónica de CMS en: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>

*What can providers do? The answer is similar to the one presented for the first issue, i.e., talk with your vendor, clearinghouse, or other third party biller. Ask them about their readiness. Ask them if they are altering your HIPAA compliant input to them into a non-compliant format before sending to Medicare. Ask them to assure you that your claims will remain eligible for payment on the 14th day after receipt on and after July 1, 2004.*

*As mentioned before, it is the provider's ultimate responsibility to assure they are HIPAA compliant and that means assuring that your claims meet the transaction code set and format standards.*

## **Issue # 3- Understand when your vendor, clearinghouse, or other third party biller will stop accepting non-compliant transactions.**

*While CMS implemented a contingency plan on October 16, 2003, which allows Medicare providers, suppliers, and other electronic billers to continue sending pre-HIPAA formats, that plan is not binding on other entities. At any time, vendors, clearinghouses, and other third party billers could decide to limit or discontinue supporting pre-HIPAA formats.*

*We encourage providers and suppliers using a third party entity for sending their electronic claims to work closely with that entity to understand the HIPAA electronic claims requirements. Verify that you are submitting the data required under HIPAA and that your claims are being transmitted in the standard HIPAA format.*

*In conclusion, the bottom line is that, in order to protect your interests and ensure **uninterrupted cash flow**, begin immediately to work toward meeting the HIPAA standard requirements.*

*For additional information on HIPAA, visit the CMS Web site at: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>.*

JSM220/22 de abril de 2004/JS/els



# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

### Provider Types Affected

All Providers

### Provider Action Needed

Be aware of the current remittance advice remark and reason codes to understand actions taken on your claims.

### Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) maintains the remittance advice remark code list, one of the code lists mentioned in the ASC X12 transaction 835 (Health Care Claim Payment/Advice) version 4010A1 Implementation Guide (IG).

The complete list of these codes may be found at: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>  
The list is updated three times per year.

By July 6, 2004 all Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs), including the durable medical equipment carriers (DMERCs) and the Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), will have incorporated all current remark code changes in their Medicare systems.

### Remark Codes Changes

The following table summarizes remark code changes made from November 1, 2003 to February 29, 2004.

<b>New Codes</b>	
<b>N213</b>	Missing/ incomplete/invalid facility/discrete unit DRG/DRG exempt staus information
<b>N214</b>	Missing/ incomplete/invalid history or history of the related initial surgical procedure(s).
<b>N215</b>	A payer providing supplemental or secondary coverage shall not require a claims determination for this service from a primary payer as a condition of making its own determination.
<b>N216</b>	Patient is not enrolled in this portion of our benefit package.
<b>Modified Remark Codes (Effective 4/1/04)</b>	
<b>M119</b>	Missing/ incomplete/invalid /deactivated /withdrawn National Drug Code.
<b>N115</b>	This decision is based on the Local Medical Review Policy (LMRP) or Local Coverage Determination (LCD). An LMRP/LCD provides a guide to assist in determinig whether a particular item or service is covered. A copy of this policy is available at <a href="http://www.cms.hhs.gov/mcd">http://www.cms.hhs.gov/mcd</a> , or if you do not have Web access, you may contact the contractor to request a copy of the LMRP/LCD.
<b>Modified Remark Codes (Effective 2/1/04)</b>	
<b>M51</b>	Missing /incomplete /invalid procedure code(s) and/or dates.
<b>M69</b>	Paid at the regular rate because you did not submit documentation to justify the modified procedure code.
<b>MA53</b>	Missing /incomplete /invalid Compettive Bidding Demonstration project identification.
<b>MA92</b>	Missing/incomplete/invalid plan information for other insurance.
<b>Deactivated Remark Codes</b>	
<b>None</b>	

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## Claim Adjustment Reason Code Changes:

The Health Care Code Maintenance Committee maintains the health care claim adjustment reason codes. The committee meets at the beginning of each X12 trimester meeting (February, June, and October) and makes decisions about changes, additions, modifications, and retirement of reason codes. The updated list is posted three times per year, after each meeting, and the list may be found at: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>.

The committee approved the following reason codes as new codes as of February 2004:

Code Current Narrative	
<b>161</b>	Provider performance bonus
<b>162</b>	State-mandated Requirement for Property and Casualty, see Claim Payment Remarks code for specific explanation.

CR3227/April 30, 2004/DG

### POR CIENTO DE PROVEEDORES POR ESPECIALIDAD FACTURANDO EN FORMATOS PRE-HIPAA

Es obligación por estatuto que los proveedores cumplan y facturen a Medicare electrónicamente en el formato conforme a la Ley HIPAA. El por ciento de proveedores en el ámbito nacional facturando a través del formato X12 versión 4010X098A1 es 79.85%. No obstante, en Puerto Rico e Islas Vírgenes el número es 60.19%.

Aún estamos procesando facturas conforme al plan de contingencia de HIPAA, pero a partir del 1 de julio de 2004 dicho plan se modificará. A esa fecha toda reclamación electrónica en formato pre-HIPAA se adjudicará luego del día 27 de recibida.

Triple-S/Medicare está redoblando esfuerzos para mover a nuestra comunidad médica a facturar en el formato establecido por Ley. Motivados por este esfuerzo, realizamos un estudio estadístico para precisar el patrón de transición de nuestros proveedores por especialidad. Encontramos lo siguiente:

### PERCENT OF PROVIDERS BY SPECIALTY BILLING IN PRE-HIPAA FORMATS

*By statute, providers are obliged to comply and bill electronically to Medicare in accordance with the format established by HIPAA. The percent of providers nationally billing through X12 format 4010X098A1 version is 79.85%. However, in Puerto Rico and U.S. Virgin Islands the number is 60.19%.*

*We are still processing claims according to the HIPAA contingency plan, but as of July 1, 2004 this plan will be modified. At that date all electronic claims in pre-HIPAA format will be adjudicated on the 27<sup>th</sup> day after the date of claim receipt.*

*Triple-S/Medicare is reinforcing efforts to motivate our medical community to bill in the format established by Law. With this purpose in mind, we conducted a statistical analysis to study the transitioning pattern of our providers by specialty. We found the following:*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Por ciento de Proveedores por Especialidad facturando en formatos pre- HIPAA  
*Percent of Providers by Specialty Billing in Pre-HIPAA Formats*

<b>Especialidad / Specialty</b>	<b>Por ciento Percent :</b>
01 GENERAL MEDICINE	25.33%
02 GENERAL SURGERY	24.34%
03 ALLERGY IMMUNOLOGY	33.33%
04 OTOLARYNGOLOGY	27.78%
05 ANESTHESIOLOGY	22.55%
06 CARDIOLOGY	22.49%
07 DERMATOLOGY	38.98%
08 FAMILY PRACTICE	30.11%
10 GASTROENTEROLOGY	28.57%
11 INTERNAL MEDICINE	31.90%
13 NEUROLOGY	29.55%
14 NEUROSURGERY	25.00%
16 OBSTETRICS GYNECOLOGY	29.21%
18 OPHTHALMOLOGY	35.62%
20 ORTHOPEDIC SURGERY	35.63%
22 PATHOLOGY	25.00%
24 PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE	28.57%
25 PHYSICAL MEDICINE REHABILITATION	27.70%
26 PSYCHIATRY	16.96%
29 PULMONARY DISEASE	33.33%
30 DIAGNOSTIC RADIOLOGY	28.29%
33 THORACIC SURGERY	33.33%
34 UROLOGY	35.05%
35 CHIROPRACTOR	10.34%
36 NUCLEAR MEDICINE	28.57%
37 PEDIATRIC MEDICINE	9.09%
38 GERIATRIC MEDICINE	33.33%
39 NEPHROLOGY	29.82%
41 OPTOMETRIST	10.53%
44 INFECTIOUS DISEASES	38.46%
46 ENDOCRINOLOGY	33.33%
47 INDEPENDENT DIAGNOSTIC TESTING FA	16.67%
48 PODIATRY	29.63%
49 AMBULATORY SURGICAL CENTER	26.32%
59 AMBULANCE SERVICE PROVIDER	17.20%
64 AUDIOLOGIST	37.50%
65 PHYSICAL THERAPIST	15.22%
66 RHEUMATOLOGY	26.09%
67 OCCUPATIONAL THERAPIST	16.67%
68 CLINICAL PSYCHOLOGIST	9.09%
69 CLINICAL LABORATORY	52.97%
70 MULTI-SPECIALTY CLINIC OR GROUP	26.40%
76 PERIPHERAL VASCULAR DISEASE	50.00%
77 VASCULAR SURGERY	20.00%
78 CARDIAC SURGERY	16.67%
80 LICENSED CLINICAL SOCIAL WORKER	14.29%
83 HEMATOLOGY ONCOLOGY	32.14%
90 MEDICAL ONCOLOGY	50.00%
92 RADIATION ONCOLOGY	44.44%
93 EMERGENCY MEDICINE	25.00%

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

De usted necesitar obtener una copia gratuita de un programa de facturación electrónica que cumpla con las especificaciones del formato requerido por HIPAA, puede comunicarse con el SES Help Desk al (787) 749-4700, opción #4. El programa SES Profesional 4.1 es el programa libre de costo que se le ofrece a nuestros proveedores para que tengan la capacidad de generar reclamaciones electrónicas en el formato requerido por HIPAA.

*If you need a free copy of an electronic billing program complying with the format specifications required by HIPAA, you can contact SES Help Desk at (787) 749-4700, option #4. The SES Professional 4.1 is a free of charge software offered to our providers which generates electronic claims in the HIPAA required format.*

May 2004/IVV/FA/DGE

## AVISO

Recuerden que a partir de 1 de julio de 2004, toda reclamación electrónica recibida en un formato que no cumpla con las especificaciones de la addenda X12N se adjudicará en 28 días.

## ALERT

*Remember that effective July 1, 2004, all electronic claim that do not comply with the HIPAA 4010.A1 format will be adjudicated and paid in 28 days as paper claims.*

DG/May, 2004

## HIPAA X12N 837 COMPANION DOCUMENT

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires that Medicare, and all other health insurance payers in the United States, comply with the EDI standards for health care as established by the Secretary of Health and Human Services. The X12N 837 implementation guides have been established as the standards of compliance for claim transactions. The implementation guides for each transaction are available electronically from the following Web site <http://www.wpcedi.com>. The following information is intended to serve only as a companion document to the HIPAA X12N 837 implementation guides. The use of this document is solely for the purpose of clarification. The information describes specific requirements to be used for processing data in the VMS system of Triple-S Contractor number 00973. The information in this document is subject to change. Changes will be communicated in the standard Medicare ListServ monthly news bulletin and on Triple-S Web site: [www.triples-med.org](http://www.triples-med.org). This companion document supplements, but does not contradict any requirements in the X12N 837 Professional implementation guide. Additional companion documents/trading partner agreements will be developed for use with other HIPAA standards, as they become available.

Cont. on next page

Interchange Control Header				
	ISA06	Interchange Sender ID	Triple-S will reject an interchange (transmission) that does not contain a valid ID in ISA06	B.4
	ISA08	Interchange Receiver ID	Triple-S will reject an interchange (transmission) that does not contain 00973.	B.5
Loop	Transaction Set			
1000A	NM109	Submitter ID	Triple-S will reject an interchange (transmission) that is submitted with a submitter identification number that is not authorized for electronic claim submission	69
2000B	SBR02, SBR09	Subscriber Information	Subscriber Information R For Medicare, the subscriber is always the same as the patient (SBR02=18, SBR09=MB). The Patient Hierarchical Level (2000C loop) is not used	111
2010BD		Credit/Debit Card Information	Do not use Credit/Debit card information to bill Medicare (2300 loop, AMT01=MA and 2010BD loop)	150
Loop	Claim Information			
2300	CLM02	Total Submitted Charges	Negative values submitted in CLM02 will not be processed and will result in the claim being rejected	172
2300	CLM02	Total Submitted Charges	Total submitted charges (CLM02) must equal the sum of the line item charge amounts (SV102)	172
2300	CLM05-3	Claim Frequency Type Code	The only valid value for CLM05-3 is '1' (ORIGINAL). Claims with a value other than "1" may be rejected	173
2300	CLM20	Delay Reason Code	Data submitted in CLM20 will not be used for processing	179
2300	AMT01	Credit/Debit Card Maximum Amount	Do not use Credit/Debit card information to bill Medicare (2300 loop, AMT01=MA and 2010BD loop)	219
2300	AMT02	Patient Amount Paid	Negative values submitted in the following fields will not be processed and may result in the claim being rejected: AMT02	220
2300	AMT02	Total Purchased Service Amount	Negative values submitted in the following fields will not be processed and may result in the claim being rejected: AMT02	221
2300	CR102, CR106	Ambulance Transport Information	Negative values submitted in the following fields will not be processed and may result in the claim being rejected: CR102, CR106	249, 250
2300	HI	Health Care Diagnosis Code	Diagnosis codes have a maximum size of five (5). Medicare does not accept decimal points in diagnosis codes	265
2300	HI	Health Care Diagnosis Code	You may send up to eight diagnosis codes per claim. If diagnosis codes are submitted, you must point to the primary diagnosis for each service line.	265
2320	AMT02	Coordination of Benefits Amounts	Negative values submitted in the following fields will not be processed and may result in the claim being rejected: AMT02	332, 333

Cont. on next page

Loop	Claim Information			
2400	SV102	Line Item Charge Amount	Negative values submitted in the following fields will not be processed and will result in the claim being rejected: SV102.	402
2400	SV104	Professional Service	The max value for anesthesia units (qualifier MJ) cannot exceed 4 bytes numeric. Claims for anesthesia services that exceed this value will be rejected. (SV104)	403
2400	SV104	Professional Service	The max value for units (qualifier UN) cannot exceed three bytes numeric with one decimal place. Claims for medical services that exceed this value will be rejected. (SV104)	403
2400	SV104	Professional Service	Anesthesia claims must be submitted with minutes (qualifier MJ). Claims for anesthesia services that do not contain minutes may be rejected. (SV104)	403
2400	SV104	Professional Service	SV104 (Service unit counts) (units or minutes) cannot exceed 999.9	403
2400	SV104	Professional Service	Negative values submitted will not be processed and may result in the claim being rejected. (SV104)	403
2400	PS102	Purchased Service	Negative values submitted in PS102 will not be processed and may result in the claim being rejected	490
<b>997 – Acknowledgement Report</b>				
			We suggest retrieval of the ANSI 997 functional acknowledgment files on the first business day after the claim file is submitted, but no later than five days after the file submission	B.15
			Triple-S will return the version of the 837 inbound transaction in GS08 (Version/Release/Industry Identifier Code) of the 997	

<b>997 – Acknowledgement Report Additional Requirements Unique to Triple-S, Inc. Medicare</b>	<b>Descriptions</b>
	The maximum number of characters to be submitted in the dollar amount field is seven characters. Claims in excess of 99,999.99 may be rejected
	Claims that contain percentage amounts with values in excess of 99.99 may be rejected.
	Claims that contain percentage amounts cannot exceed two positions to the left or the right of the decimal. Percent amounts that exceed their defined size limit will be rejected.
	Only loops, segments, and data elements valid for the HIPAA Professional Implementation Guides will be translated. Submitting data not valid based on the Implementation Guide will cause files to be rejected
	The incoming 837 transactions utilize delimiters from the following list: >, *, ~, ^,  , and :. Submitting delimiters not supported within this list may cause an interchange (transmission) to be rejected

Cont. on next page

997 – Acknowledgement Report Additional Requirements Unique to Triple-S, Inc. Medicare	Descriptions
	You must submit incoming 837 claim data using the basic character set as defined in Appendix A of the 837 Professional Implementation Guide. In addition to the basic character set, you may choose to submit lower case characters and the '@' symbol from the
	Medicare does not require taxonomy codes be submitted in order to adjudicate claims, but will accept the taxonomy code, if submitted. However, taxonomy codes that are submitted must be valid against the taxonomy code set published at <a href="http://www.wpc-edi.com/codes">www.wpc-edi.com/codes</a> . Claims submitted with invalid taxonomy codes will be rejected.
	All dates that are submitted on an incoming 837 claim transaction should be valid calendar dates in the appropriate format based on the respective qualifier. Failure to submit a valid calendar date will result in rejection of the claim or the applicable interchange (transmission).
	Triple-S may reject an interchange (transmission) submitted with more than 9,999 loops
	Triple-S will reject an interchange (transmission) submitted with more than 9,999 segments per loop
	Triple-S will reject an interchange (transmission) with more than 5,000 CLM segments (claims) submitted per transaction
	Compression of files is not supported for transmissions between the submitter and Triple-S
	Only valid qualifiers for Medicare should be submitted on incoming 837 claim transactions. Any qualifiers submitted for Medicare processing not defined for use in Medicare billing may cause the claim or the transaction to be rejected
	You may send up to four modifiers; however, the last two modifiers may not be considered. The Triple-S processing system may only use the first two modifiers for adjudication and payment determination of claims.

CR2900/12-20-03/js/update: May, 2004/VV

<p style="text-align: center;"><b>PROVEEDORES/VENDORS QUE PASARON PRUEBAS HIPAA FORMATO X12N (TRANSACCIÓN 837)</b></p> <p>La siguiente tabla identifica a aquellos proveedores y vendedores de programas de facturación electrónica que han completado exitosamente las pruebas “HIPAA X12N 837 Professional” realizadas por Triple-S, Inc. / División de Medicare. Sus programas pueden ser utilizados por los proveedores de Medicare para el envío de reclamaciones en formato X12N.</p>	<p style="text-align: center;"><b>VENDORS/PROVIDERS THAT HAS TESTED X12N FORMAT (837 TRANSACTION)</b></p> <p><i>The following table identifies those providers and billing software vendors that have successfully completed “HIPAA X12N 837 Professional” testing with Triple-S, Inc. / Medicare Division. Their programs may be used by Medicare providers to submit X12N electronic claims.</i></p> <p style="text-align: right;">Cont. on next page</p>
---	---

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date of HIPAA Tests
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 787-884-7214 mass@coqui.net mass@masspr.com	004010X098A1	11/14/2003
Medical Computer System (Medical Biller 7.0)	-UPIN -Visit/Consultation -Diagnostic Test -Laboratory Procedure	4 Calle Barcelona Urb. Torrimar Guaynabo, PR 00966 787-793-8833 Fax: 787-793-8299 medbiller@coqui.net	004010X098	10/25/2002
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Laboratory Procedure	PO Box 50335 Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com	004010X098A1	9/15/2003
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN	Box 1811 Arecibo, PR 00613 787-898-1437 ciscar@caribe.net	004010X098A1	9/23/2003
CompuSoft de Puerto Rico (LabSoft 2H15)	-Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftpr.com	004010X098	10/9/2002
Advance Data Support (MedOne 2.0)	-Visit/Consultation	PO Box 8512 Bayamón, PR 00960 787-269-3830, 787-269-5620 787-841-0396 michaelj@adspr.com	004010X098	10/11/2002
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	-Surgery -Visit/Consultation -Purchase Service -Referring Provider	PO Box 3226 Guaynabo, PR 00970 787-783-6102 bmyassoc@prtc.net blasmenz@prtc.net http://www.BlasMenendez.com	004010X098	11/6/2002
Air Information Systems (Medi+2000)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -UPIN -Ambulance	PO Box 270152 San Juan, PR 00927-0152 787-294-1161, 787-793-0046 Fax: 787-775-4123 air@abac.com	004010X098A1	9/15/2003
The Right Answer (TRA Medical Billing System 5.0)	-Emergency procedures -Visit/Consultation -UPIN Data -Ambulatory Surgery -Radiology Services -Mammography Procedures -Anesthesia Procedures -Laboratory Services	PMB 396 405 Ave. Esmeralda, Suite #2 Guaynabo, PR 00969-3738 787-272-8787, 787-643-3738 FAX: 787-272-6106 tracasc@prtc.net	004010X098	4/15/2003
Lab Warehouse Inc. (Best 2000)	-Laboratory Services	13 Calle 65 de Infantería Esq. Calle Concordia Lajas, PR 00667 787-899-2900 labware@caribe.net	004010X098	4/16/2003
WebMD	-Radiology Services -UPIN	26 Century Blvd. Nashville, TN 37214 877-469-3263 LSavino@webmd.net	004010X098	6/30/2003
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5)	-Mammography Procedures -Visit/Consultation -UPIN Data -Physical Therapy -Emergency procedures -Radiology Services -Anesthesia Procedures -Laboratory Services	Isabel Andreu Aguilar #103 Edif. Insuramerica Ste. 301 Hato Rey, PR 00925 787-753-1136, 787-753-1189 Fax: 787-763-1262 tekpro@prtc.net	004010X098A1	9/23/2003

Cont. on next page



Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date of HIPAA Tests
Lamars Computerized Services (Control Total, Versión HIPAA)	-Laboratory Procedure -UPIN	Urb. La Cumbre 9 Kennedy St. Rio Piedras, PR 00926 787-720-9697 Fax: 787-272-5824 lamars@centennialpr.net	004010X098A1	9/15/2003
Computer Softek Inc. (WinMBS 3.0)	-Visit/Consultation -UPIN -Surgery Procedure	PO Box 190408 San Juan, PR 00919-0408 787-751-5196, 787-565-8514 www.winmbs.com softek@prtc.net	004010X098	6/27/2003
JCL Systems, Inc. (Med Center)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	Box 144, 53 Ave. Esmeralda Guaynabo, PR 00969 787-630-7881 juliojclsys@hotmail.com research@clsys.com	004010X098A1	9/15/2003
Simplesoft PR Inc. (Medical Orders System 2.1)	-Visit / Consultation -UPIN -MSP Claims	210 Sol San Juan PR 00901 787-696-4594 simplesoft@hotmail.com	004010X098	7/28/2003
Royal Computer Systems Inc. (MEDITRACK 1.0)	-Visit/Consultation -Surgery Procedure	Box 362863 San Juan, P.R. 787-764-8383, 787-251-4429 emartinez@wms.net www.meditrak-pr.info	004010X098A1	10/6/2003
Health Computer Systems (SAIL v.5.03)	-Visit/Consultation -Anesthesia -UPIN	PO Box 270030 San Juan, PR 00927-0030 787-781-9868 hcspr@att.net http://www.hcspr.com	004010X098A1	10/15/2003
OFFI-PLUS, INC (OFFI-MED 7.02)	-Visit/Consultation -Surgery	PO Box 1132 Trujillo Alto, PR 00977-1132 787-283-0804 PCS 787-642-9035 FAX: 787-292-0222 offiplus@prtc.net offiplus@libertypr.net	004010X098A1	10/15/2003
Aranay Interactive Systems (InstantMed 7.0)	-Anesthesia Procedure -UPIN	609 Miramar Ave. Suite 101 San Juan PR 00907 787-225-4466 apinzon@aranay.com	004010X098A1	10/22/2003
Multi Soft Developers, MSD (WABS MEDICAL BILLING)	-Radiology Services -UPIN	Ave. Americo Miranda #1110 San Juan, PR 00921 787 793-5725, 787 783-3266 msdbrunet@msn.com, brunet@caribe.net www.genius-msd.com	004010X098A1	10/22/2003
Infomedika, Inc. (IUHP ver. 3)	-Visit/Consultation -UPIN	http://www.infomedika.com ctorres@infomedika.com 787-620-2474	004010X098A1	10/22/2003
MCPC	-Visit/Consultation -UPIN	787-765-3638 mcpc@medsev.biz	004010X098A1	12/26/2003
Inmediata	-Visit/Consultation	636 San Patricio Ave. San Juan, PR 00920 787-774-6969 , (787) 277-0980 sevelopez@inmediata.com serviciocliente@inmediata.com www.inmediata.com	004010X098A1	2/6/2004

Updated: May, 2004/VV

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## RECLAMACIONES MSP SOMETIDAS EN PAPEL POR PROVEEDORES AUTORIZADOS A FACTURAR POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

En los pasados meses hemos experimentado un incremento en el recibo de reclamaciones en papel solicitando pagos secundarios a Medicare. Estas reclamaciones incluyen explicaciones de beneficios impresas por diferentes programas de facturación que tienen la capacidad de interpretar e imprimir las remesas de pago electrónicas que producen diferentes compañías aseguradoras. Nos percatamos de que la mayoría de los proveedores que someten reclamaciones de beneficiarios que tienen Medicare como Pagador Secundario (MSP) están autorizados para facturar a Medicare por medios electrónicos; sin embargo, están sometiendo las reclamaciones en papel. Es importante aclarar los siguientes aspectos:

1. Los formatos de facturación electrónica X12 tiene la capacidad para que los proveedores puedan someter sus reclamaciones MSP por medios electrónicos (EMC).
2. Medicare le aplica un período de espera para pago (payment floor) de 27 días a toda reclamación sometida en papel, el doble de lo aplicado a las reclamaciones por medios electrónicos.
3. Muchas de las explicaciones de pago impresas en papel por los programas de facturación de los proveedores son difíciles de interpretar, ya que no contienen los títulos que identifiquen qué datos representan muchos de los números impresos y, en otras ocasiones, no contienen algunos de los elementos necesarios que le permitan a los examinadores de Medicare efectuar el proceso correcto de las reclamaciones tales como códigos de procedimientos, tarifas o cantidades aprobadas, deducibles, coaseguros y pago neto del plan primario. Este tipo de dificultades puede provocar que las reclamaciones MSP se denieguen.

## MSP PAPER CLAIMS SUBMITTED BY PROVIDERS AUTHORIZED TO BILL ELECTRONICALLY

*During the past months, we have been experiencing an increase in the amount of paper claims requesting Medicare Secondary Payments (MSP). These claims include Explanations of Benefits printed by billing programs, which can read and print the ANSI 835 X12 files produced by primary insurance companies. We realized that the majority of the providers who submitted these claims are authorized to bill Medicare electronically. Nevertheless, they are submitting Medicare Secondary Payments (MSP) on paper claims. It is important to clarify the following points:*

1. *Electronic billing format X12 allows providers to submit MSP claims electronically (EMC).*
2. *Medicare applies a 27-day payment floor to all paper claims submitted, twice the timeframe applied to electronic claims (EMC).*
3. *Most of the Explanations of Benefits generated by your billing softwares are difficult to understand, they lack titles (headings) to identify the printed numbers and, in some occasions, the necessary elements that allow a prompt and proper process by Medicare, such as procedure codes, fees or approved quantities, deductibles, coinsurance and primary plan net payments are missing. These difficulties may cause claims to be incorrectly adjudicated.*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Por tal razón, aprovechamos para recordarle los elementos que debe tener cada explicación de beneficios que someta a Medicare al solicitar pagos secundarios.

1. Nombre y dirección del proveedor
2. Nombre y dirección del seguro primario
3. Fecha de pago del plan primario
4. Nombre del paciente (beneficiario)
5. Número de póliza del plan primario
6. Fechas de servicios
7. Códigos o descripción de los procedimientos
8. Cantidad de servicios o unidades
9. Cantidad facturada al seguro primario (por cada servicio)
10. Cantidad aprobada o tarifa del seguro primario (por cada servicio)
11. OTAF
12. Deducible y/o coaseguro del seguro primario (de ser aplicables, por cada servicio)
13. Cantidad pagada por el seguro primario (por cada servicio)
14. Nota representativa de la reducción o denegación de pagos por el plan primario y una explicación breve (cuando aplique)
15. Cada elemento del 4 al 13 debe estar identificado con sus títulos en el membrete de la explicación de beneficios

*For that reason, we want to remind you of the elements that each explanation of benefits submitted to Medicare must have.*

1. *Provider name and address*
2. *Primary insurer name and address*
3. *Primary plan payment date*
4. *Beneficiary name*
5. *Primary plan policy number*
6. *Dates of services*
7. *Procedure codes or description*
8. *Quantity of services or units*
9. *Quantity billed to the primary insurer (for each service)*
10. *Approved quantity or primary insurer fee (for each service)*
11. OTAF
12. *Primary insurer deductible and/or coinsurance (for each service, if applicable)*
13. *Quantity paid by the primary insurer (for each service)*
14. *Representative note of the payment reduction or denial by the primary plan and a brief explanation (if applicable)*
15. *Each element from 4 to 13 must be identified with their titles in the benefits explanation header.*

**Ejemplo de una Explicación de Beneficios con los Elementos Necesarios para Proceso**

Nombre del Proveedor: Luis Aranceles  
 PO Box 1  
 Río Grande, PR 00745-0001

Fecha de Pago: 01/01/2004  
 Triple-S, Inc.  
 Call Box 363628  
 San Juan, PR 00936-3628

Nombre del Paciente Número de Póliza Fecha Servicios Procedimiento Unidades Facturado Tarifa Nota Deducible  
Coaseguro Pago

Luis del Pueblo	1111111111	01/01/04	99214	001	\$100.00	\$50.00	\$ 5.00	\$10.00	\$35.00
Luis del Pueblo	1111111111	01/01/04	93010	001	\$150.00	\$75.00	\$10.00	\$20.00	\$45.00
Luis del Pueblo	1111111111	01/01/04	93010	001	\$150.00	\$75.00	A \$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00

Nota: (Explicación de reducción o denegación del pago) : A- Solamente se paga un servicio por paciente por día

**Totales de la Reclamación:** **\$400.00 \$200.00 \$15.00 \$30.00 \$80.00**

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## Example of a Benefit Explanation with the Necessary Elements to Process

Provider name: Luis Aranceles  
 PO Box 1  
 Río Grande, PR 00745-0001

Payment date: 01/01/2004  
 Triple-S, Inc.  
 Call Box 363628  
 San Juan, PR 00936-3628

Beneficiary Name	Policy Number	Services Dates	Procedure	Units	Billed	Fee	Note	Deductible	Coinsurance	Payment
Luis del Pueblo	11111111111	01/01/04	99214	001	\$100.00	\$50.00		\$ 5.00	\$10.00	\$35.00
Luis del Pueblo	11111111111	01/01/04	93010	001	\$150.00	\$75.00		\$10.00	\$20.00	\$45.00
Luis del Pueblo	11111111111	01/01/04	93010	001	\$150.00	\$75.00	A	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00

Note: (Explanation of the payment reduction or denial) : A- Only pays one service per day.

**Claims total:** **\$400.00 \$200.00 \$15.00 \$30.00 \$80.00**

La línea de totales es opcional siempre y cuando la explicación de beneficios contenga los detalles por cada línea de servicio. Si la explicación de beneficios es impresa por el seguro primario y no incluye los elementos del 1 al 13 mencionados anteriormente, usted debe añadir a mano dichos datos a la explicación de beneficios, conforme a la reglamentación Pub. 100-5 Capítulo 2, Sección 10.5 de Medicare. Si la explicación de beneficios que usted somete a Medicare para solicitar el pago secundario es impresa por su programa de facturación y no incluye los elementos del 1 al 13 mencionados anteriormente, debe comunicarse con su vendedor de programación para que efectúe los cambios necesarios.

También es importante señalar que los datos incluidos en el Formulario 1500 deben concordar con los datos incluidos en la explicación de beneficios. Por otro lado, en el encasillado 24 F del Formulario 1500 usted debe indicar el cargo para cada servicio según la tarifa de Medicare y no la diferencia entre la tarifa de Medicare y la cantidad pagada por el plan primario.

Si luego de analizar su reclamación solicitando un pago secundario a Medicare, nuestros examinadores de Reclamaciones MSP no pueden descifrar la información incluida en la explicación de beneficios que usted sometió, ésta podría denegarse. Estamos conscientes de que este asunto

*The "totals" line is optional if the Explanation of Benefits has the processing details for each line of service. If the Explanation of Benefits is printed by the primary insurer and does not include the elements from 1 to 13 mentioned before, these must be added in writing in accordance with Medicare regulation Pub. 100-5, Chapter 2, Section 10.5. If the Explanation of Benefits you submit to Medicare requesting secondary payment is printed by your billing software and does not include the elements from 1 to 13 mentioned before, you must contact your billing software Vendor in request of the necessary changes.*

*Also, it is important to indicate that the information included in CMS 1500 Form must agree with the information included in the Explanation of Benefits. Item 24F of the CMS 1500 Form must indicate the charge for each service according to the Medicare fee and not the difference between the Medicare fee and the amount paid by the primary insurer.*

*Once your claim requesting Medicare secondary payment has been analyzed, if we cannot decipher the information included in the explanation of benefits you submitted, your claim would be denied. We know that this matter may cause additional efforts for your billing personnel. Nevertheless, those efforts are necessary to receive your Medicare payments correctly.*

Cont. on next page

## Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

puede ocasionarle esfuerzos adicionales a su personal de facturación; sin embargo, es necesario para que usted reciba sus pagos de Medicare correctamente.

Le recomendamos comunicarse con el vendedor de su programa de facturación para que le indique la manera de someter sus reclamaciones MSP a Medicare por medios electrónicos, en el formato X12. Si usted es usuario del programa SES Profesional, puede llamar a la Sección EMC de Medicare al 787-749-4949, extensión 2381.

Si tiene alguna duda sobre este asunto, puede llamarnos al 1-877- 715-1921.

*We suggest you contact your software Vendor to obtain more information on how to submit your MSP claims electronically in X12 format. If you are a SES Professional software user, you can contact Medicare EMC Section at (787) 749-4949, extension 2381.*

*If you have any questions about this matter, please contact us at 1-877-715-1921.*

FAR/May, 2004

### USING X12N 837 (VERSION 4010A1) WHEN SUBMITTING MEDICARE SECONDARY PAYER (MSP) CLAIMS

HIPAA version 4010A1 under the provisions of the Administrative Simplification Compliance Act provides fields to identify the other payer's allowed and paid amount on the 837 transaction. However, there is no field on the 837 to specifically identify the OTAF (Obligated to Accept as Payment in Full) amount. The OTAF amount is the payment (which is less than your charges) that you are required to accept or agree to accept as payment in full satisfaction of the patient's payment obligation. On most claims, the OTAF amount is greater than the amount the primary payer actually paid on the claim. The Medicare program uses the OTAF amount(s) when calculating its secondary liability on such claims when services are paid on other than a reasonable charge basis.

When you migrate to the X12N 4010A1 837, you must use the line level contract information (CN1) segment to report the OTAF. Report the OTAF in CN102 (Contract Amount) with a qualifier of "09" (Other) in CN101. If MSP data is received at the claim level, report the OTAF in 2300 CN102. If MSP data is received at the line level, report the OTAF in 2400 CN102. The X12N 4010A1 837 Professional Implementation Guide allows for claim level OTAF reporting using the CN1 segment as described above, as well as line level reporting using the line level CN1 segment. Furnish line level primary payer data, including the OTAF amount, when available.

The chart below identifies the segments and data elements that you must use to report: (1) the submitted charges, (2) the primary payer paid amount, (3) the primary payer allowed amount, and (4) the OTAF amount at the claim and the service line levels.

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

	<b>837/3051</b>	<b>NSF</b>	<b>837 v 4010</b>	<b>Comments</b>
Claim Total Submitted Charge	2-130-CLM02	XA0-12	2300 CLM02	Must be equal to the sum of the lines. If the lines are not equal, return the claim to the physician or supplier.
Claim Primary Payer Paid Amount	2-300-AMT02 AMT01 = D	DA1-14	2320 AMT02 AMT01 = D	Must be equal to the sum of the lines if the lines are available. If the lines are not equal, return the claim to the physician or supplier.
Claim Primary Payer Allowed Amount	2-300-AMT02 AMT01= B6	DA1-11	2320 AMT02 AMT01 = B6	Must be equal to the sum of the lines if the lines are available. If the lines are not equal, return the claim to the physician or supplier.
Claim OTAF Amount			2300 CN102 CN101=09, if 2400 CN101=09 is not available	Must be equal to the sum of the lines. If the lines are not equal, return the claim to the physician or supplier. The claim level CN1 should be used only when the service line CN1 is not available.
Line Submitted Charge	2-370-SV102	FA0-13	2400 SV102	None
Line Primary Payer Paid Amount	2-475-AMT AMT01 = D	FA0-35	2430 SVD02	None
Line Primary Payer Allowed Amount	2-475-AMT02 AMT01= B6	FB0-06	2400 AMT02 AMT01 = AAE	If there is no value in the Allowed Amount field, use the value in the Approved Amount field.
Line OTAF	2-475-AMT02 AMT01=CT	FA0-48	2400 CN102 CN101 = 09	None

CR2007/B-02-025/April 16, 2002/FAR

## CORRECCIÓN A LA GUÍA DE LA X12N 837 PROFESIONAL

### Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, facultativos, suplidores y proveedores que facturan a un contratista de Medicare, incluyendo a los contratistas de Equipo Médico Duradero (DMERCs).

### Acción Necesaria por el Proveedor

Los proveedores afectados deben dejar de enviar reclamaciones electrónicas con códigos de diagnósticos, código postal (zip codes) o números de teléfono que no cumplan con la Ley HIPAA.

## **HIPAA X12N 837 PROFESSIONAL HEALTH CARE CLAIM IMPLEMENTATION GUIDE (IG) EDITING**

### **Provider Types Affected**

*Physicians, practitioners, suppliers, and providers who bill Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Carriers (DMERCs).*

### **Provider Action Needed**

*Affected providers should stop submitting electronic claims with diagnosis codes, zipcodes, or telephone numbers that are not HIPAA compliant.*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## Qué Necesita Saber

Los proveedores deben conocer que el Departamento de Sistemas Medicare estará reforzando sus sistemas de éditos para asegurarse de recibir reclamaciones que cumplan con la ley HIPAA. A partir del 1 de julio de 2004 Medicare rechazará toda reclamación electrónica que tenga códigos de diagnóstico, códigos postales o números de teléfono que no cumplan con la ley HIPAA.

## Qué Necesita Hacer

Asegúrese de que su sistema de facturación sea modificado para generar reclamaciones electrónicas que pasen por los éditos de Medicare que cumplen con HIPAA para códigos de diagnósticos, códigos postales y números de teléfono.

## Trasfondo

La ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) ordena al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a adoptar estándares de transacciones que permitan compartir la información de salud electrónicamente. Además, una de las provisiones de HIPAA requiere que los formatos estándares se utilicen para someter electrónicamente transacciones de cuidado de salud. CMS está comprometido a implementar la transacción 837 COB de acuerdo a la Guía de Implementación de HIPAA y reconoce que el cambio en sus sistemas es necesario para:

1. Cumplir con la Guía de Implementación de la transacción 837 COB; y
2. Permitir la creación de archivos de reclamaciones de coordinación de beneficios que cumplan con HIPAA. Para lograr esto, los sistemas de Medicare incluirán éditos que rechacen las reclamaciones electrónicas que contengan:
  - Códigos de diagnósticos inválidos;
  - Un guión, un espacio o un carácter especial en cualquier código postal y

## What You Need to Do

*Providers should note that Medicare systems are strengthening their system edits to assure receipt of HIPAA compliant claims. Effective July 1, 2004, Medicare will reject electronic claims that have diagnosis codes, zip codes, or telephone numbers that are not HIPAA compliant.*

## What You Need to Do

*Be sure your billing systems are modified to generate electronic claims that will pass Medicare's HIPAA compliancy edits for diagnosis codes, zip codes, and telephone numbers.*

## Background

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) directed the Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS) to adopt standards for transactions to enable health information to be exchanged electronically. In addition, one of the HIPAA provisions requires standard formats to be used for electronically submitted health care transactions.*

*CMS is committed to implementing the 837 COB transaction set per the HIPAA implementation guide (IG), and it recognizes that a change in its systems is needed to:*

1. *Comply with the 837 Professional IG; and*
2. *To allow the creation of compliant coordination of benefits (COB) claim files. To accomplish this, Medicare systems will be changed to include edits that reject electronic claims that contain:*
  - *Invalid diagnosis codes;*
  - *A dash, a space, or special character in any zip code field; and*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

- Un guión, espacio, caracter especial o un paréntesis en números de teléfono.

## Implantación

6 de julio de 2004

## Instrucciones Relacionadas

Las Guías de Implantación del ANSI X12N 837 son los estándares de cumplimiento para las transacciones electrónicas y están disponibles electrónicamente en: [http://www.wpc-edi.com/hipaa/HIPAA\\_40.asp](http://www.wpc-edi.com/hipaa/HIPAA_40.asp).

El Manual de Proceso de Reclamaciones Medicare, Capítulo 24, se actualizó para incluir la nueva Sección 40.7.2, Éditos de la Guía de Implantación Profesional. Esta nueva sección se incluye adelante:

40.7.2 – Éditos de la Guía de Implantación Profesional X12N 837

Los contratistas de la Parte B y los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs) deben rechazar:

- reclamaciones electrónicas de entrada que contengan códigos de diagnóstico inválidos si son señalados o no.
- reclamaciones electrónicas de entrada que contengan guiones, espacios o algún carácter especial en cualquier código postal.
- reclamaciones electrónicas de entrada que contengan guiones, espacios, caracteres especiales o paréntesis en cualquier número de teléfono.

- A dash, space, special character, or a parenthesis in telephone numbers.

## Implementation

July 6, 2004.

## Related Instructions

The ANSI X12N 837 implementation guides are the standards of compliance for claim transactions and are available electronically at: [http://www.wpc-edi.com/hipaa/HIPAA\\_40.asp](http://www.wpc-edi.com/hipaa/HIPAA_40.asp).

The Medicare Claims Processing Manual, Chapter 24 has been updated to include the new Section 40.7.2, Professional Implementation Guide (IG) Edits. This new section is included below:

40.7.2 – X12N 837 Professional Implementation Guide (IG) Edits

The Part B Carriers and Durable Medical Equipment Regional Contractors (DMERCs) must reject:

- inbound electronic claims that contain invalid diagnosis codes whether pointed to or not.
- inbound electronic claims that contain a dash, space, or special character in any zip code.
- inbound electronic claims that contain dashes, spaces, special characters or parentheses in any telephone number.

Pub. 100-04 MCP Trans. 86/Feb. 6, 2004/CR-3050/VVC



# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS DE TAXONOMÍA PARA LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD, VERSIÓN 4.0

Los códigos de taxonomía para los proveedores de servicios de salud (HPTC, por sus siglas en inglés) son códigos diseñados para clasificar a los proveedores de servicios de cuidado de la salud de acuerdo a su especialidad, específicamente dentro de las transacciones relacionadas a servicios de salud de la "American National Standards Institute Accredited Standards Committee". Los códigos de taxonomía se actualizan dos veces al año (abril y octubre). El "Washington Publishing Company" publica las actualizaciones a estos códigos a través de su sitio en Internet <http://www.wpc-edi.com/codes>.

HIPAA requiere que la información sometida, la cual forma parte de los códigos de taxonomía, sea válida. Debido a que los códigos de taxonomía para los servicios de proveedores de salud se mencionan en la Guía de Implantación Profesional 837, los contratistas validarán los códigos de taxonomía que se reciben contra sus tablas internas de estos códigos.

A continuación el resumen de cambios para la lista de los códigos de taxonomía para los proveedores de servicios de salud, Versión 4.0.

## UPDATE TO THE HEALTHCARE PROVIDER TAXONOMY CODE (HPTC) VERSION 4.0

*The Provider Taxonomy Code set is an external non-medical data code set designed for use in classifying health care providers according to provider type or practitioner specialty in an electronic environment, specifically within the American National Standards Institute Accredited Standards Committee health care transaction. The HPTC's are scheduled for update twice per year (April and October). The HPTC code list is available from the Washington Publishing Company at <http://www.wpc-edi.com/codes>.*

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires that submitted data, which is part of a named code set, be valid data from that code set. Since the Health Care Provider Taxonomy Code is a named code set in the 837 Professional Implementation Guide, contractors will validate the inbound taxonomy codes against their internal HPTC tables.*

*The summary of changes for the Health Care Provider Taxonomy Code list, Version 4.0, is as follows:*

Valor Códigos de Taxonomía para el Proveedor <i>Provider Taxonomy Value</i>	REVISION
208VP0000X	Título modificado de Manejo del Dolor a Medicina para el Dolor y definición añadida <i>Modified title from Pain Management to Pain Medicine and added definition</i>
106H00000X	Definición modificada <i>Modified definition</i>
207VM0101X	Definición añadida <i>Added definition</i>

### Implantación:

La fecha de implantación para esta instrucción es el 17 de mayo de 2004 cuando la Versión 4.0 de estos códigos se usará por los contratistas y DMERCs para reclamaciones con fecha de servicio en o antes del 17 de mayo de 2004.

### Implementation:

*The implementation date for this instruction is May 17, 2004, when Version 4.0 of this code set will be used by carriers and DMERCs for claims with dates of service on or after May 17, 2004.*

Pub. 100-20 OTN/Transm. 71/CR-3188/April 16, 2004/JS/nls

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## QUARTERLY PROVIDER UPDATE

The Quarterly Provider Update is a comprehensive resource published by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) on the first business day of each quarter. It is a listing of all non-regulatory changes to Medicare including Program Memoranda, manual changes, and any other instructions that could affect providers. Regulations and instructions published in the previous quarter are also included in the Update. The purpose of the Quarterly Provider Update is to:

Inform providers about new developments in the Medicare program;

Assist providers in understanding CMS programs and complying with Medicare regulations and instructions;

Ensure that providers have time to react and prepare for new requirements;

Announce new or changing Medicare requirements on a predictable schedule; and

Communicate the specific days that CMS business will be published in the Federal Register.

To receive notification when regulations and program instructions are added throughout the quarter, sign up for the Quarterly Provider Update list-serv (electronic mailing list) at: <http://list.nih.gov/cgi-bin/wa?SUBED1=cms-qpu&A=1>.

The Quarterly Provider Update can be accessed at <http://www.cms.gov/providerupdate>. We encourage you to bookmark this Web site and visit it often for this valuable information.

MM-SE-0303/January 15, 2004

### ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE GRACIA DE 90 DÍAS PARA LOS CÓDIGOS HCPCS

Este artículo está dirigido a todos los médicos, proveedores y suplidores que utilizan los códigos HCPCS para facturar a los contratistas de Medicare, contratistas DMERC e intermediarios fiscales.

Desde el 1 de enero de 2005, los proveedores de Medicare no tendrán el período de gracia de 90 días para utilizar códigos HCPCS para servicios ofrecidos en los primeros 90 días del año. El uso de estos códigos para facturar servicios ofrecidos después de la fecha en la cual los códigos se descontinuaron, ocasionará que sus reclamaciones se devuelvan y no se paguen. **Los códigos HCPCS deben ser válidos al mismo tiempo que se ofrece el servicio.**

### ELIMINATION OF THE 90-DAY GRACE PERIOD FOR HCPCS CODES

*To all physicians, providers, and suppliers who use Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes in billing Medicare Carriers, Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), and Fiscal Intermediaries (FIs).*

*Effective January 1, 2005, Medicare providers will no longer have a 90-day grace period to use discontinued HCPCS codes for services rendered in the first 90 days of the year. Use of such codes to bill services provided after the date on which the codes are discontinued will cause your claims to be returned and not paid. In essence, **HCPCS codes must be valid at the time the service is rendered.***

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Los proveedores deben conocer que **desde el 1 de enero de 2005** los contratistas, DMERCs y los intermediarios fiscales no aceptarán códigos HCPCS discontinuados para fechas de servicio desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo del año en curso (comenzando en el 2005) sometidas antes del 1 de abril.

Para asegurar el pago a tiempo de las reclamaciones, debe utilizar el nuevo HCPCS 2005 comenzando con los servicios ofrecidos el 1 de enero de 2005 y no debe utilizar los códigos discontinuados. Asegúrese de obtener cada año los códigos nuevos.

Los códigos HCPCS constan de dos niveles de códigos:

- Nivel I – códigos con derecho de propiedad de la Asociación Médica Americana y del CPT-4.
- Nivel II – códigos con cinco (5) dígitos alfa-numéricos aprobados conjuntamente por el Panel Alfa-numérico (CMS, Asociación de Seguros de Salud y la Asociación Blue Cross Blue Shield). La serie de códigos D en el nivel II de los códigos HCPCS tiene derecho de propiedad de la Asociación Dental Americana.

Medicare permitía un período de gracia de 90 días después de la implantación de la actualización de los códigos HCPCS para que los proveedores se familiarizaran con los códigos nuevos y aprendieran sobre los códigos discontinuados. Por ejemplo, los códigos HCPCS 2004 estuvieron vigentes para fechas de servicio en o después del 1 de enero de 2004 y los contratistas de Medicare pueden recurrir a un período de gracia de 90 días para todos los códigos HCPCS discontinuados que apliquen. Esto significa que los códigos HCPCS 2003 discontinuados y los nuevos códigos HCPCS 2004 se aceptarán por los contratistas de médicos, suplidores y proveedores durante el período de gracia de enero-marzo 2004. Este período de gracia de 90 días aplica a

*Providers should be aware that **effective January 1, 2005**, Carriers, DMERCs, and FIs will no longer accept discontinued HCPCS codes for dates of service January 1 through March 31 of the current year (beginning in 2005) that are submitted prior to April 1.*

*To ensure prompt and timely payment of claims, use the new HCPCS for 2005 beginning with services rendered on or after January 1, 2005, and stop using discontinued codes at that time. Each year thereafter, be sure to adopt the new codes.*

*The Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) consists of the following two levels of codes:*

- *Level I codes that are copyrighted by the American Medical Association's Current Procedural Terminology, Fourth Edition (CPT-4); and*
- *Level II codes that are five-position alpha-numeric codes approved and maintained jointly by the Alpha-Numeric Panel (consisting of the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), the Health Insurance Association of America, and the Blue Cross and Blue Shield Association). The D code series in Level II HCPCS is copyrighted by the American Dental Association.*

*Medicare has permitted a 90-day grace period after implementation of an updated HCPCS code set to familiarize providers with the new codes and to learn about the discontinued codes. For example, the 2004 HCPCS codes became effective for dates of service on or after January 1, 2004, and Medicare contractors are able to apply a three-month grace period for all applicable discontinued HCPCS codes. This means that the 2003 discontinued HCPCS codes and the new 2004 HCPCS codes will be accepted by carriers from physicians, suppliers, and providers during the January 2004-March 2004 grace period. This 90-day grace period applies*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

reclamaciones recibidas antes del 1 de abril de 2004, con códigos descontinuados del 2003 para las fechas de servicio del 1 de enero al 31 de marzo de 2004.

Sin embargo, la Regla de Transacción y Código de HIPAA pide a los proveedores que utilicen el conjunto de códigos médicos que es válido al mismo tiempo que se ofrece el servicio. Por lo tanto, CMS no permitirá un período de gracia de 90 días para que los proveedores aprendan sobre los códigos descontinuados. Los proveedores deben conocer que efectivo el 1 de enero de 2005 los contratistas, DMERCs y los intermediarios fiscales no aceptarán códigos HCPCS descontinuados para fechas de servicio del 1 de enero al 31 de marzo del año en curso (comenzando el 2005) sometidos antes del 1 de abril. Además, efectivo el 1 de enero de 2005, CMS no permitirá un período de gracia de 90 días para los códigos descontinuados como resultado de cambios a los HCPCS durante el año.

Para que los proveedores conozcan sobre los códigos CPT-4 nuevos, revisados y descontinuados para el próximo año, pueden adquirir el libro de códigos CPT de la Asociación Médica Americana que se publica en octubre. CMS publicó en su página electrónica el archivo anual alfa-numérico de los HCPCS para el próximo año. La dirección electrónica de CMS para ver la actualización anual de los HCPCS es <http://www.cms.hhs.gov/providers/pufdownload/anhcpmdl.asp>.

Los médicos, proveedores y suplidores deben saber que los sistemas de Medicare comenzarán a rechazar los códigos descontinuados, a partir del 1 de enero de 2005, si los códigos no están vigentes a la fecha del servicio. Dichas reclamaciones se devolverán para que se corrijan. Esto es un asunto de cumplimiento HIPAA.

## Implantación

Aunque el 6 de julio de 2004 es la fecha en que los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare cambiarán para cumplir con estos nuevos reglamentos, la regla no se aplicará hasta el 1 de enero de 2005.

*to claims received by the carrier prior to April 1, 2004, which contain the 2003 discontinued codes for dates of service January 1, 2004 through March 31, 2004.*

*However, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Transaction and Code Set Rule requires providers to use the medical code set that is valid at the time that the service is provided. Therefore CMS will no longer be able to allow a 90-day grace period for providers to learn about the discontinued HCPCS codes. Providers should be aware that effective January 1, 2005, Carriers, DMERCs, and Fiscal Intermediaries will no longer accept discontinued HCPCS codes for dates of service January 1 through March 31 of the current year (beginning in 2005) that are submitted prior to April 1. In addition, effective January 1, 2005, CMS will no longer allow a 90-day grace period for discontinued codes resulting from any mid-year HCPCS updates.*

*In order for providers to know about the new, revised, and discontinued numeric CPT-4 codes for the upcoming year, they should obtain the American Medical Association's CPT-4 coding book that is published each October. CMS posts on its Web site the annual alpha-numeric HCPCS file for the upcoming year. The CMS Web site to view the annual HCPCS update is <http://www.cms.hhs.gov/providers/pufdownload/anhcpmdl.asp>.*

*Physicians, providers, and suppliers should be aware that Medicare systems will begin to reject such discontinued codes, beginning on January 1, 2005, if the codes were not effective on the date of service. Such claims will be returned to the submitter for correction. This is a HIPAA compliance issue.*

## Implementation

*July 6, 2004 . While this is the date on which Medicare's claims processing systems will be changed to enforce these new rules, the systems will not apply these rules until January 1, 2005.*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## Instrucciones Relacionadas

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 23, Sección 20, Sub-sección 20.4 (Códigos HCPCS denegados/modificadores) se revisó y se incluye más adelante. Además, las oraciones que se refieren al período de gracia de tres (3) meses de los códigos HCPCS se eliminaron de las Sub-secciones 40.1 (Acceso a los Archivos de las Tarifas de Laboratorio Clínico Diagnóstico) y 50 (Tarifas Utilizadas por todos los Intermediarios e Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar).

## Códigos HCPCS y Modificadores Eliminados

Las reclamaciones de servicios del año anterior son procesadas utilizando los códigos y modificadores HCPCS vigentes durante ese año. Por ejemplo, una reclamación para un servicio ofrecido en noviembre de 2002, pero recibido por el contratista/DMERC/intermediario en 2003, debe tener los códigos/modificadores válidos en el 2002 y se procesa utilizando las tarifas del año anterior.

Los códigos HCPCS (Nivel I del CPT-4 y Nivel II alfa-numérico) se actualizan anualmente. Cada octubre CMS difunde el archivo anual de los HCPCS a los contratistas DMERCs/intermediarios fiscales. El archivo de los códigos HCPCS contiene las actualizaciones del CPT-4 y del alfa-numérico. A los contratistas se les notifica la fecha de la publicación a través de una instrucción en el OTN (One Time Notification). El archivo contiene códigos HCPCS nuevos, eliminados y revisados, los cuales son vigentes el 1 de enero de cada año. Con cada actualización anual de los HCPCS, CMS otorgaba un período de gracia de 90 días para facturar códigos HCPCS descontinuados para fechas de servicio del 1 de enero al 31 de marzo sometidos a Medicare al 1 de abril del año en curso.

HIPAA requiere que los códigos médicos cumplan con la fecha de servicio. Debido a que los códigos HCPCS son un conjunto de códigos médicos, el 1 de enero de 2005 CMS no proveerá

## Related Instructions

*The Medicare Claims Processing Manual, Chapter 23, Section 20 (Reporting Hospital Outpatient Services Using Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)), Subsection 20.4 (Deleted HCPCS Codes/Modifiers) was revised and is included below. Also, sentences that referred to the three month HCPCS grace period have been deleted from Subsections 40.1 (Access to Clinical Diagnostic Lab Fee Schedule Files) and 50 (Fee Schedules Used by All Intermediaries and Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)).*

## Deleted HCPCS Codes/Modifiers

*Claims for services in a prior year are reported and processed using the HCPCS codes/modifiers in effect during that year. For example, a claim for a service furnished in November 2002 but received by a carrier/DMERC/intermediary in 2003 should contain codes/modifiers valid in 2002 and is processed using the prior year's pricing files.*

*HCPCS codes (Level I CPT-4 and Level II alpha-numeric) are updated on an annual basis. Each October, CMS releases the annual HCPCS file to carriers/DMERCs/FIs. The HCPCS file contains the CPT-4 and the alpha-numeric updates. Contractors are notified of the release date via a one-time notification instruction. The file contains new, deleted, and revised HCPCS codes which are effective on January 1 of each year. With each annual HCPCS update, CMS permitted a 90-day grace period for billing discontinued HCPCS codes for dates of service January 1 through March 31 that were submitted to Medicare contractors by April 1 of the current year.*

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires that medical codes sets must be date of service compliant. Since HCPCS is a medical code set, effective January 1, 2005, CMS will no longer provide a*

Cont. on next page

## Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

un período de gracia de 90 días para los proveedores que facturen códigos HCPCS descontinuados. La eliminación del período de gracia aplica a la actualización anual de los códigos HCPCS y a cualquier cambio de códigos durante el año. Cualquier código descontinuado no tendrá el período de gracia de 90 días.

Los contratistas deben eliminar el período de gracia de 90 días de su sistema con la actualización de los códigos HCPCS al 1 de enero de 2005. Los contratistas no aceptarán códigos HCPCS descontinuados para fecha de servicio del 1 de enero al 31 de marzo. Los proveedores pueden comprar el libro de códigos CPT-4 de la Asociación Médica Americana. El libro de código CPT-4 se publica en octubre y contiene códigos CPT-4 nuevos, revisados y descontinuados para el próximo año. Además, CMS publica en su página electrónica el archivo anual alfanumérico de los HCPCS para el próximo año a finales de octubre. Los proveedores están alentados para acceder la página electrónica de CMS para ver los códigos alfa-numéricos nuevos, revisados y descontinuados para el próximo año. Para ver la actualización anual de los códigos HCPCS puede acceder a <http://www.cms.hhs.gov/providers/pufdownload/anhpcdl.asp>.

### Referencias:

Manual de Medicare, Capítulo 22, "Remittance Notices to Providers". Para mayor información sobre los códigos HCPCS, puede visitar la página electrónica de CMS en <http://cms.hhs.gov/medicare/hcpcs>.

Para mayor información sobre HIPAA y su impacto en las reclamaciones sometidas, puede visitar la página electrónica de CMS HIPAA en <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>.

*90-day grace period for providers to use in billing discontinued HCPCS codes. The elimination of the grace period applies to the annual HCPCS update and to any mid-year coding changes. Any codes discontinued mid-year will no longer have a 90-day grace period.*

*Contractors must eliminate the 90-day grace period from their system effective with the January 1, 2005, HCPCS update. Contractors will no longer accept discontinued HCPCS codes for dates of service January 1 through March 31. Providers can purchase the American Medical Association's CPT-4 coding book that is published each October that contains new, revised, and discontinued CPT-4 codes for the upcoming year. In addition, CMS posts on its Web site the annual alphanumeric HCPCS file for the upcoming year at the end of each October. Providers are encouraged to access CMS Web site to see the new, revised, and discontinued alpha-numeric codes for the upcoming year. The CMS Web site to view the annual HCPCS update is <http://www.cms.hhs.gov/providers/pufdownload/anhpcdl.asp>*

### References:

*See the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 22, "Remittance Notices to Providers." For more information on HCPCS, visit the CMS Website at: <http://cms.hhs.gov/medicare/hcpcs>.*

*For more information on HIPAA and its impact on claims submission, please visit the CMS HIPAA web site at: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>.*

Pub. 100-04 MCP/Trans. 89/CR-3093/February 6, 2004/ICR

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE GRACIA DE 90 DÍAS PARA FACTURAR CÓDIGOS ICD-9-CM DESCONTINUADOS

Medicare antes otorgaba un período de gracia de 90 días después de la implantación anual de la versión actualizada de los códigos diagnósticos ICD-9 el 1 de octubre. Este período de gracia le daba tiempo a los médicos y suplidores de familiarizarse con los códigos nuevos y aprender sobre los códigos descontinuados.

Durante este período de gracia de 90 días (desde el 1 de octubre hasta el 31 de diciembre de cada año) los médicos, médicos practicantes y suplidores pueden usar cualquiera de los códigos ICD-9-CM, el anterior o el nuevo. Para las reclamaciones que se recibirán a partir del 1 de enero se requirió que se usaran los códigos ICD-9-CM actualizados. Las reclamaciones recibidas luego del período de gracia con los códigos descontinuados se rechazaban como Reclamaciones Devueltas no Procesables (RUCs, por sus siglas en inglés).

Sin embargo, ahora la Ley HIPAA requiere el uso de códigos nacionales que sean válidos al momento en que se ofrece el servicio y el ICD-9-CM es un conjunto de códigos nacionales.

Por lo tanto, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) **no pueden otorgar un período de gracia de 90 días** para que médicos, médicos practicantes y suplidores aprendan sobre los códigos ICD-9-CM descontinuados.

Los proveedores podrán ver los códigos ICD-9-CM nuevos, revisados y descontinuados en <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>. CMS actualiza esta página electrónica anualmente luego que los códigos diagnósticos actualizados se publiquen en el Registro Federal, por lo general esto ocurre el 1 de mayo de cada año.

Para fechas de servicio del 1 de octubre de 2004 en adelante no aplicará un período de gracia de 90 días para la actualización anual

## ELIMINATION OF THE 90-DAY GRACE PERIOD FOR BILLING DISCONTINUED ICD-9-CM CODES

*Medicare has previously permitted a 90-day grace period after the annual October 1 implementation of an updated version of International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) diagnosis codes. This grace period gave physicians, practitioners and suppliers time to become familiar with the new codes and learn about the discontinued codes.*

*During this 90-day grace period (October 1 through December 31 of each year), physicians, practitioners, and suppliers could use either the previous or the new ICD-9-CM diagnosis codes. For claims received on or after January 1, the updated ICD-9-CM codes were required to be used, and claims received with discontinued diagnosis codes were rejected as Returned Unprocessable Claims (RUCs).*

*However, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Transaction and Code Set Rule requires the use of national code sets that are valid at the time that the service is provided, and ICD-9-CM is a national code set.*

*Therefore, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) **can no longer allow a 90 day grace period** for physicians, practitioners and suppliers to learn about the discontinued ICD-9 codes.*

*Providers can view the new, revised, and discontinued ICD-9-CM diagnosis codes at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>. CMS updates this site annually after the updated diagnosis codes are published in the Federal Register, which usually occurs by May 1 of each year.*

*Effective for dates of service on and after October 1, 2004, no further 90-day grace periods will apply for the annual ICD-9-CM*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

de los códigos ICD-9. Los médicos, médicos practicantes y suplidores deben facturar utilizando el código de diagnóstico válido para esa fecha de servicio.

Los contratistas y DMERCs no aceptarán códigos descontinuados para fechas de servicio después de la fecha en la cual se discontinuó el código. Esto es un asunto de cumplimiento HIPAA.

## Implantación

1 de octubre de 2004.

## Instrucciones Relacionadas

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 23, Sección 10, Subsección 10.2 se revisó y las revisiones son las siguientes:

10-2 – Relationship of ICD-9-CM Codes and Date of Service (Rev. 1, 10-01-03)

PM B-02-027 (CR-2108), B-03-063, B-02-064, B-03-002

HIPAA requiere que los códigos médicos cumplan con la fecha de servicio. Debido a que ICD-9-CM es un conjunto de códigos médicos para fecha de servicio en o después del 1 de octubre de 2004, CMS no proveerá un período de gracia de 90 días para los proveedores que facturen códigos ICD-9-CM descontinuados. La actualización de los códigos ICD-9-CM se publica en el Registro Federal de abril/mayo de cada año como parte de los Cambios Propuestos al Sistema de Pago Prospectivo a instalaciones hospitalarias en la Tabla 6 y es vigente cada 1 de octubre.

Los contratistas y DMERCs no aceptarán códigos diagnósticos descontinuados para fechas de servicio del 1 de octubre al 31 de diciembre del año en curso. Las reclamaciones que contengan códigos ICD-9 descontinuados se devolverán como no procesables. Los médicos, médicos practicantes y suplidores deben usar el código de diagnóstico válido que entra en vigencia el

*updates. Physicians, practitioners, and suppliers must bill using the diagnosis code that is valid for that date of service.*

*Carriers and DMERCs will no longer be able to accept discontinued codes for dates of service after the date on which the code is discontinued. This is a HIPAA compliancy issue.*

## Implementation

*October 1, 2004.*

## Related Instructions

*The Medicare Claims Processing Manual, Chapter 23, Section 10, Subsection 10.2 (Relationship of ICD-9- CM Codes and Date of Service) has been revised. The relevant revisions to Subsection 10.2 are the following:*

*10-2 – Relationship of ICD-9-CM Codes and Date of Service (Rev. 1, 10-01-03)*

*PM B-02-027 (CR-2108), B-03-063, B-02-064, B-03-002*

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires that medical code sets must be date of service compliant. Since ICD-9-CM is a medical code set, effective for dates of service on and after October 1, 2004, CMS will no longer provide a 90-day grace period for providers to use in billing discontinued ICD-9-CM diagnosis codes on Medicare claims. The updated ICD-9-CM codes are published in the Federal Register in April/May of each year as part of the Proposed Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment Systems in Table 6 and effective each October 1.*

*Carriers and DMERCs will no longer accept discontinued diagnosis codes for dates of service October 1 through December 31 of the current year. Claims containing a discontinued ICD-9-CM diagnosis code will be returned as unprocessable. Physicians, practitioners, and suppliers must use the current and valid diagnosis code that is in*

Cont. on next page



# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

1 de octubre de 2004. Luego que los códigos ICD-9-CM se publiquen en el Registro Federal, CMS colocará los códigos nuevos, revisados y discontinuados en la página electrónica <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>.

Para más información acerca de los códigos de diagnóstico ICD-9-CM y las fechas de servicio, puede acceder el Capítulo 23 en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104c23.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c23.pdf).

Para ver la instrucción emitida por CMS al contratista de Medicare, puede acceder a: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R95CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R95CP.pdf).

Para mayor información sobre la reglamentación HIPAA y su impacto en las reclamaciones sometidas, otras transacciones y conjunto de códigos, puede acceder a <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>.

effect beginning October 1, 2004. After the ICD-9-CM codes are published in the Federal Register, CMS places the new, revised, and discontinued codes on the following Web site: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>.

*For more information about the relationship of ICD-9-CM diagnosis codes and dates of service, go to Chapter 23, available at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104c23.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c23.pdf)*

*To view the actual instruction issued by CMS to your Medicare carrier, please go to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R95CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R95CP.pdf)*

*For more information on HIPAA's rules that relate to claims submission, other transactions, and code sets, please visit: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp>*

Pub. 100-04 MCP/Trans. 95/CR-3094/February 6, 2004/ICR

## MANUALIZATION OF POS CODE SET PROGRAM MEMORANDUM; REVISION TO GROUP HOME CODE DESCRIPTION

### Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers who bill Medicare carriers.

### Provider Action Needed

Physicians, suppliers, and providers should note that this article addresses only a new definition for the Place of Service (POS) Code for Group Homes. Other POS code set information was issued on May 16, 2003 in CMS Program Memorandum/Transmittal B-03-040 and Change Request 2730, "Update of the Place of Service (POS) Code Set." That other information remains unchanged.

### Background

Effective April 1, 2004, the description of POS code 14 (Group Home) will be as follows: "A residence, with shared living areas, where clients receive supervision and other services, such as social and/or behavioral services, custodial services, and minimal services (e.g. medical administration)."

Once again, the remainder of the updated POS code set remains as presented in Program Memorandum B-03-040, which may be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/B03040.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/B03040.pdf)

### Additional Information

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R121CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R121CP.pdf).

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR3087/Pub. 100-04/MCP-Trans. 121/March 19, 2004/JS

## Acuerdos Contractuales

### PAGO POR SERVICIOS PROVISTOS BAJO UN ACUERDO CONTRACTUAL

El Contratista puede generar un pago a una entidad (dígame; persona, grupo o institución) bajo contrato con Medicare que somete una reclamación por servicios prestados por un médico u otra persona que tiene un acuerdo contractual con dicha entidad, independientemente del lugar donde se ofrezca el servicio. El servicio puede prestarse dentro o fuera de los predios de la entidad que somete la reclamación. El acuerdo contractual entre la entidad y el médico u otra persona debe salvaguardar la integridad del programa Medicare de la siguiente manera:

1. La responsabilidad se comparte con severidad entre la entidad que somete la reclamación y la persona que presta el servicio para propósitos relacionados a pagos indebidos de la reclamación.
2. La persona que brinda el servicio debe tener libre acceso a las reclamaciones sometidas por la entidad por los servicios ofrecidos por dicha persona.

La entidad bajo contrato con el Programa Medicare debe someter el formulario CMS 855R y copia del acuerdo contractual con el médico o persona que prestará los servicios. El médico o persona que ofrece los servicios debe tener número de proveedor individual con Medicare, sino tiene que solicitarlo antes de enviar el formulario CMS 855R.

## Contractual Agreements

### PAYMENT FOR SERVICES PROVIDED UNDER A CONTRACTUAL AGREEMENT

*A carrier may make payment to an entity (i.e. a person, group or facility) enrolled in the Medicare program that submits a claim for services provided by a physician or other person under a contractual arrangement with that entity, regardless of where the service is furnished. Thus, the service may be provided on or off the premises of the entity submitting the bill. The contractual agreement between the entity and the physician or other person should include the following program integrity safeguards:*

1. *Liability is jointly and severely shared between the entity submitting the claim and the person actually furnishing the service, for any Medicare overpayment relating to such claim.*
2. *The person furnishing the service must have unrestricted access to claims submitted by the entity for the services provided by that person.*

*The entity enrolled in the Medicare program has to submit a CMS Form 855R and a copy of the contractual agreement with the physician or the person rendering the service. The physician or person rendering the service must have an individual provider number with Medicare, if not, she/he must request it prior to submitting CMS Form 855R.*

CR3083/Trans. 111/Pub.100-04 MCP/February 27, 2004/ICR/els

## Política Médica

### TERAPIA FOTO DINÁMICA OCULAR CON VERTEPORFIN PARA LA DEGENERACIÓN MACULAR SENIL

#### Proveedores Afectados:

Todos los proveedores de Medicare

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor:

Esta Decisión de Cubierta Nacional (NCD, por sus siglas en inglés) cambia la política de cubierta de Medicare para la Terapia Foto Dinámica Ocular (OPT, por sus siglas en inglés) con Verteporfin para el tratamiento de la Degeneración Macular Senil (AMD, por sus siglas en inglés). Bajo ciertas condiciones, descritas más adelante, se cubrirá el OPT con Verteporfin para AMD para indicaciones clínicas adicionales.

#### Lo Que Usted Debe Saber:

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) determinaron, siempre y cuando se cumpla con ciertos criterios establecidos, que OPT con Verteporfin (códigos CPT 67221 y 67225, como también el código HCPCS J3395) se cubrirán para AMD en las siguientes dos circunstancias clínicas adicionales:

1. Lesiones subfoveales ocultas sin neovascularización coroidal clásica (CNV por sus siglas en inglés); y
2. Neovascularización coroidal clásica mínima subfoveal con AMD.

#### Lo que Debe Hacer:

Cerciórese de que su personal de facturación conozca estos cambios de cubierta.

#### Trasfondo:

Este NCD se documentó en la revisión de los Capítulos 80.2 y 80.3 de la Publicación 100-03. Los NCD son obligatorios para todos los Contratistas de Medicare, Intermediarios

## Medical Policy

### OCULAR PHOTODYNAMIC THERAPY (OPT) WITH VERTEPORFIN FOR AGE- RELATED MACULAR DEGENERATION (AMD)

#### Provider Types Affected:

All Medicare providers.

#### Provider Action Needed:

*This National Coverage Determination (NCD) provides for a change in the Medicare coverage policy for the use of Ocular Photodynamic Therapy (OPT) with verteporfin for age-related macular degeneration (AMD). Under certain conditions (described below), OPT with verteporfin for AMD will now be covered for additional clinical indications.*

#### What You Need to Know:

*CMS has determined that, provided certain criteria are met, OPT with verteporfin (CPT codes 67221 and 67225, as well as HCPCS code J3395) will now be covered for AMD in two additional clinical instances:*

1. *Subfoveal occult lesions with no classic choroidal neovascularization (CNV); and*
2. *Subfoveal minimally classic CNV associated with AMD.*

#### What You Need to Do:

*Make sure that your billing staffs are aware of these coverage changes.*

#### Background:

*This NCD is documented in revisions to Chapters 80.2 and 80.3 of Pub. 100-03. Remember that NCDs are binding on all Medicare carriers, fiscal intermediaries, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive*

Cont. on next page

## Política Médica

Fiscales, Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad, Organizaciones de Mantenimiento de la Salud, planes médicos competitivos y planes de salud de prepago. Un NCD también es obligatorio para las Organizaciones "Medicare + Choice". Los jueces de ley administrativa no pueden revisar los NCD.

La cubierta de OPT con Verteporfin continúa para pacientes con diagnóstico de AMD neovascular con lesiones CNV clásicas subfoveales. (El área de una lesión clásica CNV ocupa 50 por ciento del área de la lesión en su totalidad.)

**Nota aclaratoria:** Este diagnóstico debe determinarse en la visita inicial con un angiograma de fluoresceína. Aunque no hay limitaciones con respecto a agudeza visual, tamaño de la lesión, número de repeticiones de tratamiento, no obstante, cuando se atiende a pacientes con lesiones predominantemente clásicas, sí existe el requerimiento de un angiograma de fluoresceína en las visitas de seguimiento subsiguientes, previo a tratamiento.

Además de este diagnóstico y después de una revisión y reconsideración concienzuda de la política de no-cobertura del 20 de agosto de 2002, CMS determinó que existe suficiente evidencia para concluir que OPT con Verteporfin, en las siguientes circunstancias, puede ser razonable y necesario. Estas son para el tratamiento de lesiones subfoveales ocultas sin CNV clásico y para tratar lesiones subfoveales con lesiones CNV clásicas mínimas; estas son lesiones donde el área del CNV clásico ocupa menos del 50 por ciento del área entera de la lesión.

Estas dos nuevas indicaciones de cobertura son consideradas necesarias y razonables sólo cuando:

- Las lesiones son pequeñas (4 áreas de disco o menos) al momento del tratamiento inicial o dentro de 3 meses antes del tratamiento inicial.
- Se demuestre evidencia de progresión dentro de un periodo de tres meses antes del tratamiento inicial. Usted debe confirmar

## Medical Policy

*medical plans, and health care prepayment plans. An NCD is also binding on Medicare + Choice Organizations. Administrative Law Judges may not review NCDs.*

*This NCD addresses coverage for the use of OPT with verteporfin in additional clinical instances. OPT with verteporfin continues to be approved for patients with a diagnosis of neovascular AMD with predominately classic subfoveal CNV lesions (where the area of classic CNV occupies e" 50% of the area of the entire lesion).*

**Note:** *Remember that this diagnosis must be determined by a fluorescein angiogram at the initial visit. Also, there are no requirements regarding visual acuity, lesion size, and number of re-treatments when treating predominantly classic lesion patients; however, they do require a fluorescein angiogram in subsequent, follow-up visits prior to treatment.*

*In addition to this diagnosis, after thorough review and reconsideration of the August 20, 2002 noncoverage policy, CMS has determined that there is enough evidence to conclude that OPT with verteporfin, in certain instances, may be reasonable and necessary for treating subfoveal occult lesions with no classic CNV and subfoveal minimally-classic CNV lesions (where the area of classic CNV occupies <50% of the area of the entire lesion).*

*These two new covered indications are considered reasonable and necessary only when:*

- *The lesions are small (4 disk areas or less in size) at the time of initial treatment or within the 3 months prior to initial treatment; and*
- *They have shown evidence of progression within the 3 months prior to initial treatment, you must confirm this evidence of progression by documenting the deterioration of visual acuity (at least*

Cont. on next page

## Política Médica

esta evidencia de progresión al documentar el deterioro de la agudeza visual (al menos 5 letras en un examen de ojo estándar) o la presencia de sangre asociada a la lesión.

Sea consciente de que otros usos relacionados a Degeneración Macular Senil (AMD) de Terapia Foto Dinámica Ocular (OPT) con Verteporfin continúan no cubiertos si CMS no se ha expresado sobre la cubierta de los mismos. Esto incluye, y no se limita a, lesiones de neovascularización coroidal clásica (CNV) fuera de la fovea (juxtafoveales o extrafoveales); incapacidad de obtener un angiograma de fluoresceína; AMD seco o atrófico. En cambio, la utilización de OPT con Verteporfin para otras indicaciones oculares, tal como miopía patológica o la presunción del síndrome de histoplasmosis ocular, siguen siendo elegibles para cobertura a discreción de los Contratistas de Medicare, por medio de determinaciones de cobertura locales (LCD, por sus siglas en inglés.)

### Breve Historia de esta Decisión de Cobertura Nacional (NCD)

1. El 1 de julio de 2001, Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) aprobaron la utilización de OPT con Verteporfin para pacientes con AMD neovascular con lesiones CNV subfoveales predominantemente clásicas.
2. El 17 de octubre de 2001 CMS anunció su intención de cubierta para OPT con Verteporfin para pacientes con AMD con lesiones CNV subfoveales ocultas. Sin embargo, esta decisión nunca se implementó.
3. El 28 de marzo de 2002 CMS revisó la intención de cubierta del 17 de octubre de 2001 y determinó que la decisión de no cubierta de OPT con Verteporfin para AMD con lesiones subfoveales ocultas debía mantenerse vigente.
4. Con vigencia del 20 de agosto de 2002, CMS dio una instrucción de no cubrir la OPT con Verteporfin para pacientes con AMD con lesiones CNV subfoveales ocultas.

## Medical Policy

*5 letters on a standard eye examination chart); lesion growth (an increase in at least 1 disk area); or the appearance of blood associated with the lesion.*

*Be aware that the other AMD-related uses of OPT with verteporfin, not already addressed by CMS, will continue to be noncovered. These include, but are not limited to: juxtafoveal or extrafoveal CNV lesions (lesions outside the fovea); inability to obtain a fluorescein angiogram; or atrophic or .dry. AMD. On the other hand, the use of OPT with verteporfin for other ocular indications, such as pathologic myopia or presumed ocular histoplasmosis syndrome, continue to be eligible for local coverage determinations through individual Medicare contractor discretion.*

### **The following is a short history leading up to the current NCD.**

1. *Effective July 1, 2001, CMS approved the use of OPT with verteporfin in neovascular AMD patients having predominately classic subfoveal CNV lesions.*
2. *On October 17, 2001, CMS announced its intent to cover. OPT with verteporfin for AMD patients with occult subfoveal CNV lesions; however, this decision was never implemented.*
3. *On March 28, 2002, CMS reviewed the October 17, 2001 intent to cover policy, and determined that the (then) current noncoverage policy for OPT for verteporfin for AMD patients with occult subfoveal CNV should remain in effect.*
4. *Effective August 20, 2002, CMS issued a noncovered instruction for OPT with verteporfin for AMD patients with occult subfoveal CNV lesions.*
5. *Now CMS, after through review and reconsideration of the August 2002 decision, has determined that there is enough evidence to conclude that OPT*

Cont. on next page

## Política Médica

5. CMS ahora, después de una revisión y reconsideración concienzuda de la decisión de agosto de 2002, determinó que existe suficiente evidencia para concluir que OPT con Verteporfin es también razonable y necesaria para ciertos casos clínicos adicionales. Por lo tanto, la NCD en vigor desde el 1 de abril de 2004 provee para la cubierta del uso de OPT con Verteporfin en pacientes con lesiones subfoveales ocultas sin CNV clásico y para lesiones CNV subfoveales clásica mínimas según fueron descritas previamente.

### Información Adicional:

Puede encontrar información adicional de trasfondo en la Publicación 100-03, Capítulo 80.2 y 80.3, los cuales están incluidos en las instrucciones dadas por CMS a Contratistas de Medicare con respecto a este NCD. Estas instrucciones pueden localizarse en el CR 3191 en la siguiente dirección electrónica: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

Una vez accede esta dirección, encuentre el número 3191 en la columna de la derecha y abra el archivo con ese número.

## Medical Policy

*with verteporfin is also reasonable and necessary in these additional clinical instances. Therefore, this NCD, effective April 1, 2004, provides for covering the use of OPT with verteporfin in patients with subfoveal occult lesions with no classic CNV, and subfoveal minimally classic CNV lesions as described above.*

### Additional Information

*You can find additional background information in Pub. 100-03, Chapters 80.2 and 80.3, which are included in the actual instruction issued to Medicare carriers and fiscal intermediaries on this NCD. This instruction can be found in CR3191 at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*Once at that site, scroll down to find 3191 in the CR NUM column on the right and then click on the file for that number.*

CR3191/Pub.100-03/Transmittal #9 NCD/April 1, 2004/JLS/els

## MANUALIZATION NCD: ACUPUNCTURE FOR FIBROMYALGIA/ OSTEOARTHRITIS

### Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers.

### Provider Action Needed

Physicians, suppliers, and providers should note that this instruction relates to acupuncture for the treatment of fibromyalgia and osteoarthritis.

### What You Need to Know

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) concludes that acupuncture is not reasonable and necessary for the treatment of fibromyalgia and osteoarthritis within the meaning of Section 1862(a)(1) of the Social Security Act. Therefore, CMS continues its national **noncoverage** determination for acupuncture.

Cont. on next page

# Medical Policy

## What You Need to Do

Refer to the *Background* and *Additional Information* sections of this instruction for further details regarding these changes.

## Background

After reconsideration of the national noncoverage determination for acupuncture, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) concludes that acupuncture is not reasonable and necessary for the treatment of fibromyalgia and osteoarthritis within the meaning of Section 1862(a)(1) of the Social Security Act.

Therefore, CMS continues its national **noncoverage** determination for acupuncture.

This revision is a national coverage determination (NCD), and NCDs are binding on all carriers, fiscal intermediaries, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, and health care prepayment plans. Under 42 Code of Federal Regulations (CFR) 422.256(b), an NCD that expands coverage is also binding on Medicare+Choice Organizations.

In addition, an administrative law judge may not review an NCD. (See §1869(f)(1)(A)(i) of the Social Security Act.)

## Implementation

The implementation date for this instruction is April 16, 2004.

## Related Instructions

The following Internet Only Medicare Manual (IOM) has been edited with revised and new sections to reflect changes implemented with this instruction.

The Medicare National Coverage Determinations Manual (Pub. 100-3), Chapter 1 (Coverage Determinations)

- Table of Contents - revised
- Section 30.3.1 (Acupuncture for Fibromyalgia) – revised
- Section 30.3.2 (Acupuncture for Osteoarthritis) – revised.

Changes to sections of the Medicare National Coverage Determinations Manual are included in CR3250 referenced below in the *Additional Information* section. These revised instructions briefly explain the process CMS used in reaching this decision.

## Additional Information

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR3250 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

CR3250/Pub.10-03 NCD/Trans. 11/April 16, 2004/JLS

## Política Médica

### ACTUALIZACIÓN A LA POLÍTICA PARA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN SANGUÍNEA

#### Proveedores Afectados:

Médicos, Hospitales, Hospitales de Cuidado Agudo (CAH, por sus siglas en inglés), Centros Ambulatorios de Cuidado Médico Completo (CORF, por sus siglas en inglés), Centros de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés), Centros de Salud calificados por el gobierno federal (FQHC, por sus siglas en inglés) y Clínicas de Salud Rurales (RHC, por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor:

Medicare amplió la cubierta para la monitorización ambulatoria de presión sanguínea (ABPM, por sus siglas en inglés) para añadir el código HCPCS 93788 a los tres códigos ya aprobados para pago. (El código HCPCS 93788 se definió como ABPM que utiliza un sistema como cinta magnética o disco de computadora por 24 horas o más, con análisis del registro e informe). ABPM se pagará sólo para pacientes con la sospecha de hipertensión emocional conocida en inglés como “white coat hipertension” (WCH, por sus siglas en inglés).

**Nota:** Este es un servicio ambulatorio y no se cubrirá en pacientes hospitalizados o que residan en Centros de Enfermería Especializada. En el caso que ABPM se realice en más de una ocasión para un mismo beneficiario, todos los criterios que se discuten en la sección de Trasfondo, más adelante, deben cumplirse por cada prueba subsiguiente de ABPM.

#### Lo Que Usted Debe Saber

ABPM implica la utilización de un dispositivo no invasivo que mide la presión sanguínea en intervalos de 24 horas. Para que se cubra ABPM, este debe realizarse por un periodo mínimo de 24 horas, utilizar el código de diagnóstico 796.2 (Presión sanguínea elevada sin diagnóstico de hipertensión) y el resultado tiene que ser interpretado por un médico.

## Medical Policy

### UPDATED POLICY FOR AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING (ABPM)

#### Provider Types Affected

*Physicians, Hospitals, Critical Access Hospitals (CAHs), Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORFs), Skilled Nursing Facilities (SNFs), Federally Qualified Health Centers (FQHCs), and Rural Health Clinics (RHCs).*

#### Provider Action Needed

*Medicare has expanded payment for ABPM to include HCPCS code 93788 in addition to the three HCPCS codes already payable. (HCPCS code 93788 is defined as “ABPM utilizing a system such as magnetic tape and/or computer disk, for 24 hours or longer; scanning analysis with report.”) ABPM is only payable for patients with suspected “white coat hypertension” (WCH).*

**Note:** *This is designated as an outpatient service; patients admitted to a hospital or residing in institutions (such as SNFs) who receive ABPM are not qualified for coverage. Additionally, if ABPM must be performed more than once for a particular beneficiary, the qualifying criteria (described in the Background section) must be met for each subsequent ABPM test.*

#### What You Need to Know

*ABPM involves the use of a non-invasive device to measure blood pressure in 24-hour segments, the results of which are stored in the device and interpreted later by a physician. To be covered, ABPM must be performed for at least a 24-hour time period; the diagnosis code 796.2 (Elevated blood pressure reading without diagnosis of hypertension) must be used; and the results must be interpreted by a physician.*

Cont. on next page



## Política Médica

### Lo Que Debe Hacer

Diríjase a la sección de *Información Adicional* del Manual de Procesamiento de Reclamaciones Medicare, Capítulo 32, también en el CR 2726 encontrará la información sobre el código HCPCS por proveedor e instrucciones a los contratistas para el procesamiento de reclamaciones de ABPM en pacientes con sospecha de WCH. Allí también obtendrá información de los códigos HCPCS específicos para ABPM por categoría de proveedor. Esta información se puede acceder en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R109cp.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R109cp.pdf)

### Trasfondo

Criterios de hipertensión emocional (WCH)

1. Por lo menos tres visitas a una clínica/oficina en la que se tomen dos medidas separadas en cada visita y la presión sanguínea sea mayor de 140/90 mm Hg;
2. Tomar y documentar por lo menos dos medidas separadas de presión sanguínea fuera de una clínica/oficina que sean menos de 140/90 mm Hg;
3. Que el paciente no tenga evidencia de daño a órganos/daño secundario a hipertensión.

### Información Adicional

Cuando se hagan reclamaciones de ABPM estas tienen que estar acompañadas por el código de diagnóstico 796.2 (Lectura de presión sanguínea elevada sin el diagnóstico de hipertensión). Las fechas en que entraron en vigor los códigos HCPCS aplicables a ABPM por la sospecha de WCH son las siguientes:

## Medical Policy

### What You Need to Do

*Refer to the Additional Information section for HCPCS code information by provider type specific to ABPM for suspected WCH FI and for carrier billing instructions, which can be found in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 32, and in CR 2726, at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R109CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R109CP.pdf)*

### Background

*The qualifying criteria for white coat hypertension include:*

1. *Clinic/office blood pressure >140/90 mm Hg on at least three separate clinic/office visits with two separate measurements made at each visit;*
2. *At least two documented separate blood pressure measurements taken outside the clinic/office which are <140/90 mm Hg; and*
3. *No evidence of end-organ damage.*

### Additional Information

*When a claim for ABPM is made, the diagnosis code 796.2 (Elevated blood pressure reading without diagnosis of hypertension) must be used. Additionally, the effective dates for applicable HCPCS codes for ABPM for suspected WCH are as follows:*

Cont. on next page

# Política Médica

# Medical Policy

Código Code	Definición Definition	Fecha de vigencia Effective Date
93784	ABPM, utilizando un sistema como disco de computadora o cinta magnética por 24 horas o más, incluyendo la grabación, análisis del registro, interpretación e informe.	4/1/2002
	<i>ABPM, utilizing a system such as magnetic tape and/or computer disk, for 24 hours or longer; including recording, scanning analysis, interpretation and report.</i>	
93786	ABPM, utilizando un sistema como disco de computadora o cinta magnética por 24 horas o más, grabación solamente.	4/1/2002
	<i>ABPM, utilizing a system such as magnetic tape and/or computer disk, for 24 hours or longer; recording only.</i>	
93788	ABPM, utilizando un sistema como disco de computadora o cinta magnética por 24 horas o más, análisis de registro con informe.	1/1/2004
	<i>ABPM, utilizing a system of magnetic tape and/or computer disk, for 24 hours or longer; scanning analysis with report.</i>	
93790	ABPM, utilizando un sistema como disco de computadora o cinta magnética por 24 horas o más, revisado por un médico con interpretación e informe.	4/1/2002
	<i>ABPM, utilizing a system such as magnetic tape and/or computer disk, for 24 hours or longer; physician review with interpretation and report.</i>	

Los siguientes proveedores pueden facturar los códigos HCPCS mencionados arriba por servicios prestados a pacientes ambulatorios:

- Hospitales (excepto Hospitales de Cuidado Agudo, CAH por sus siglas en inglés) pueden facturar los códigos HCPCS 93786 y 93788 o uno de ambos en una factura de tipo 13x ó 14x.
- CORF factura los códigos HCPCS 93786 y 93788 o uno de ambos en una factura de tipo 75x.
- CAH debe utilizar una factura del tipo 85x y facturar como sigue:
  1. Para CAH's que elijan el método estándar, facturarán los códigos HCPCS 93786 y 93788 o uno de ambos;
  2. Para CAH's que elijan la metodología opcional, facturarán cualquier combinación de los códigos HCPCS 93786, 93788 y 93790, según sea apropiado.

*The above HCPCS codes can be billed by the following providers, for outpatients, as specified below:*

- *Hospitals (except CAHs) bill on a 13x or 14x type of bill with HCPCS 93786 and/or 93788.*
- *CORFs bill on a 75x type of bill with HCPCS code 93786 and/or 93788.*
- *CAHs bill on an 85x type of bill as follows:*
  1. *For CAHs that elected the Standard Method, bill HCPCS code 93786 and/or 93788; and*
  2. *For CAHs that elected the Optional Method, bill any combination of HCPCS codes 93786, 93788 and 93790 as appropriate.*

Cont. on next page

## Política Médica

- Centros de Enfermería Especializada facturarán en una factura tipo 23x los códigos HCPCS 93786 y 93788 o uno de ambos.
- RHC facturarán el componente profesional como una visita bajo la tarifa de todo incluido en una factura tipo 71x con el “revenue code” 052x.
- FQHC facturarán el componente profesional como una visita bajo la tarifa de todo incluido en una factura tipo 73x con el “revenue code” 052x.
- RHC/FQHC establecidos por proveedor deben facturar el componente técnico bajo el número del proveedor que establece el RHC y utilizar los requisitos arriba mencionados para la categoría particular de proveedor.
- RHC/FQHC independientes facturarán el componente técnico al contratista.

Las instrucciones dadas a su contratista con respecto a este cambio puede encontrarlas en la siguiente dirección electrónica: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R109CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R109CP.pdf).

Usted también puede hacer referencia al Manual de Determinaciones de Cubierta de Medicare, Capítulo 1, Sección 20-19 que puede localizar en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/103\\_cov\\_determ/ncd103index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/103_cov_determ/ncd103index.asp).

## Medical Policy

- *SNFs bill on a 23x type of bill with HCPCS code 93786 and/or 93788.*
- *RHCs bill for the professional component as a visit under the all-inclusive rate on a 71x type of bill with rev code 052x.*
- *FQHCs bill for the professional component as a visit under the all-inclusive rate on a 73x type of bill with rev code 052x.*
- *Provider-based RHCs/FQHCs bill for the technical component under their base provider's number using the above requirements for their particular base provider type.*
- *Independent and free-standing RHCs/FQHCs practitioners bill for the technical component to the carrier.*

*The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R109CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R109CP.pdf)*

*You may also refer to Medicare National Coverage Determinations Manual, Chapter 1, Section 20.19, which may be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/103\\_cov\\_determ/ncd103index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/103_cov_determ/ncd103index.asp)*

CR2726/Transmittal #109 MCP/February/jls/els

## ELECTRICAL STIMULATION AND ELECTROMAGNETIC THERAPY FOR THE TREATMENT OF WOUNDS

### Provider Types Affected

Physicians, Therapists, Federally Qualified Health Centers, Rural Health Clinics, Hospitals, and Critical Access Hospitals.

### Provider Action Needed

Effective July 1, 2004, under specific conditions Medicare will cover electromagnetic therapy for wound treatment for the same settings and conditions in which electrical stimulation (ES) for wound treatment is currently covered.

### What You Need to Know

Be aware of the conditions under which Medicare will cover this procedure.

Cont. on next page

# Medical Policy

## What You Need to Do

You may file claims with Medicare for electromagnetic therapy for the treatment of certain wounds for services rendered on or after July 1, 2004. Be sure to use the correct HCPCS and revenue codes as specified below to assure timely and correct payment.

## Background

Medicare conducted a reconsideration review of electromagnetic therapy used for the treatment of certain wounds. They found that wounds treated using either electrical stimulation (ES) therapy or electromagnetic therapy resulted in similar improvements. Therefore, CMS decided to cover electromagnetic therapy for wound treatment for the same settings and conditions in which electrical stimulation for wound treatment is currently covered.

Effective July 1, 2004, Medicare will cover ES or electromagnetic therapy for chronic stage III or stage IV pressure ulcers (ulcers that have not healed within 30 days of occurrence), arterial ulcers, diabetic ulcers, and venous stasis ulcers. Electromagnetic therapy services will be covered only when performed by a physician, physical therapist, or incident to a physician service. No other wound treatment using electromagnetic therapy will be covered.

ES and electromagnetic therapy for wound treatment will be covered only after appropriate standard wound treatment has been tried for at least 30 days with no measurable signs of healing. Additionally, wounds undergoing treatment by electromagnetic therapy must be evaluated at least monthly by the treating physician.

Medicare will not continue to cover the treatment if the wound shows no measurable signs of improvement within any 30 day period of treatment. Additionally, ES or electromagnetic therapy must be discontinued when the wound demonstrates a 100% epithelialized wound bed. Unsupervised therapy for wound treatment will not be covered, nor will ES and electromagnetic therapy be covered as an initial treatment modality.

## Additional Information

The applicable Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code for Electromagnetic Therapy is as follows:

**HCPCS G0329** – Electromagnetic Therapy, to one or more areas for chronic stage III and stage IV pressure ulcers, arterial ulcers, diabetic ulcers, and venous stasis ulcers not demonstrating measurable signs of healing after 30 days of conventional care as part of a therapy plan of care. Effective date: July 1, 2004. Note: Medicare will not cover the device (Code E0761) used for electromagnetic treatment of wounds, nor will Medicare cover unsupervised home use of electromagnetic therapy.

The following revenue codes must be used in conjunction with the HCPCS code identified:

420	Physical Therapy
430	Occupational Therapy
520	Federal Qualified Health Center
521	Rural Health Center
977, 978	Critical Access Hospital – method II CAH professional services only.

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR 3149 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR. The CR includes the revised portions of the Medicare National Coverage Determinations Manual, which further explain this change.

## Política Médica

### LIMITACIONES EN LA FRECUENCIA DE TRATAMIENTO CON DARBEPOETIN ALFA

#### **Tipos de Proveedores Afectados:**

Centros de diálisis renal

#### **Acción Necesaria del Proveedor:**

Medicare está implementando nuevas limitaciones a la frecuencia del tratamiento con Darbepoetin Alfa (nombre comercial Aranesp) para el tratamiento de pacientes en diálisis con enfermedad renal de estadio terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

#### **¿Qué Necesita Saber?**

Debe conocer estas limitaciones de frecuencia para garantizar un pago correcto y a tiempo por los servicios ofrecidos a pacientes de Medicare.

#### **¿Qué Necesita Hacer?**

Debe asegurarse de comprender los cambios vigentes desde el 1 de abril de 2004, los cuales establecen limitaciones en la frecuencia de la administración de Darbepoetin Alfa en pacientes con ESRD en diálisis.

#### **Trasfondo**

La Sección 1881 (b)(11)(B) del "Social Security Act" establece que el pago de Eritropoietin se proveerá cuando el diagnóstico del paciente sea ESRD. Una nueva sustancia parecida al Eritropoetin, Darbepoetin Alfa, difiere de Eritropoetin Alfa en que se le añadieron dos cadenas de carbohidratos que hacen que tenga una media vida biológica más prolongada. Este cambio afecta la frecuencia con que se puede administrar este agente biológico dando como resultado una disminución en la programación de administraciones de dosis de Darbepoetin Alfa en comparación de Epoetin Alfa.

## Medical Policy

### FREQUENCY LIMITATIONS FOR DARBEPOETIN ALFA

#### **Provider Types Affected**

*Renal Dialysis Facilities*

#### **Provider Action Needed**

*Medicare is instituting new frequency limitations for treatment of ESRD patients on Dialysis with Darbepoetin Alfa (trade name Aranesp).*

#### **What You Need to Know**

*Be aware of these frequency limitations to assure correct and timely payment for services supplied to Medicare patients.*

#### **What You Need to Do**

*Make sure you understand the changes effective for services provided on and after April 1, 2004 for the frequency limitations on Darbepoetin Alfa for ESRD.*

#### **Background**

*Section 1881(b) (11) (B) of the Social Security Act states that payment will be provided for erythropoietin when a patient diagnosis is ESRD. Darbepoetin Alfa, a new erythropoietin-like product, differs from Epoetin Alfa by the addition of two carbohydrate chains, which lengthens the biologic half-life. This change affects how often the biological can be administered and results in a decreased dosing schedule for Darbepoetin Alfa by comparison to Epoetin Alfa.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Información Adicional

Esta notificación establece limitaciones en la frecuencia de Darbepoetin Alfa y reitera que las limitaciones de frecuencia de Epoetin Alfa (nombre comercial EPO) continúan sin cambios. La cobertura de Darbepoetin Alfa se limitará a un máximo de cinco (5) administraciones cada treinta (30) días mientras que Epoetin Alfa mantendrá una limitación de cobertura de un máximo de trece (13) administraciones cada treinta (30) días. Puede hacer referencia al CR-2963 que contiene las guías de pago de Darbepoetin Alfa. Este CR puede localizarse en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/PM\\_Trans/R39OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/PM_Trans/R39OTN.pdf).

Por favor, tomen nota que esta notificación no aplica a los pagos a médicos por Aranesp o EPO; estos pagos son establecidos en el archivo de límites de pago de drogas, determinados por el "Medicare Prescription Drug, Modernization, and Improvement Act" de 2003.

De acuerdo a la literatura aprobada por el FDA, la Darbepoetin Alfa debe ser administrada una vez a la semana, hasta un máximo de cinco ocasiones durante un mes calendario (treinta o treinta y un (30-31) días). Las reglas de cobertura de Darbepoetin Alfa y Epoetin Alfa son las mismas para pacientes con anemia asociada a ESRD. Las reclamaciones de Darbepoetin Alfa y Epoetin Alfa tienen que incluir el hematocrito del paciente.

Puede tener acceso al CR-2984, relacionado a este artículo en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R8BP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R8BP.pdf).

## Medical Policy

### Additional Information

*This notice establishes frequency limitations for Darbepoetin Alfa, and also reiterates the frequency limitations for Epoetin Alfa (trade name EPO) will remain the same. Darbepoetin Alfa's coverage will be limited to a maximum of five (5) administrations every 30 days and Epoetin Alfa will maintain a coverage limitation of a maximum frequency of thirteen (13) administrations every 30 days. You can refer back to CR2963 for the payment guidelines on Darbepoetin Alfa (trade name Aranesp). That CR may be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R39OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R39OTN.pdf).*

*Please note that this notice does not apply to physicians' payments for Aranesp or EPO; those payments are established in the Drug Payment Limits Pricing File, set by the Medicare Prescription Drug, Modernization, and Improvement Act of 2003. According to its FDA-approved labeling, Darbepoetin Alfa is to be given once a week, up to a maximum of five times for a calendar month (30/31 days). Coverage rules for Darbepoetin Alfa are the same as Epoetin Alfa for ESRD-related anemia. Claims for Darbepoetin Alfa and Epoetin Alfa must include the patients hematocrit.*

*To view the actual change request related to this article (CR2984), go to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R8BP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R8BP.pdf)*

Pub. 100-04 MCP/Trans. 8, 118/CR-2984/March 5, 2004/JLS

## Facturación Simplificada

### RECORDATORIO

#### MÉTODO DE FACTURACIÓN SIMPLIFICADA ("ROSTER BILLING")

El Método de Facturación Simplificada se desarrolló para facilitar el proceso de las reclamaciones para la vacuna de inmunización en masa suministrada a los beneficiarios de Medicare. Este método de facturación se puede utilizar solamente para vacunas de Influenza y Pneumococco.

Todos los individuos y entidades que sometan reclamaciones PPV e Influenza a Medicare a través del método de facturación simplificada deben completar el Formulario CMS-855. Las instrucciones para completar este formulario están disponibles con el propósito de facilitar el proceso de inscripción. Los individuos y entidades que utilicen estas instrucciones no deben facturar a Medicare por otro servicio que no sea vacuna para el virus de PPV e Influenza.

**Nota:** Los médicos y proveedores del cuidado de la salud a quienes se les ha asignado número de proveedor no necesitan tener un número de proveedor para inmunización en masa. Estos proveedores usarán su número de proveedor individual.

Las entidades y proveedores que sometan a los contratistas reclamaciones a través del método de facturación simplificada deben completar los siguientes recuadros del formulario CMS-1500, el cual sirve como el documento de trámite para el método de facturación simplificada para cada lugar de servicio donde se ofrecieron los servicios. Para que los contratistas reembolsen el pago correcto de acuerdo al lugar de servicio, se debe utilizar un Formulario CMS-1500 separado para cada lugar de servicio diferente donde se ofrecieron los servicios. Además, debe someter el formulario CMS-1500 junto con el método de facturación simplificada para reclamaciones de PPV e Influenza.

#### **Encasillado 1:**

Una X en el recuadro de Medicare

## Simplified Roster Bills

### REMINDER

#### SIMPLIFIED ROSTER BILLS

*Simplified Roster Billing Method was developed to ease mass immunization claim filing for vaccination provided to Medicare beneficiaries. This billing method can only be used for Influenza and Pneumococcal vaccines.*

*All individuals and entities that will submit PPV and influenza benefit claims to Medicare on roster bills must complete the Provider/Supplier Enrollment Application, Form CMS-855. Specialized instructions for these individuals and entities are available in order to simplify the enrollment process. Individuals and entities that use the specialized instructions to complete the form may not bill Medicare for any services other than PPV and influenza virus vaccinations.*

**Note:** *Physicians and health care providers that have been assigned provider numbers are not required to obtain a Mass Immunization provider number. Instead these providers shall use their individual provider numbers.*

*Entities or providers submitting roster claims to carriers must complete the following blocks on a single modified Form CMS-1500, which serves as the cover document for the roster for each facility where services are furnished. In order for carriers to reimburse by correct payment locality, a separate Form CMS-1500 must be used for each different facility where services are furnished. In addition, separate Form CMS-1500 claim forms, along with separate roster bills, must be submitted for PPV and influenza roster billing.*

#### **Item 1:**

*An X in the Medicare block*

Cont. on next page

## Facturación Simplificada

### **Encasillado 2**

(Nombre del paciente): (Ver: Modelo de "Roster Billing" incluido)

### **Encasillado 11**

(Número de póliza del asegurado o número FECA): "Ninguno"

### **Encasillado 17**

Escribir el nombre del médico que refiere u ordena si el servicio lo refirió u ordenó un médico

**Médico que refiere** – es un médico que solicita un servicio para el beneficiario por el cual pagó el Programa Medicare

**Médico que ordena** – es un médico o médico practicante que ordena al paciente servicios no médicos. Ver Pub. 100-02, Capítulo 15, para reglas de médicos practicantes. Ejemplos de servicios que pueden ordenarse incluyen pruebas diagnósticas de laboratorio, pruebas clínicas de laboratorio, servicios farmacéuticos, equipo médico duradero y servicios incidentales que ofrecen los médicos o médicos practicantes.

### **Encasillado 17A**

(Número de identificación o médico que refiere): Este número se necesita solamente para vacunas PPV y Hepatitis B. Para reclamaciones con fecha de servicio en o después del 1 de julio de 2000, este número no se necesitará para PPV.

### **Encasillado 20**

(¿Fuera de laboratorio?): Una "X" en el encasillado NO

### **Encasillado 21**

(Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad):  
PPV: "VO3.82"  
Virus de Influenza: "V04.8"

### **Encasillado 24A**

(Fecha de servicio):

### **Encasillado 24B**

(Lugar de servicio (POS):  
Código POS "60" se debe usar para método de facturación simplificada

### **Encasillado 24D**

(Procedimientos, servicios o suministros):

## Simplified Roster Bills

### **Item 2**

(Patient's Name): "SEE ATTACHED ROSTER"

### **Item 11**

(Insured's Policy Group or FECA Number): "NONE"

### **Item 17**

*Enter the name of the referring or ordering physician if the service or item was ordered or referred by a physician.*

**Referring physician** – is a physician who requests an item or service for the beneficiary for which payment may be made under the Medicare program

**Ordering physician** – is a physician or, when appropriate, a non-physician practitioner who orders non-physician services for the patient. See Pub. 100-02, Chapter 15 for non-physician practitioner rules. Examples of services that might be ordered include diagnostic laboratory tests, clinical laboratory tests, pharmaceutical services, durable medical equipment, and services incident to that physician's or non-physician practitioner's service.

### **Item 17A**

*(I.D. Number or Referring Physician): This number is required for PPV and hepatitis B vaccines only. Effective for claims with dates of service on or after July 1, 2000, this number will no longer be required for PPV.*

### **Item 20**

*(Outside Lab?): An "X" in the NO block*

### **Item 21**

*(Diagnosis or Nature of Illness):*  
PPV: "VO3.82"  
Influenza Virus: "V04.8"

### **Item 24A**

*(Date of Service):*

### **Item 24B**

*(Place of Service (POS):*  
POS code "60" must be used for roster billing.

### **Item 24D**

*(Procedures, Services, or Supplies):*

Cont. on next page



## Facturación Simplificada

Código de vacuna y su administración:

- **90658** = vacuna Influenza, virus, tres años y dosis anterior, para uso intramuscular o inyección
- **G0008** = administración vacuna de Influenza
- **90732** = vacuna Pneumococco, adulto o dosis para paciente inmunodeprimido para uso subcutáneo o intramuscular
- **G0009** = administración vacuna de Pneumococco

### **Encasillado 24E**

Código del diagnóstico

Correlación con Encasillado 21

### **Encasillado 24F**

(\$ cargos): Los proveedores deben mostrar el costo unitario para un servicio en el Formulario CMS-1500. El contratista creará una reclamación para cada beneficiario incluido en el método de facturación simplificada.

### **Encasillado 27**

(Asignación aceptada): Una "X" en el recuadro Sí

### **Encasillado 29**

(Cantidad pagada): "\$0.00"

### **Encasillado 31**

(Firma del médico o suplidor): El representante de la entidad debe firmar el formulario CMS-1500.

### **Encasillado 32**

(Nombre y dirección del lugar de servicio): "No-aplica"

**Encasillado 33** (Nombre y número del médico o entidad): Incluir el nombre de identificación del proveedor o el número del grupo, el que sea más apropiado. Incluir el nombre y número de proveedor o entidad.

## Simplified Roster Bills

*Vaccine code and their administration:*

- **90658** = *Influenza virus vaccine, split virus, three years and above dosage, for intramuscular or jet injection use*
- **G0008** = *Administration of Influenza virus vaccine*
- **90732** = *Pneumococcal vaccine, 23-valent, adult or immunosuppressed patient dosage, for subcutaneous or intramuscular use.*
- **G0009** = *Administration of Pneumococcal vaccine*

### **Item 24E**

*(Diagnosis Code):*

*Correlate to Item 21*

### **Item 24F**

*(\$ Charges): Providers must show the unit cost for one service on the modified Form CMS-1500. The carrier will replicate the claim for each beneficiary listed on the roster.*

### **Item 27**

*(Accept Assignment): An "X" in the YES block*

### **Item 29**

*(Amount Paid): "\$0.00"*

### **Item 31**

*(Signature of Physician or Supplier): The entity's representative must sign the modified CMS-1500.*

### **Item 32**

*(Name and Address of Facility): "Non-applicable"*

### **Item 33**

*(Physician's or Supplier's Billing Name and Number): Include the name and number of the provider or entity.*

May 2004/DGE/MRM

# INFLUENZA VIRUS VACCINE - ROSTER BILL

Provider Payee Name \_\_\_\_\_ Provider Telephone Number \_\_\_\_\_

Provider Payee Address \_\_\_\_\_

Medicare Provider Identification Number \_\_\_\_\_ Date of Service \_\_\_\_\_

	Patient's Medicare Health Insurance Claim Number	Patient's Name Last Name, First Name, M.I.	Patient's Address Street, City, State, and Zip Code	Sex M/F	Patient's Date of Birth	*Date of Service	Patient's Signature
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

\* Roster may only be used for services rendered on the same day, unless you are a physician billing for services rendered in your office.

# PNEUMONIA VIRUS VACCINE - ROSTER BILL

Provider Payee Name \_\_\_\_\_

Telephone Number \_\_\_\_\_

Medicare Provider Identification Number (PIN) \_\_\_\_\_

Date of Service \_\_\_\_\_

Provider Address \_\_\_\_\_

**WARNING: ASK BENEFICIARIES IF THEY HAVE BEEN VACCINATED WITH PPV.**

**Rely on patient's memory to determine prior vaccination status**

**If patients are uncertain whether they have been vaccinated within the past 5 years, administer the vaccine.**

**If patients are certain that they have been vaccinated within the past 5 years, do not revaccinate.**

	<b>Patient's Medicare Health Insurance Claim Number</b>	<b>Patient's Name Last Name, First Name, M.I.</b>	<b>Patient's Address Street, City, State, and Zip Code</b>	<b>Sex M/F</b>	<b>Patient's Date of Birth</b>	<b>*Date of Service</b>	<b>Name and UPIN of "standing order" physician</b>	<b>Patient's Signature</b>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA

P N E U M O C O C C A L

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

1. MEDICARE <input checked="" type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> CHAMPUS <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> <small>(Medicare #) (Medicaid #) (Sponsor's SSN) (VA File #) (SSN or ID) (SSN) (ID)</small>										1.a INSURED'S ID NUMBER (FOR PROGRAM IN ITEM 1)																																																																																																																									
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial) <b>"See Attached Roster"</b>										3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)																																																																																																																				
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street) CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)										6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>					7. INSURED'S ADDRESS (No., Street) CITY STATE ZIP CODE TELEPHONE (INCLUDE AREA CODE)																																																																																																																				
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)										10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO: a. EMPLOYMENT? (CURRENT OR PREVIOUS) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO b. AUTO ACCIDENT? PLACE (State) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO c. OTHER ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER <b>"NONE"</b> a. INSURED'S DATE OF BIRTH SEX MM DD YY M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> b. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <i>If yes, return to and complete item 9 a-d.</i>																																																																																																																				
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below. SIGNED _____ DATE _____										13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below. SIGNED _____																																																																																																																									
14. DATE OF CURRENT ILLNESS (First symptom) OR INJURY (Accident) OR PREGNANCY (LMP) MM DD YY					15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS GIVE FIRST DATE MM DD YY					16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY																																																																																																																									
17. NAME OF REFERRING PHYSICIAN OR OTHER SOURCE <b>DR. JOHN DOE</b>										17a. I.D. NUMBER OF REFERRING PHYSICIAN <b>G11111</b>					18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY																																																																																																																				
19. RESERVED FOR LOCAL USE										20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					22. MEDICAID RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO. 23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER																																																																																																																				
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY. (RELATE ITEMS 1,2,3, OR 4 TO ITEM 24E BY LINE) 1. <u>L0382</u> 3. _____ 2. _____ 4. _____										24. TABLE OF SERVICE: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">A</th> <th colspan="4">B</th> <th rowspan="2">C</th> <th rowspan="2">D</th> <th rowspan="2">E</th> <th rowspan="2">F</th> <th rowspan="2">G</th> <th rowspan="2">H</th> <th rowspan="2">I</th> <th rowspan="2">J</th> <th rowspan="2">K</th> </tr> <tr> <th>MM</th> <th>DD</th> <th>YY</th> <th>MM DD YY</th> <th>Place of Service</th> <th>Type of Service</th> <th>PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER</th> <th>DIAGNOSIS CODE</th> <th>\$ CHARGES</th> <th>DAYS OR UNITS</th> <th>EPSDT Family Plan</th> <th>EMG</th> <th>COB</th> <th>RESERVED FOR LOCAL USE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>01</td> <td>01</td> <td>04</td> <td>01 01 04</td> <td>60</td> <td></td> <td>90732</td> <td>1</td> <td>9</td> <td>95</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>01</td> <td>01</td> <td>04</td> <td>01 01 04</td> <td>60</td> <td></td> <td>G0009</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>89</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										A	B				C	D	E	F	G	H	I	J	K	MM	DD	YY	MM DD YY	Place of Service	Type of Service	PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER	DIAGNOSIS CODE	\$ CHARGES	DAYS OR UNITS	EPSDT Family Plan	EMG	COB	RESERVED FOR LOCAL USE	1	01	01	04	01 01 04	60		90732	1	9	95				2	01	01	04	01 01 04	60		G0009	1	7	89				3														4														5														6													
A	B				C	D	E	F	G	H	I	J	K																																																																																																																						
	MM	DD	YY	MM DD YY										Place of Service	Type of Service	PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER	DIAGNOSIS CODE	\$ CHARGES	DAYS OR UNITS	EPSDT Family Plan	EMG	COB	RESERVED FOR LOCAL USE																																																																																																												
1	01	01	04	01 01 04	60		90732	1	9	95																																																																																																																									
2	01	01	04	01 01 04	60		G0009	1	7	89																																																																																																																									
3																																																																																																																																			
4																																																																																																																																			
5																																																																																																																																			
6																																																																																																																																			
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN <b>123 -45 - 6789</b> <input checked="" type="checkbox"/>					26. PATIENT'S ACCOUNT NO.					27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) <input checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					28. TOTAL CHARGE \$ <b>17 84</b>		29. AMOUNT PAID \$ <b>0 00</b>		30. BALANCE DUE \$ <b>17 84</b>																																																																																																																
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements of the reverse apply to this bill and are made a part thereof.) SIGNED _____ DATE _____										32. NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (if other than home or office)					33. PHYSICIAN'S, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE # <b>DR. JOE DOE</b> Address PIN# _____ GRP# _____																																																																																																																				

CARRIER PATIENT AND INSURED INFORMATION PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

PLEASE DO NOT STAPLE IN THIS AREA

P N E U M O C O C C A L

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

PICA										PICA																																																																																																			
1. MEDICARE <input checked="" type="checkbox"/> (Medicare #) MEDICAID <input type="checkbox"/> (Medicaid #) CHAMPUS <input type="checkbox"/> (Sponsor's SSN) CHAMPVA <input type="checkbox"/> (VA File #) GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> (SSN or ID) FECA BLK LUNG <input type="checkbox"/> (SSN) OTHER <input type="checkbox"/> (ID)										1.a INSURED'S ID NUMBER (FOR PROGRAM IN ITEM 1)																																																																																																			
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial) "See Attached Roster"										3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>										4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)																																																																																									
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)  CITY STATE										6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>										7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)  CITY STATE																																																																																									
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)										10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:										11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER "NONE"																																																																																									
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER										a. EMPLOYMENT? (CURRENT OR PREVIOUS) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO										a. INSURED'S DATE OF BIRTH SEX MM DD YY M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																									
b. OTHER INSURED'S DATE OF BIRTH SEX MM DD YY M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>										b. AUTO ACCIDENT? PLACE (State) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO										b. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME																																																																																									
c. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME										c. OTHER ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO										c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME																																																																																									
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME										10d. RESERVED FOR LOCAL USE										d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, return to and complete item 9 a-d.																																																																																									
READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM.																																																																																																													
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.  SIGNED _____ DATE _____										13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.  SIGNED _____																																																																																																			
14. DATE OF CURRENT ILLNESS (First symptom) OR INJURY (Accident) OR PREGNANCY (LMP) MM DD YY										15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS GIVE FIRST DATE MM DD YY										16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY																																																																																									
17. NAME OF REFERRING PHYSICIAN OR OTHER SOURCE DR. JOHN DOE										17a. I.D. NUMBER OF REFERRING PHYSICIAN G11111										18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY																																																																																									
19. RESERVED FOR LOCAL USE										20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO										22. MEDICAID RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.																																																																																									
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY. (RELATE ITEMS 1,2,3, OR 4 TO ITEM 24E BY LINE)										23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER																																																																																																			
1. LV0382										3. _____										2. _____																																																																																									
2. _____										4. _____																																																																																																			
24. A										B										C										D										E										F										G										H										I										J										K									
DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY										Place of Service										Type of Service										PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER										DIAGNOSIS CODE										\$ CHARGES										DAYS OR UNITS										EPSDT Family Plan										EMG										COB										RESERVED FOR LOCAL USE									
01 01 04 01 01 04										60										90732										1										9 95																																																																					
01 01 04 01 01 04										60										G0009										1										7 89																																																																					
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN 123 -45 - 6789 <input checked="" type="checkbox"/>										26. PATIENT'S ACCOUNT NO.										27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) <input checked="" type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO										28. TOTAL CHARGE \$ 17 84										29. AMOUNT PAID \$ 0 00										30. BALANCE DUE \$ 17 84																																																											
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements of the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)  SIGNED _____ DATE _____										32. NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (if other than home or office)										33. PHYSICIAN'S, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE # DR. JOE DOE Address  PIN# _____ GRP# _____																																																																																									

CARRIER PATIENT AND INSURED INFORMATION PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

## Políticas de Pago

### CORRECCIÓN DE EMERGENCIA CON RESPECTO A FACTURACIÓN CORRECTA PARA MATERIAL DE CONTRASTE DE BAJA OSMOLARIDAD

#### Proveedores Afectados:

Todos los hospitales y médicos de Medicare

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor:

Esta directriz provee información adicional relacionada a codificación bajo el "Healthcare Common Procedure Coding System" (HCPCS, por sus siglas en inglés) para material de contraste de baja osmolaridad. Corrige la fecha de vigencia del restablecimiento de algunos códigos selectos HCPCS y cambia el estatus del código HCPCS A9525.

#### Trasfondo:

El 23 de enero de 2004 se publicó el "Change Request" 3053 – Corrección de Emergencia a los Códigos HCPCS para Material de Contraste de Baja Osmolaridad – este indicaba lo siguiente:

- Restablecimiento de los códigos HCPCS A4644 al A4646; y
- Cambio de estatus del código HCPCS A9525 a "no pagado por Medicare".

La fecha de vigencia dada para estos cambios fue el 1 de abril de 2004.

Esta fecha del 1 de abril de 2004 es incorrecta. Los cambios citados son retroactivos al 1 de enero de 2004.

Por lo tanto, los códigos A4644 al A4646 se restablecieron al 1 de enero de 2004 y el código A9525 es nulo para fechas de servicio del 1 de enero de 2004 en adelante.

El 20 de febrero de 2004 CMS publicó el "Change Request" 3128. Este actualizó la base de datos de la Tarifa Fija para Médicos de Medicare como sigue:

## Billing Policies

### EMERGENCY CORRECTION REGARDING CORRECTION TO HCPCS CODES FOR LOW- OSMOLAR CONTRAST MATERIAL

#### Provider Types Affected:

All Medicare hospitals and physicians.

#### Provider Action Needed:

Affected providers should note that this instruction provides additional information regarding coding under the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) for low-osmolar contrast material. It corrects the effective date for the reinstatement of selected HCPCS codes and the change in status of HCPCS code A9525.

#### Background:

On January 23, 2004, Change Request 3053 - Emergency Correction to Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Codes for Low-Osmolar Contrast Material was issued, and it provided the following instructions:

- Reinstatement of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes A4644 through A4646; and
- Change in status of HCPCS code A9525 to "not payable by Medicare."

The effective date for these changes was given as April 1, 2004.

This April 1, 2004 date was incorrect. These changes are to be made retroactive to January 1, 2004.

Thus, codes A4644 through A4646 are reinstated as of January 1, 2004 and code A9525 is invalid for dates of service on or after January 1, 2004.

On February 20, 2004 Change Request 3128 was issued. It updated the Medicare Physician Fee Schedule Database as follows:

## Políticas de Pago

- **Indicador Estatus E** se asignó a los códigos A4644 al A4646; e
- **Indicador Estatus I** se asignó al código A9525.

Estos cambios entraron en vigor el 1 de enero de 2004.

Se restablecieron los códigos HCPCS A4644 al A4646.

### Implementación:

La fecha de implementación de esta directriz es el 24 de mayo de 2004.

### Información Adicional:

Puede encontrar la orden oficial emitida a su contratista con respecto a estos cambios en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

Una vez accede esta dirección, encuentre el número 3187 en la columna de la derecha y abra el archivo con ese número.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su contratista al 1-877-715-1921.

“Change Request” 3053 – Corrección de Emergencia a los Códigos HCPCS para Material de Contraste de Baja Osmolaridad – “Transmittal 45”, con fecha del 23 de enero de 2004, acceda a la página electrónica de “Medlearn Matters” de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3053.pdf>.

Puede también acceder el “Change Request” 3128 – Primera Actualización a la Base de Datos de la Tarifa Fija de Médicos de Medicare – “Transmittal 105” con fecha del 20 de febrero en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R105CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R105CP.pdf).

## Billing Policies

- **Status indicator E** was assigned to codes A4644 through A4646; and
- **Status indicator I** was assigned to code A9525.

*The effective date for these changes was given as January 1, 2004.*

*Codes A4644 thru A4646 have been reinstated in the HCPCS.*

### Implementation:

*The implementation date for this instruction is May 24, 2004.*

### Additional Information:

*The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR3185 in the CR NUM column on the right and click on the file for that CR.*

*If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.*

*Change Request 3053 - Emergency Correction to Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Codes for Low-Osmolar Contrast Material, Transmittal 45, dated January 23, 2004, can be found at the following Centers for Medicare & Medicaid Services Medlearn Matters Website: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3053.pdf>.*

*Also, Change Request 3128 - 1st Update to the 2004 Medicare Physician Fee Schedule Database Transmittal 105, dated February 20, 2004, can be found at the following CMS Website: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R105CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R105CP.pdf).*

CR3187/Pub.100-20 OTN/Transmittal 74/23 de abril de 2004/els

## Políticas de Pago

### CORRECCIONES A LOS CÓDIGOS HCPCS 0040T Y A9603

Los médicos y proveedores deben observar que esta instrucción incluye correcciones a los códigos HCPCS 0040T y A9603.

Esta instrucción señala el 31 de diciembre de 2003 como la fecha final para el código A9603. Dicho código es un duplicado del A9517, el cual es el código correcto que debe facturarse para este servicio.

El código 0040T se clasificó incorrectamente en la base de datos de los códigos HCPCS como un servicio de laboratorio y se le asignó un número de certificación de laboratorio. Se eliminó el número de certificación de laboratorio y la categoría del sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare de manera que las reclamaciones que contengan el código HCPCS 0040T puedan procesarse para pago a partir del 6 de julio de 2004.

#### Lo Que Usted Necesita Hacer

Con relación al código HCPCS 0040T, usted no necesita hacer nada. El error que se mencionó anteriormente se corrigió en el sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare. Sin embargo, cuando facture por radiofármacos terapéuticos para estudios de imagen, cápsulas de I-131, por MCI, utilice el código HCPCS **A9517 y no el A9603**. Para detalles relacionados a estos cambios, puede referirse a las Secciones *Trasfondo e Información Adicional* de este artículo.

#### Trasfondo

En Estados Unidos cada año las aseguradoras del cuidado de la salud procesan para pago más de cinco billones de reclamaciones. Para Medicare y otros programas de salud asegurarse de que estas reclamaciones se procesen de manera ordenada y consecuente son imprescindibles los sistemas de códigos estándar. Con este propósito se desarrolló el sistema HCPCS, el cual se utiliza para identificar servicios.

## Billing Policies

### HCPCS CORRECTIONS INVOLVING 0040T AND A9603

*Physicians and providers should note that this instruction includes Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) corrections involving HCPCS codes 0040T and A9603.*

*This instruction places an end date on HCPCS code A9603 as of December 31, 2003. Also, HCPCS code A9603 is a duplicate of HCPCS code A9517, and HCPCS code A9517 is the correct HCPCS code that must be billed for this service. HCPCS code 0040T was incorrectly categorized in the HCPCS database as a laboratory service and given a lab certification number. The lab certification number and category are being removed from the Medicare claims processing system so claims containing HCPCS code 0040T can be processed for payment, as of July 6, 2004.*

#### What You Need to Do

*In reference to HCPCS code 0040T, there is nothing you need to do. The error mentioned above is being corrected in the Medicare claims processing system. However, when billing for "Radiopharmaceutical Therapeutic Imaging Agent, I-131 Sodium Iodide Capsule, Per MCI," use HCPCS code **A9517** and not **A9603**. Refer to the Background and Additional Information sections of this instruction for further details regarding these changes.*

#### Background

*Each year in the United States, health care insurers process over five billion claims for payment. For Medicare and other health insurance programs to ensure that these claims are processed in an orderly and consistent manner, standardized coding systems are essential. The Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) was developed for this purpose, and it is used for identifying items and services.*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

El HCPCS no es una metodología o un sistema para hacer determinaciones de pago. La existencia de un código por sí solo no determina la cubierta o no cubierta de un servicio. Mientras estos códigos se usan para propósitos de facturación, las decisiones relacionadas a eliminar, añadir o modificar un código HCPCS se llevan a cabo independientemente del proceso de hacer determinaciones de cubierta y pago.

### Fecha de implantación

6 de julio de 2004.

### Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial emitida a su contratista relacionada a este cambio en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

Desde esta página electrónica, observe el CR-3258 en la columna de Número de CR a la derecha y oprima en el archivo de este CR.

Si tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Además, puede encontrar una visión más amplia de los HCPCS en la página electrónica de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/medicare/hcpcs/codpayproc.asp>.

## Billing Policies

*The HCPCS is not a methodology or system for making coverage or payment determinations. The existence of a code does not, of itself, determine coverage or noncoverage for an item or service. While these codes are used for billing purposes, decisions regarding the addition, deletion, or modification of HCPCS codes are made independent of the process for making determinations regarding coverage and payment.*

### Implementation Date

*July 6, 2004.*

### Additional Information

*The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR-3258 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

*If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.*

*In addition, a comprehensive overview of the HCPCS can be found at the following Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Website: <http://www.cms.hhs.gov/medicare/hcpcs/codpayproc.asp>.*

Pub. 100-04/MCP Trans. 174/CR-3258/May 7, 2004/ERO

## Políticas de Pago

### PAGOS DE INCENTIVOS DE MEDICARE PARA CUIDADO MÉDICO EN ÁREAS DE ESCASEZ

Los médicos, incluyendo siquiatras, que ofrecen servicios en áreas de escasez de cuidado médico primario, son elegibles para recibir pagos como incentivo de diez (10) por ciento.

Los siquiatras que ofrecen servicios en un HPSA de salud mental también son elegibles para recibir un pago como incentivo del 10 por ciento. Esta instrucción se relaciona a la cantidad del pago que reciben los siquiatras si ofrecen los servicios en áreas de escasez de salud mental.

Los médicos, incluyendo siquiatras, son elegibles a un incentivo del 10 por ciento si ofrecen servicios en áreas de escasez de cuidado médico primario.

Los siquiatras que cualifican para estos pagos como incentivo son elegibles para someter reclamaciones por servicios ofrecidos en áreas de escasez de salud mental para reclamaciones con fecha de servicio del 1 de julio de 2004 en adelante.

Bajo la ley actual, Medicare le paga un incentivo a los médicos por prestar servicios de cuidado de salud en áreas de escasez. A la luz de las recientes interrogantes de los médicos, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) emitieron instrucciones para aclarar qué tipo de área de escasez geográfica (cuidado médico primario, dental o salud mental) aplica al Programa de Pago de Incentivos de Medicare, el cual provee un pago como incentivo de diez (10) por ciento.

Actualmente, la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), la cual forma parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos, tiene la responsabilidad de designar los diferentes tipos de áreas de escasez, basándose en lo siguiente:

- Áreas de escasez geográficas = lugares que carecen de médicos de cuidado primario, dentistas o siquiatras

## Billing Policies

### MEDICARE INCENTIVE PAYMENTS FOR PHYSICIAN CARE IN UNDERSERVED AREAS

*Physicians, including psychiatrists, should note that if they furnish services in primary medical care Health Professional Shortage Areas (HPSAs), they are eligible to receive ten percent bonus payments.*

*Psychiatrists furnishing services in mental health HPSAs are also eligible to receive ten percent bonus payments. This instruction relates to the amount of payment psychiatrists receive if they provide services in a mental health HPSA.*

*Physicians, including psychiatrists, are eligible to receive ten percent bonus payments if they furnish services in primary medical care HPSAs.*

*Psychiatrists who qualify for these bonus payments are eligible to submit claims for services furnished in mental health HPSAs, effective for claims with dates of service on or after July 1, 2004.*

*Under current law, Medicare pays a bonus to physicians for providing health care services in certain HPSAs. In light of recent physician inquiries, the Centers for Medicare & Medicaid Services has issued instructions to clarify which types of geographic HPSA (primary medical care, dental and mental health) are applicable to the Medicare Bonus Payment program that provides a ten percent bonus payment.*

*Currently, the Health Resources and Services Administration (HRSA), part of the Department of Health and Human Services, is responsible for designating several types of HPSAs, including HPSA designations based on:*

- *Areas with shortages of primary care physicians, dentists or psychiatrists, referred to as geographicbased HPSAs; and*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

- Áreas de escasez poblacional = poblaciones desprovistas de servicios dentro de un área

La ley federal para los pagos de incentivo de Medicare reconoce, basándose en el área geográfica, áreas de escasez de cuidado médico primario y de salud mental como áreas elegibles para recibir pagos como incentivo. Por lo tanto, los médicos, incluyendo siquiatras, que prestan servicio en áreas de escasez de cuidado médico primario son elegibles para recibir pagos como incentivo.

Además, los siquiatras que prestan servicios en áreas de escasez de salud mental son elegibles para recibir pagos como incentivo. Las áreas de escasez para servicios dentales permanecen *inelegibles* para el Programa de Pagos por Incentivo debido a que Medicare no cubre servicios dentales a sus beneficiarios.

Este cambio podría afectar solamente a los siquiatras que prestan servicios en áreas de escasez de salud mental que no coinciden con áreas de escasez de cuidado primario. En otras palabras, estas áreas de escasez de salud mental autónomas son áreas elegibles a partir del 1 de julio de 2004 para que los siquiatras reciban los pagos como incentivo.

Con relación a los servicios siquiátricos en áreas de escasez de salud mental, CMS facilitará trimestralmente a los contratistas de Medicare unas listas de las áreas de escasez de salud mental para que puedan implantar este cambio que tiene vigencia para reclamaciones con fecha de servicio del 1 de julio de 2004 en adelante. Un área de escasez podría ser de salud mental y de salud no mental; solamente aplicaría un diez (10) por ciento del pago como incentivo por servicio.

Además, los médicos y los siquiatras deben conocer que los pagos como incentivo se pagan por servicios ofrecidos en áreas de escasez solamente si esos servicios se ofrecieron en el área de escasez. Por ejemplo, si el médico tiene su oficina en un área de escasez, pero ofrece el servicio en el hogar del paciente, el cual está fuera del área de servicio, no se paga el incentivo.

## Billing Policies

- *Underserved populations within an area, referred to as population-based HPSAs.*

*Federal law for Medicare bonus payments recognizes geographic-based, primary medical care, and mental health HPSAs as eligible areas for receiving bonus payments. Consequently, physicians, including psychiatrists, furnishing services in a primary medical care HPSA, are eligible to receive bonus payments.*

*In addition, psychiatrists furnishing services in mental health HPSAs are eligible to receive bonus payments. Dental HPSAs remain ineligible for the bonus payment program due to the fact that Medicare does not cover dental services for its beneficiaries.*

*This change would only affect psychiatrists furnishing services in mental health HPSAs that do not overlap with primary care HPSAs. In other words, these stand-alone mental health HPSAs are now eligible areas, as of July 1, 2004, for psychiatrists to receive bonus payments.*

*With respect to psychiatrist services in mental health HPSAs, CMS will furnish quarterly lists of mental health HPSAs to Medicare carriers so they can implement this change which is effective for claims with dates of service on or after July 1, 2004. Should an area be both a mental health HPSA and a nonmental health HPSA, only one ten percent bonus payment will apply to a single service.*

*Also, it is important for physicians and psychiatrists to note that the bonus is paid for services in HPSA areas only if those services are actually provided in the HPSA area. For example, if the physician has an office in a HPSA area, but provides the service in the patient's home, which is outside the service area, the bonus is not payable.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

La fecha de implantación para las áreas de escasez de salud mental es el 6 de julio de 2004 y el cambio para estos servicios será vigente para fechas de servicio del 1 de julio de 2004 en adelante. Para servicios ofrecidos en áreas de escasez de cuidado médico primario, esta instrucción es solamente informativa.

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones Medicare, Capítulo 12 (Physicians/Nonphysician Practitioners), Sección 90 (Physicians Practicing in Special Settings), Subsección 90.4 (Billing and Payment in a Health Professional Shortage Areas (HPSAs)) se revisó y se eliminaron secciones. Puede encontrar este Manual en la siguiente dirección electrónica: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp).

Una vez se encuentre en esta página electrónica, seleccione el Capítulo 12 y la versión del archivo que interesa. Para información adicional sobre este asunto, puede acceder a: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R78CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R78CP.pdf).

Pub. 100-04 MCP/Trans. 78/CR-3109/February 6, 2004/ICR

## Billing Policies

*The implementation date is July 6, 2004 for the mental health HPSAs and the change for such services will apply effective for dates of service on or after July 1, 2004. For services provided in primary medical care HPSAs, this instruction is meant for clarification and informational purposes only.*

*The Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12 (Physicians/Nonphysician Practitioners), Section 90 (Physicians Practicing in Special Settings), Subsection 90.4 (Billing and Payment in a Health Professional Shortage Areas (HPSAs)) has been revised, and sections have been deleted. You can find this Manual at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp)*

*Once at that site, scroll down to Chapter 12 and select the version of the file you would like to view. Also, to see the specific instruction issued to your Medicare carrier, visit: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R78CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R78CP.pdf).*

### JURISDICCIÓN DE PAGO PARA EL 2004

#### Tipo de Proveedor Afectado

Suplidores de Equipo Médico Duradero (DME)

#### Acción a Tomar por Parte de los Proveedores

Los suplidores de Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) deberán conocer el contratista de Medicare a donde tienen que facturar los códigos HCPCS provistos en la lista de jurisdicción local. Esta lista de HCPCS para los contratistas regionales de DME y sujetos a jurisdicción local se actualiza anualmente para proveer la información correcta de facturación a los proveedores. Deberán asegurarse de que su equipo de facturación conozca como acceder y utilizar la lista en su proceso de facturación por las reclamaciones de Medicare.

### 2004 PAYMENT JURISDICTION

#### Provider Types Affected

*Durable Medical Equipment (DME) Suppliers*

#### Provider Action Needed

*DME Suppliers should be aware of which Medicare contractor to bill for codes provided on the jurisdiction list of the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS). This HCPCS list for DME Regional Carrier (DMERC) and local carrier jurisdictions is updated on annual basis to provide accurate billing information to providers.*

*Ensure that your billing staffs know how to find the list and use the list in their billing processes for Medicare claims.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Trasfondo

Los códigos HCPCS se actualizan anualmente para reflejar los cambios en la práctica médica y los servicios de cuidado de salud. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid proveen un archivo que contiene las actualizaciones de los códigos HCPCS a los contratistas de Medicare, DMERCs e intermediarios y a las agencias estatales de Medicaid 60 a 90 días antes de la implementación de los cambios anuales.

Esta lista contiene una actualización de los códigos HCPCS para DMERC y la jurisdicción local de los contratistas de la Parte B; la misma se actualiza anualmente para reflejar los códigos añadidos o eliminados durante cada año. CMS publica anualmente una notificación recurrente para notificar a los DMERCs y a los contratistas de Parte B que la lista se actualizó y que está disponible en el website de CMS.

Tanto los DMERCs como los contratistas con jurisdicción local publican la lista actualizada para educar al proveedor sobre a cual contratista facturar los códigos provistos en la misma.

### Información Adicional

Las actualizaciones están disponibles en una hoja de excel en el Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/dmepos>

La instrucción actual emitida para los DMERCs se encuentra en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R127CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R127CP.pdf)

La fecha de implementación es el 26 de mayo de 2004.

## Billing Policies

### Background

*The HCPCS is updated annually to reflect changes in medical practice and the provision of health care.*

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) provides a file containing updated HCPCS codes to Medicare carriers, DMERCs, and intermediaries and to Medicaid State Agencies 60 to 90 days before the implementation of the annual update.*

*A spreadsheet containing an updated list of the HCPCS for DMERC and Part B local carrier jurisdictions is updated annually to reflect codes that have been added or discontinued (deleted) during each year. CMS publishes a recurring update notification annually to notify the DMERCs and Part B carriers that the list has been updated and is available on the CMS Web site.*

*Both the DMERCs and the local carriers publish this list to educate providers as to which contractor - the DMERC or local Part B carrier - to bill for codes provided on that list.*

### Additional Information

*Updates are available on an Excel spreadsheet on the CMS Web site at: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/dmepos>*

*The actual instruction issued to the DMERCs may be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R127CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R127CP.pdf)*

MM3139/CR3161/Transmittal 127/March 26, 2004/ERO

## Medicamentos

### ACTUALIZACIÓN A LOS PRECIOS DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONES

El "Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA), (Section 303(b)(2)", creó un proceso para aumentar los límites de pago por Medicare Parte B para algunos medicamentos que sean provistos a partir del 1 de abril de 2004 hasta 31 de diciembre de 2004.

Esta instrucción identifica el aumento otorgado a aquellos medicamentos bajo este proceso y su nueva tarifa de pago.

#### Transfondo

El "Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA), (Section 303(b)(2)", le provee una oportunidad a los fabricantes de medicamentos para someter información solicitando un por ciento diferente al por ciento que CMS publicó en el "Federal Register" del 7 de enero de 2004 o la regla general del 85 por ciento.

A base de la información sometida por los fabricantes de medicamentos, comenzando el 1 de abril de 2004, CMS ajustará los por cientos para los cuales concedió las excepciones.

Estas excepciones están descritas en la siguiente tabla:

HCPCS	DESCRIPCIÓN DESCRIPTION	AWP%	Nuevo límite de pago para el 2004 New 2004 Payment Limit
J2353	Octreotide acetate injection	92	\$77.14
J3240	Thyrotropin injection	90	\$585.65
J3395	Verteporfin injection	91	\$1,404.26
J7320	Hylan G-F injection	83	\$204.03
J7342	Metabolically active tissue	89	\$14.42
J9045	Carboplatin injection	88	\$137.54
J9201	Gemcitabine HCl 87	87	\$111.33
J9206	Irinotecan injection	85	\$130.24
Q3025	IM inj interferon beta 1-a	89	\$80.22

## Drugs

### MMA DRUG PRICING UPDATE DRUG EXCEPTIONS

*Physicians and suppliers should note that the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA), (Section 303(b)(2)), created a process for increasing the 2004 payment limits for some Medicare Part B drugs and biologicals provided from April 1, 2004 through December 31, 2004.*

*This instruction identifies those drugs and biologicals granted increases under this process and their new payment amounts.*

#### Background

*The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA), (Section 303(b)(2)), provides an opportunity for the manufacturer of a drug to submit data and information requesting a different percentage than the percentage the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) published in the Federal Register notice on January 7, 2004, or the 85 percent general rule.*

*Based on this data and information provided by the drug manufacturer, CMS may adjust the percentage beginning April 1, 2004, as appropriate for such granted exceptions.*

*These exceptions are described in the following table:*

Cont. on next page

## Medicamentos

La ausencia o presencia de un código HCPCS y su límite de pago asociado en estos archivos no representa una determinación de cubierta o no-cubierta de pago por parte de Medicare.

### Implementación

La fecha de implementación de estas instrucciones es el 5 de abril de 2004.

### Instrucciones Relacionadas

Las instrucciones oficiales emitidas relacionadas a este cambio puede encontrarlas en la página electrónica deCMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).

## Drugs

*Note that the absence or presence of a HCPCS code and its associated payment limit does not indicate Medicare coverage of the drug.*

### Implementation

*The implementation date for this instruction is April 5, 2004.*

### Related Instructions

*The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to the CMS Website: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp).*

CR 3161/March 15, 2004/ERO

## Oncología

### **PAGO POR SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA, SERVICIOS DE INFUSIÓN DE MEDICAMENTOS DE NO-QUIMIOTERAPIA Y SERVICIOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES**

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) conforme a la Sección 330 del "Medicare Modernization Act" (MMA, por sus siglas en inglés) de 2003 revisó algunas de las políticas de pago para los servicios de quimioterapia. Los cambios son los siguientes:

- Para servicios prestados del 1 de enero de 2004 en adelante, CMS permitirá que el código 96408 se informe más de una vez por día por cada medicamento que se suministre.
- Añadió la unidad de valor relativo del trabajo por .17 a los siguientes servicios de administración de medicamentos: códigos CPT 90780-90781, 90782-90788, 96400, 96408-96425, 96520 y 96530.
- Para servicios ofrecidos del 1 de enero de 2004 en adelante, el código CPT 99211, con o sin modificador 25, no se podrá facturar el mismo día que se facture un código de administración de medicamento que tenga una unidad de valor relativo. CMS continuará permitiendo que se facturen otras visitas médicas el mismo día que se dé el servicio de administrar medicamento con modificador 25 indicando que se proveyó por separado un servicio de administración y evaluación identificable.

## Oncology

### **PAYMENT FOR CHEMOTHERAPY ADMINISTRATION SERVICES, NON-CHEMOTHERAPY DRUG INFUSIÓN SERVICES AND DRUG INJECTION SERVICES**

*The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) pursuant to Section 303 of the Medicare Modernization Act (MMA) of 2003 revised some of the Medicare physician payment policies for chemotherapy services. The following is a summary of these changes:*

- *For services furnished on January 1, 2004 and thereafter, CMS will allow code 96408 to be reported more than once per day for each drug administered.*
- *Added the physician work relative value units of .17 to the following drug administration services: CPT codes 90780-90781, 90782-90788, 96400, 96408-96425, 96520 and 96530.*
- *For services provided on January 1, 2004 and thereafter, CPT code 99211, with or without modifier 25, cannot be billed on the same day as a drug administration code that has a work relative value unit. CMS will continue to allow other office visits to be billed on the same day as a drug administration service with modifier 25 indicating that a separately identifiable evaluation and management service was provided.*

CR3192/Pub.100-04 Transmittal #147/24 de abril de 2004/els



## Centro de Enfermería Especializada

### NUEVOS ÉDITOS

Para reclamaciones con fecha de servicio del 1 de julio de 2004 en adelante, sólo se permitirá los siguientes códigos para pagarse por separado para beneficiarios en un centro de enfermería especializada de la Parte A cuando el proveedor tenga una especialidad que no sea 65 (terapista físico con práctica privada) ó 67 (terapista ocupacional con práctica privada).

Usted puede acceder la página de internet de CMS para la explicación de esta política en: [www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp).

## Skilled Nursing Facility

### NEW EDITS

*Effective for claims with dates of service on or after July 1, 2004, only the following codes will be paid separately for beneficiaries in a Part A SNF stay when provided by a provider specialty other than 65 (physical therapist in private practice) or 67 (occupational therapist in private practice).*

*You can review the explanation of this policy on the CMS website at: [www.cms.hhs.gov/medlearn.snfcode.asp](http://www.cms.hhs.gov/medlearn.snfcode.asp).*

29065	29075	29085	29086	29105
29125	29126	29130	29131	29200
29220	29240	29260	29280	29345
29365	29405	29445	29505	29515
29520	29540	29550	29580	29590
64550				

CR 2944/Trans. 90/February 6, 2004/ICR

## Proceso Apelativo

### IMPLANTACIÓN DE LA NUEVA NOTIFICACIÓN DE REDETERMINACIÓN

#### Impacto para Usted

El primer nivel apelativo cambia de nombre. Comenzando en octubre, el primer nivel apelativo se conocerá como “Redeterminaciones.” Usted y sus pacientes recibirán una carta formal con nuestra decisión, Notificación de Redeterminación, para toda decisión efectuada a partir del 1 de octubre de 2004.

#### Lo Que Usted Necesita Saber

Como resultado del “Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA)”, los contratistas a cargo de estas redeterminaciones deben tomar una decisión dentro de 60 días y notificar a los proveedores y beneficiarios (a menos que la decisión sea pagar la reclamación). La Notificación de Redeterminación describe el proceso de Redeterminación, explica los resultados de su apelación y provee información acerca de cómo apelar la decisión de Medicare.

#### Lo Que Usted Debe Hacer

El nuevo proceso de apelación provee información más concisa y precisa y ha sido bien recibido por proveedores y beneficiarios a nivel de prueba. Asegúrese de entender bien como estos nuevos procedimientos afectan sus derechos apelativos.

#### Trasfondo

El proceso de Medicare para apelar una reclamación fue enmendado por la Ley de Mejoramiento y Protección de Beneficios de 2000 (BIPA, Sección 521). La Sección 1869 (a)(3)(C)(ii) del “Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA)” requiere que los contratistas envíen por correo una notificación por escrito de la decisión de la redeterminación. Estos requisitos aseguran que los proveedores y

## Appeals Process

### MMA-IMPLEMENTATION OF NEW MEDICARE REDETERMINATION NOTICE

#### Impact to You

*The first level of appeal for fee-for-service has a new name. Starting in October, first level appeals will be called “Redeterminations.” You and your patients will receive a formal decision notification letter—the Medicare Redetermination Notice (MRN)—for any decision made on a request for redetermination made as of October 1, 2004.*

#### What You Need to Know

*Contractors who judge these redetermination appeals must make their decisions within 60 days as a result of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) and must then notify the providers and beneficiaries involved via the Medicare Redetermination Notice (MRN) (unless the decision is to pay the claim). The MRN describes the redetermination process, explains the results of the Medicare appeal, and provides information about how to file an appeal regarding Medicare’s decision.*

#### What You Need to Do

*The newly initiated Redetermination Appeals Process provides information in a more concise and understandable manner and has been well received by Medicare beneficiaries and providers in consumer testing. Be sure to understand how these new procedures affect your appeal rights.*

#### Background

*The Medicare claims appeal process was amended by the Medicare, Medicaid and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000 (BIPA, section 521). Section 1869 (a)(3)(C)(ii) required contractors to mail a written notification of the redetermination decision to*

Cont. on next page

## Proceso Apelativo

beneficiarios reciban información completa, correcta y precisa sobre las decisiones de sus redeterminaciones, al igual que información explicando el proceso para cualquier apelación. CMS ha provisto una carta modelo de la Notificación de Redeterminación que servirá como guía para los contratistas de Medicare. El MMA 2003 requiere que el 100% de las redeterminaciones se completen dentro de 60 días desde que se recibe la petición [Sección 940(a)(1)].

### Información Adicional:

La Notificación de Redeterminación debe estar escrita en un lenguaje claro y preciso para los beneficiarios y debe estar impresa en papel blanco con tinta negra. Además, la misma debe incluir unos elementos específicos tales como las secciones que se mencionan a continuación:

- Una *sección de Introducción*
- *Resumen* sobre la decisión de apelación
- Un *Resumen de los Hechos* que incluye información específica de la apelación y un trasfondo.
- La *Decisión* donde se indica si la reclamación está cubierta por Medicare o si el beneficiario es responsable del pago.
- La *Explicación de la Decisión* detallando las razones específicas y lógicas que llevaron a la redeterminación. Esta sección debe incluir la evidencia clínica y/o científica que se utilizó para tomar la decisión.
- Una *sección Quién es Responsable de la Cuenta*
- *Qué Debe Incluir en su Petición para una Apelación Independiente* donde se explica que política fue utilizada para tomar la decisión y detalla la documentación requerida para poder apelar ante el Nivel de Apelación Independiente. También se

## Appeals Process

*the parties of an appeal. This section was then amended by MMA [Sections 1869 (a)(5) and 1869 (a)(4)(B)] to include specific requirements for the notices themselves. The requirements ensure that claim appellants receive complete, accurate, and understandable information about their redetermination decisions, as well as information explaining the process of further appeals.*

*CMS has provided a model cover letter and a Medicare Redetermination Notice to serve as guidelines for Medicare carriers and intermediaries who make the redeterminations. The MMA also ensures that redetermination decisions are made in a timely manner by requiring that 100% of redeterminations must be completed and mailed within 60 days of the receipt of the request. [Section 940(a)(1)]*

### Additional Information

*The MRN must be written in language that is clear and understandable to the beneficiary and must be printed legibly on white paper using black ink. The MRN must include specific required elements such as the sections outlined below:*

- *An Introductory section.*
- *A Summary Statement about the appeal decision.*
- *A Summary of the Facts section including information specific to the appeal and background information.*
- *A Decision section stating whether the claim is covered by Medicare and whether the beneficiary is responsible for payment.*
- *An Explanation of the Decision section outlining the logic and specific reasons that led to the redetermination. This must include relevant clinical or scientific evidence used in making the redetermination.*
- *A Who is Responsible for the Bill section*
- *A What to Include in Your Request for Independent Appeal section to explain what policy was used to make the decision*

Cont. on next page

## Proceso Apelativo

debe mencionar que si la documentación necesaria no es sometida en el próximo nivel apelativo, no podrá presentarse en siguientes apelaciones a menos que no exista justa causa para incluir dicha documentación.

- Una sección sobre *Información Adicional Relevante* para presentar información adicional
- Una sección *Información Importante sobre su Derecho Apelativo* donde se incluye información sobre el próximo nivel apelativo.

La instrucción oficial que incluye una copia del modelo MRN emitida a su contratista en relación a este cambio, puede conseguirla en la siguiente dirección electrónica :[http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R97CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R97CP.pdf).

Pub. 100-04 MCP/Trans. 97/CR-2620/Feb. 6, 2004/ER

## Appeals Process

*and identify specific documentation required to appeal at the Independent Appeal Level. It must also state that if this documentation is not introduced at the next level, it may not be introduced in subsequent appeals unless there is good cause that precluded inclusion of such evidence before.*

- *An Additional Relevant Information section to present any additional relevant information, not to include any sensitive medical information.*
- *A section on Important Information About Your Appeal Rights including contact information and an explanation of the next level of the appeal process.*

*The official instruction, including a copy of a model MRN, issued to your carrier regarding this change may be found by going to:[http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R97CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R97CP.pdf).*

## Ambulancia

### IMPLANTACIÓN DE LA SECCIÓN 414 DEL MMA DE 2003

El “MMA” (Medicare Prescription Drug, Improvements, and Modernization Act) provee varios cambios al pago por servicios de ambulancia terrestre bajo la Sección 414 del Acta. Esta sección establece una cantidad base para una parte del pago de la tarifa fija, provee aumento en los pagos para servicios urbanos y rurales, añade un pago aumentado para transportación de ambulancia en algunas áreas poblacionales de baja densidad y provee un bono de 25% en el millaje para transportación terrestre de 51 millas o más. Estos cambios de pagos aplican solamente para transportación terrestre; para los servicios de ambulancia aérea la tarifa base y el millaje permanecen igual.

A continuación más detalles sobre estos cambios:

#### **Tarifa de Pago de Ambulancia Regional para Transportación en Ambulancia Terrestre:**

Para discutir estos cambios, comenzamos con la disposición en relación a la tarifa fija de pago de ambulancia regional para servicios de transportación terrestre.

Para servicios ofrecidos entre el 1 de julio de 2004 y el 31 de diciembre de 2009 la parte de la tarifa del pago bajo el “fee schedule” de ambulancia para transportación terrestre está sujeta a la cantidad mínima. Esta cantidad mínima depende del área del pueblo en el cual se ofreció el servicio. Fundamentalmente, el pueblo se divide en nueve (9) censos y cada una de estas divisiones tiene una tarifa fija regional construida utilizando la misma metodología que la tarifa fija nacional.

Si la tarifa fija regional es mayor que la tarifa fija nacional, las tarifas para la transportación de ambulancia terrestre se determinan combinando la tarifa fija nacional con la tarifa fija regional de acuerdo al siguiente itinerario:

## Ambulance

### IMPLEMENTATION OF SECTION 414 OF THE MMA OF 2003

*The MMA provides several changes to the payment for ground ambulance services under Section 414 of the Act. Specifically, this section establishes a floor amount for the fee schedule portion of the payment, provides increased payments for urban and rural services, adds an increased payment for ambulance transports originating in certain low density population areas, and provides a 25 percent bonus on the mileage rate for ground transports of 51 miles or greater. These payment changes apply to ground transports only and the air ambulance base rates and mileage rates remain unchanged.*

*More details on these changes are as follows:*

#### **Regional Ambulance FS Payment Rate Floor for Ground Ambulance Transports**

*To discuss these changes further, we begin with the provision regarding the regional ambulance fee Schedule (FS) payment rate floor for ground transport services.*

*For services furnished during the period of July 1, 2004, through December 31, 2009, the base rate portion of the payment under the ambulance FS for ground transports is subject to a minimum amount. This minimum depends upon the area of the country in which the service is furnished. Basically, the country is divided into 9 census divisions and each of those divisions has a regional FS that is constructed using the same methodology as the national FS.*

*Where the regional FS is greater than the national FS, the base rates for ground ambulance transports are determined by a blend of the national FS rate and the regional rate in accordance with the following schedule:*

Cont. on next page

# Ambulancia

# Ambulance

Año Year	Porcentaje Tarifa Fija Nacional National FS Percentage	Porcentaje Tarifa Fija Regional Regional FS Percentage
7/1/04-12/31/04	20%	80%
CY 2005	40%	60%
CY 2006	60%	40%
CY 2007-CY 2009	80%	20%
CY 2010 – en adelante	100%	0%

Cuando la tarifa regional no es mayor que la nacional, no hay combinación y solamente aplica la cantidad de la tarifa fija nacional.

### Ajuste a la Cantidad del Pago de Millaje Terrestre para más de 50 Millas

Para servicios ofrecidos del 1 de julio de 2004 al 31 de diciembre de 2008 se aplicará un 25% de aumento a la tarifa fija de ambulancia por cada milla de transportación (urbana y rural que excedan 50 millas (Ej. 51 millas o más) cuando el beneficiario está a bordo de la ambulancia.

### Ajuste a las Tarifas de Pago (FS) para Transportación en Ambulancia Terrestre Rural

Para servicios ofrecidos durante el período del 1 de julio de 2004 al 31 de diciembre de 2009 la tarifa de pago bajo “FS” para transportación en ambulancia terrestre ofrecida en ciertas áreas rurales aumentó por una cantidad determinada por CMS. Este aumento aplica cuando el punto de recogida es en un municipio rural comprendido por el cuartilo más bajo de la población de algunas áreas rurales ordenadas por densidad poblacional.

### Ajuste a las Tarifas de Pago (FS) para Transportación en Ambulancia Terrestre

Las tarifas de pago bajo el FS para transportación en ambulancia terrestre (ambas tarifas base del FS) y la cantidad de millas aumentó para los servicios ofrecidos durante el período del 1 de julio de 2004 al 31 de diciembre de 2006. Para servicios ofrecidos donde el punto de recogida es zona urbana, las tarifas aumentaron 1 por ciento y para los servicios ofrecidos donde el punto de recogida es rural, las tarifas aumentaron 2 por ciento.

Estos cambios se efectuarán en diferentes fechas, pero todos aplican comenzando con los servicios ofrecidos el 1 de julio de 2004.

Pub. 100-04 MCP/CR-3099/Feb. 6, 2004/ICR

*Where the regional rate is not greater than the national rate, there is no blending and only the national FS amount applies.*

### **Adjustment to the Ground Mileage Payment Amount for Miles Greater than 50**

*For services furnished during the period July 1, 2004 through December 31, 2008, a 25 percent increase is applied to the appropriate ambulance FS mileage rate for each mile of a transport (both urban and rural points of pickup (POP) that exceeds 50 miles (i.e., 51 miles or greater) when the beneficiary is onboard the ambulance.*

### **Adjustments for FS Payment Rate for Certain Rural Ground Ambulance Transports**

*For services furnished during the period July 1, 2004 through December 31, 2009, the base rate of the payment under the FS for ground ambulance transports furnished in certain rural areas is increased by an amount determined by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). This increase applies where the POP is in a rural county that is comprised by the lowest quartile by population of all such rural areas arrayed by population density.*

### **Adjustments for FS Payment Rates for Ground Ambulance Transports**

*The payment rates under the FS for ground ambulance transports (both the FS base rates and the mileage amounts) are increased for services furnished during the period of July 1, 2004, through December 31, 2006. For services furnished where the POP is urban, the rates are increased by 1 percent and for services furnished where the POP is rural, the rates are increased by 2 percent.*

*These changes will sunset on different dates but all apply beginning with services furnished on July 1, 2004*

## Laboratorio

### FACTURACIÓN PARA PRUEBAS REFERIDAS POR LABORATORIOS

#### Definiciones:

1. Medicare define una prueba referida de laboratorio clínico como un servicio realizado por un laboratorio a petición de otro laboratorio.
2. Laboratorio de referencia se define como el laboratorio que refiere una muestra para prueba a otro laboratorio.
3. Laboratorio de referencia se define como el laboratorio que recibe una muestra de otro laboratorio y que realiza una o más pruebas de esa muestra.

Las siguientes instrucciones aclaran el modo en que usted debe facturar por servicios de laboratorios clínicos referidos en reclamaciones en papel y en reclamaciones electrónicas.

#### Reclamaciones en papel:

Los proveedores que someten reclamaciones en papel (Formulario CMS 1500) no deben combinar en el mismo formulario CMS 1500 los servicios que ellos mismos realizaron y aquellos que refirieron a otro laboratorio. Si el laboratorio que factura realiza algunas pruebas y refiere el resto de las pruebas a otro laboratorio, la facilidad (instalación de salud) debe separar la reclamación y someter dos reclamaciones por separado. En cada reclamación el número de CLIA del laboratorio que realiza la prueba debe informarse en el encasillado 23 del formulario CMS 1500. En el encasillado 24 usted debe identificar la prueba referida con el modificador 90. El servicio tiene que identificarse con el modificador 90. Las reclamaciones de laboratorios de referencia se permiten solamente para laboratorios clínicos facturando independientemente, especialidad 69. El nombre y la dirección del laboratorio que realiza las pruebas debe anotarse en el encasillado 32 del formulario CMS 1500 indicando donde se llevó a cabo el servicio (la prueba).

Las reclamaciones sometidas en papel se devolverán como no procesables si los facturadores combinan en el mismo formulario CMS 1500 servicios de laboratorio clínico realizados por ellos mismos con cualquier referido a otro laboratorio.

## Laboratory

### LABORATORIES BILLING FOR REFERRED TEST

#### Definitions:

1. Medicare defines a referred clinical diagnostic laboratory service/test as a service performed by one laboratory at the request of another laboratory.
2. Referring laboratory is defined as the laboratory that refers a specimen to another laboratory for testing.
3. Reference laboratory is defined as the laboratory that receives a specimen from another laboratory and that performs one or more tests on such specimen.

*The following instructions clarify the way you should bill for referred clinical diagnostic laboratory services on paper and electronic claims.*

#### Paper claims:

*Suppliers that submit claims in the paper format (CMS 1500 claim form) may not combine services that they performed themselves and any that they referred to another laboratory on the same CMS 1500 claim form. If a billing laboratory performs some testing and refers the remaining tests to another laboratory to perform, the facility must split the claim and submit two separate claims. On each claim, the CLIA number of the laboratory that is actually performing the testing must be reported in item 23 on the CMS 1500 form. In item 24 you should identify the referred test with modifier 90. The service have to be identify with modifier "90". Referral laboratory claims are permitted only for independently billing clinical laboratories specialty 69. The performing laboratory's name and address must be reported in item 32 on the CMS-1500 form to show where the service (test) was actually performed.*

*Paper claims will be returned as unprocessable if billing providers combine clinical laboratory services performed themselves and any referred to another laboratory on the same CMS 1500 form.*

Cont. on next page

## Laboratorio

### Reclamaciones en Formato Electrónico:

Los proveedores que someten reclamaciones en formato electrónico ANSI pueden combinar en la misma reclamación electrónica los servicios que ellos mismos realizaron y aquellos que refirieron a otro laboratorio. Los números CLIA para el laboratorio que factura y para el laboratorio que refiere deben estar en la misma reclamación. El servicio referido tiene que identificarse con el modificador 90.

Para una reclamación en formato electrónico ANSI, el número de CLIA del laboratorio que realiza la prueba debe anotarse en el formato X12 837 (versión HIPAA) loop 2300, REF02. REF01 = F4. Una reclamación electrónica para pruebas de laboratorio requiere el nombre y la dirección del laboratorio que realiza y del laboratorio que la factura. El encasillado con el modificador CPT 90 requiere información del proveedor en el formato X12N 837 en Loop 2400, REF02. REF01=4.

Los proveedores que sometan reclamaciones en formato electrónico NSF no pueden combinar en el mismo formato NSF servicios que ellos mismos hayan realizado ni cualquiera que hayan referido a otro laboratorio. En una reclamación NSF el número de CLIA del laboratorio de referencia debe anotarse en FAO-34.0 y la dirección debe anotarse en los siguientes campos de NSF.

En una reclamación separada el laboratorio podrá indicar la prueba referida del laboratorio con el modificador 90 y podrán someter los siguientes campos de NSF: FAO-34.0 (CLIA de un laboratorio de referencia).

EA0 – Campo 39/Instalación de salud/Nombre del laboratorio

EA1 – Campo 06/Instalación de salud/Dirección 1 del laboratorio

EA1 – Campo 07/Instalación de salud/Dirección 2 del laboratorio

EA1 – Campo 08/Instalación de salud/Pueblo del laboratorio

EA1 – Campo 09/Instalación de salud/País del laboratorio

EA1 – Campo 10/Instalación de salud/Código postal del laboratorio

**Nota:** El número CLIA del laboratorio de referencia y el modificador 90 identificando los servicios referidos es importante para procesar estas reclamaciones.

## Laboratory

### Electronic Media Claims:

*Suppliers that submit claims in the electronic format (ANSI) can combine services that they performed themselves and any that they referred to another laboratory on the same electronic claim. CLIA numbers for both the billing and reference laboratory must be on the same claim. The referred service have to be identified with modifier "90".*

*For an ANSI electronic claim the CLIA number of the laboratory performing the test should be entered on "X12 837 (HIPAA version) loop 2300, REF02. REF01 = F4. An electronic claim for laboratory test requires the presence of the performing and billing laboratory's name and address. The line item with CPT 90 modifier requires provider information on X12N 837 in Loop 2400, REF 02. REF01 = F4.*

*Suppliers that submit claims in an electronic format (NSF) may not combine services that they performed themselves and any that they referred to another laboratory on the same NSF form. In the NSF claim the CLIA number for the laboratory performing the test should be entered on FAO – 34.0 and reference laboratory address should be submitted on the following NSF records and fields:*

*In a separate claim the laboratory should indicate the referral laboratory test with modifier 90 and should be submitted the following NSF records and fields; FAO-34.0 (CLIA from reference lab).*

*EA0 Field 39 Facility/Lab Name*

*EA1 Field 06 Facility/Lab ADDR1*

*EA1 Field 07 Facility/Lab ADDR2*

*EA1 Field 08 Facility/Lab City*

*EA1 Field 09 Facility/Lab State*

*EA1 Field 10 Facility/Lab Zip Code*

**Note:** *CLIA number from the reference laboratory and modifier "90" identifying referred services are important to process these claims.*

Pub. 100-04 MCP/Trans. 85/CR-3090/Feb. 6, 2004/ICR



## Laboratorio

### NUEVAS PRUEBAS AL CERTIFICADO DE DISPENSA

La Administración Federal de Drogas y Alimentos aprobó las siguientes pruebas como pruebas de dispensa bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA). Para que dichas pruebas se reconozcan como pruebas de dispensa, los códigos de procedimientos (Current Procedural Terminology, CPT) para las mismas deberán venir acompañados del modificador QW. Estas pruebas tendrán vigencia al 1 de julio de 2004.

## Laboratory

### NEW TESTS TO THE WAIVED CERTIFICATE

*The following are the latest tests approved by the Food and Drug Administration as waived tests under the Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA). To be recognized as a waived test, the Current Procedural Terminology (CPT) codes for these new tests must have modifier QW. These tests will be effective on July 1, 2004.*

<b>CODIGO CODE</b>	<b>DESCRIPCIÓN DESCRIPTION</b>	<b>FECHA DE EFECTIVIDAD EFFECTIVE DATE</b>
87880-QW	Germaine Laboratories StrepAim Rapid Dipstick Test	10/21/2002
85610-QW	HemoSense INRatio System	12/3/2002
81003-QW	Biosys Laboratories Optima Urine Analyzer	11/25/2003
81003-QW	Roche Diagnostics Urisys 1100 Urine Analyzer	12/17/2003
80101-QW	Advantage Diagnostic Corporation ADC Multiple Drug Test Card	2/24/2004

CR 3254/Transmittal 172/May 7, 2004/ERO

## Proceso de Transferencia de Reclamaciones

### CONSOLIDACIÓN DEL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE RECLAMACIONES: IMPLANTACIÓN DE PEQUEÑA ESCALA INICIAL

**A todos los médicos, proveedores y suplidores del Programa Medicare:**

Recientemente los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) presentaron a los contratistas de Medicare, incluyendo contratistas de equipo médico duradero (DMERCs, por sus siglas en inglés) e intermediarios fiscales, los requisitos para las actividades del proceso rediseñado de coordinación de beneficios.

En el CR-3218 CMS le informa a los contratistas, intermediarios fiscales y DMERCs que la implantación del programa se modificará y que algunos requisitos cambiarán. Los proveedores necesitan conocer como estos cambios que se describen a continuación podrían afectarlos.

El mensaje clave es que el impacto de este cambio en los proveedores se retrasará del 6 de julio de 2004 hasta nuevo aviso.

CMS está comenzando el proceso de consolidación de transferencia de reclamaciones con una implantación a menor escala el 6 de julio de 2004. A través de esta instrucción, CMS notifica las partes del "transmittal R-98" (CR-3109) que:

- Aplican todavía;
- Cuales requisitos cambiaron; y
- Cuales requisitos se moverán a los cambios en sistema (release) del 4 de octubre de 2004 o algún otro en fecha futura.

Los detalles relacionados a los requisitos que cambiaron y que se trasladarían a la actualización del sistema del 4 de octubre de 2004 o actualizaciones futuras aparecen en el CR-3218, el cual puede encontrar en la dirección electrónica de CMS: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R138CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R138CP.pdf).

## Claims Crossover Process

### THE CONSOLIDATION OF THE CLAIMS CROSSOVER PROCESS: SMALLER-SCALE INITIAL IMPLEMENTATION

**All Medicare physicians, providers, and suppliers.**

*In recent instructions to Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Carriers (DMERCs) and Fiscal Intermediaries (FIs), the Centers for Medicare & Medicaid Services presented the requirements for a redesigned process for coordination of benefits activities.*

*In CR-3218, CMS is advising the carriers, FIs, and DMERCs that the implementation schedule is being altered and some requirements have changed. Providers need to be aware of how these changes, as described below, may affect them.*

*The key message is that the impact of this change on providers is delayed from July 6 until further notice.*

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is starting the consolidation of the claims crossover process by beginning with a smaller-scale implementation on July 6, 2004. Through this instruction, CMS announces which portions of Transmittal R-98 (Change Request (CR) 3109) are:*

- *Still applicable;*
- *Which requirements have changed; and*
- *Which requirements are being moved to the October 4, 2004, systems release or to another future release.*

*Details regarding the requirements that have changed, and which are being moved to the October 4, 2004 systems release or to another future release, are listed in CR3218, which can be found at the CMS Web site address: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R138CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R138CP.pdf).*

Cont. on next page

## Proceso de Transferencia de Reclamaciones

Un cambio clave es que el proceso completo no se implantará el 6 de julio de 2004.

En su lugar se llevará a cabo un plan piloto desde el 6 de julio de 2004 hasta el 1 de octubre de 2004, cuando aproximadamente ocho (8) socios de negocio de la coordinación de beneficios participarán en la fase de prueba en un ambiente paralelo de transferencia de producción.

Durante el período paralelo de producción los ocho (8) socios de negocio continuarán recibiendo transferencia de reclamaciones de los contratistas de Medicare y también recibirán transferencia de reclamaciones como parte del proceso de coordinación de beneficios.

A la luz de la decisión de CMS de implantar el proyecto de consolidación del proceso de transferencia de reclamaciones en una escala menor dentro de un ambiente paralelo, los contratistas de Medicare, los intermediarios fiscales y los contratistas de equipo médico duradero continuarán su proceso actual para imprimir los mensajes del MSN (Medicare Summary Notice) y del ERA (Electronic Remittance Advice) desde el 6 de julio de 2004 hasta el 1 de octubre de 2004.

Los contratistas de Medicare continuarán cobrando por las transferencias de reclamaciones Medicare realizadas a sus socios de negocio. Durante el período de producción paralela, los contratistas de Coordinación de Beneficios (COBA, por sus siglas en inglés) **no** le cobrarán a los socios de negocio que participen en las pruebas de COBA por las reclamaciones transferidas a ellos.

El proceso de transferencia de elegibilidad comenzará a implantarse en mayor escala el 4 de octubre de 2004. También el 4 de octubre de 2004 los ocho (8) socios de negocio que participaron en la fase de prueba pasarán a producción y comenzarán a cobrar las reclamaciones que el COBA transfiera.

El proceso de COBA de CMS se aplazará hasta una actualización futura del sistema.

## Claims Crossover Process

*A key change is that the entire process will not be implemented on July 6, 2004.*

*Instead, a pilot test will be conducted from July 6, 2004 through October 1, 2004, when approximately eight Coordination of Benefits Agreement (COBA) trading partners will participate as beta-testers in a parallel production crossover environment.*

*During the parallel production period, the eight COBA trading partners will continue to receive crossover claims from Medicare contractors and will also receive crossover claims as part of the COBA process.*

*In light of CMS' decision to implement the COBA crossover consolidation project on a smaller scale within a parallel environment, Medicare carriers/FIs/DMERCs will continue to follow their current processes for the printing of Medicare Summary Notice (MSN) and Electronic Remittance Advice (ERA) crossover messages throughout the period from July 6, 2004 to October 1, 2004.*

*Medicare contractors will also continue to charge all trading partners to whom they cross Medicare claims. During the parallel production period, CMS' Medicare Coordination of Benefits Contractor (COBC) will **not** be charging the trading partners that participate in the COBA beta-site testing for claims that it crosses to them.*

*The eligibility-based crossover process will begin to be implemented on a larger scale on October 4, 2004. Also on October 4, 2004, the initial eight COBA beta-site testers will be converted to full production and will begin to be charged for claims that the COBC crosses over to them.*

*CMS' claim-based COBA crossover process is being delayed until a future systems release.*

Cont. on next page

## Proceso de Transferencia de Reclamaciones

Anteriormente este proceso tendría un gran impacto en los proveedores a octubre de 2004, lo que no ocurrirá como se había planificado.

### Implantación

La fecha de implantación es el 6 de julio de 2004. Esto significa que solamente aquellos que participaron en la fase piloto se afectarán en esta fecha. Los demás socios de negocio no se afectarán hasta el 1 de octubre de 2004. Se emitirán instrucciones adicionales como fechas nuevas de implantación para la transición de la fase piloto a la implantación completa.

### Información Adicional

La instrucción oficial emitida a su contratista de Medicare en relación a este cambio puede encontrarla en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R138CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R138CP.pdf).

Si usted tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Además, el Transmittal R-98, Change Request 3109, Consolidación al Proceso de Transferencia de Reclamaciones: Función Adicional del CWF del 6 de febrero de 2004, puede encontrarlo en la siguiente dirección electrónica de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3109.pdf>.

El CR-3218 sustituye el CR-3109 y elimina el impacto en los requisitos del proveedor mencionados en los requisitos 20 y 21 del CR-3109. La transferencia de reclamaciones se pospuso hasta nuevo aviso. El proceso de transferencia de reclamaciones permanece igual para los contratistas de Medicare.

Pub. 100-04 MCP/Trans. 38, 138/CR-3218/April 9, 2004/DGE

## Claims Crossover Process

*This process previously had a major impact on the provider community as of October 2004 and that will not occur in October 2004 as previously planned.*

### Implementation

*The implementation date for this instruction is July 6, 2004. This means that only those participating in the pilot phase are affected on that date. All other trading partners will not be affected until October 1, 2004, at the earliest. Additional instructions will be issued as new implementation dates are established for moving from the pilot phase to full implementation.*

### Additional Information

*The official instruction issued to your Medicare contractor regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R138CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R138CP.pdf)*

*If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.*

*Also, Transmittal R-98, Change Request 3109, Consolidation of the Claims Crossover Process: Additional Common Working File (CWF) Functionality, dated February 6, 2004, can be found at the following CMS Website: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3109.pdf>.*

*Change Request 3218 supercedes CR 3109 and deletes the impact on provider requirements listed in requirements 20 and 21 in CR 3109. Consolidated claim-based crossovers have been delayed until further notice. The claim-based crossover process remains unchanged at the Medicare contractors.*

# Arrangements for Physical, Occupational, and Speech-Language Pathology Services

## Provider Types Affected

Physicians, therapists, providers, clinics

## Provider Action Needed

Physicians, suppliers, and providers should note that this instruction clarifies information regarding arrangements for Medicare Part B outpatient physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology services furnished under arrangements with providers and clinics. Revisions have been made to Chapter 15, Section 220.1 of the *Medicare Benefits Policy Manual (Pub 100-02)*. Section 220.1 *Therapy Services Furnished Under Arrangements with Providers and Clinics* is included in this article for informational purposes. Please note that this information is for clarification purposes only and should not represent any change for providers.

## Background

The excerpt from the manual itself is as follows:

“A provider or clinic may have others furnish outpatient physical therapy, occupational therapy, or speech-language pathology services through arrangements under which receipt of payment by the provider or clinic for the services discharges the liability of the beneficiary or any other person to pay for the service.

However, it is not intended that the provider or clinic merely serve as a billing mechanism for the other party. The provider’s or clinic’s professional supervision over the services requires application of many of the same controls as are applied to services furnished by salaried employees. The provider or clinic must:

- Accept the patient for treatment in accordance with its admission policies;
- Maintain a complete and timely clinical record on the patient that includes diagnosis, medical history, physician’s orders, and progress notes relating to all services received;
- Maintain liaison with the attending physician or non-physician practitioner with regard to the progress of the patient and to assure that the required plan of treatment is periodically reviewed by the physician;
- Secure from the physician the required certifications and re-certifications; and
- See to it that the medical necessity of such service is reviewed on a sample basis by the agency’s staff or an outside review group.

In addition, when a clinic provides outpatient physical therapy, occupational therapy, or speech-language pathology services under an arrangement with others, such services must be furnished in accordance with the terms of a written contract, which provides for retention by the clinic of responsibility for and control and supervision of such services. The terms of the contract should include at least the following:

- Provide that the therapy or speech-language pathology services are to be furnished in accordance with the plan of care established by the physician after any necessary consultation with the physical therapist, occupational therapist, or speech-language

Cont. on next page

## ***Arrangements for Physical, Occupational, and Speech-Language Pathology Services***

pathologist as appropriate, the physical therapist who will provide the physical therapy services, the occupational therapist who will provide the occupational therapy services, or the speech-language pathologist who will provide the speech-language pathology services;

- Specify the geographical areas in which the services are to be furnished;
- Provide that personnel and services contracted for meet the same requirements as those, which would be applicable, if the personnel and services were furnished directly by the clinic;
- Provide that the therapist will participate in conferences required to coordinate the care of an individual patient;
- Provide for the preparation of treatment records, with progress notes and observations, and for the prompt incorporation of such into the clinical records of the clinic;
- Specify the financial arrangements. The contracting organization or individual may not bill the patient or the health insurance program; and
- Specify the period of time the contract is to be in effect and the manner of termination or renewal.”

### **Additional Information**

To view Chapter 15 of the Medicare Benefits Policy Manual, visit: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/102\\_policy/bp102index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/102_policy/bp102index.asp)

Once at that site, scroll down to Chapter 15 and select the file version you wish to receive.

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR3134 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR3134/Pub. 100-02/MBP Trans. #9/ April 23, 2004/FR/ELS

# Incident-to-Services

## Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers.

## Provider Action Needed

This instruction clarifies and standardizes the method of indicating the ordering and supervising professionals on the Centers for Medicare & Medicaid Services Health Insurance Claim Form (CMS-1500). Note that the CMS-1500 is the paper form, however, and is superseded now by the electronic form.

## What You Need to Know

This instruction and the CMS Claims Processing Manual update clarifies where physician's Provider Information Numbers and names should be reported when both an ordering provider and a supervising provider are involved in a service.

## What You Need to Do

Please refer to the *Background* and *Additional Information* sections of this instruction for further details.

## Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Health Insurance Claim Form (CMS-1500) is the basic form prescribed by CMS for the submission of claims from physicians and suppliers for the Medicare program. It is used by non-institutional providers and suppliers to bill Medicare Part B covered services and it is also used for billing some Medicaid covered services. It answers the needs of many health insurers and is the basic form prescribed by CMS for the submission of claims on behalf of Medicare patients. (However, please note that the CMS-1500 paper form is superseded by HIPAA electronic formats.)

Because of the multiple requests in Open Door Forums and correspondence, CMS is issuing this instruction **to clarify and standardize the method of indicating the ordering and supervising professionals on the CMS-1500.**

The Preamble of the Proposed Rule for the Medicare Physician Fee Schedule on November 1, 2001 (66 Fed Reg. 55267) stated **"the billing number of the ordering physician (or other practitioner) should not be used if that person did not directly supervise the auxiliary personnel."** This instruction incorporates the rule into the *CMS Claims Processing Manual*.

The update to the *Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-4)* (referred to in the Web link below) further clarifies where physician's Provider Information Numbers and names should be reported when both an **ordering provider** and a **supervising provider** are involved in a service.

## Implementation

The implementation date is May 24, 2004.

## Additional Information

The CMS Manuals Index can be found at the following CMS Web site: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/cmsindex.asp>. Also, the *Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-4)* which was revised can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp).

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp). From that Web page, look for CR3138 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

If you have any questions, please contact your carrier at: 1-877-715-1921.

## Contrato

### PROVEEDORES SANCIONADOS

Proveedores sancionados son aquellos que han violado las obligaciones de su contrato con Medicare o Medicaid. A estos proveedores no se les permite facturar al Programa Medicare. Los contratistas reciben mensualmente una lista de CMS que incluye las exclusiones y reintegraciones efectuadas por la Oficina del Inspector General (OIG). Las exclusiones tienen vigencia a los 20 días de la fecha de notificación al proveedor. Estas exclusiones y reintegraciones serán vigentes en la fecha indicada.

La Sección 4304 del "Balanced Budget Act" (BBA, por sus siglas en inglés) modificó la Sección 1128A(a) del "Social Security Act". Específicamente, el "BBA" añadió nuevas penalidades monetarias civiles de hasta \$10,000 por cada artículo o servicio provisto y hasta tres veces la cantidad reclamada. Estas penalidades se aplicarán en los casos en los cuales una persona contrata un proveedor excluido con el propósito de ofrecer servicios o artículos para el cuidado de la salud y dicha persona sabe o debería saber que el proveedor estaba excluido de Medicare.

La Sección 1128A del "SSA" define el término "persona" como "una organización, una agencia u otra entidad, pero excluyendo al beneficiario." Esta provisión aplica a contratos o acuerdos efectuados después del 5 de agosto de 1997. Para cumplir con nuestro compromiso de educar a los proveedores de Medicare, en las siguientes páginas encontrará la lista de los proveedores actualmente excluidos del Programa Medicare:

## Enrollment

### SANCTIONED PROVIDERS

*Sanctioned providers are practitioners who violate their obligations under the "Medicare and Medicaid Programs Protection Act". They are excluded from billing the Medicare Program. Carriers receive a monthly listing from CMS containing exclusion and reinstatement or withdrawal actions taken by the Office of Inspector General (OIG). Exclusion actions are effective 20 days from the date of the notice to the provider. Reinstatements / withdrawals are effective as of the date indicated.*

*Section 4304 of the Balanced Budget Act(BBA) modified Section 1128A(a) of the Social Security Act. Specifically, the BBA added new civil monetary penalties of up to \$10,000 for each item or service provided, and triple the claimed amount in cases in which a person contracts an excluded provider for the provision of health care items or services and the person knows or should have known that the provider was excluded from participation in the Medicare program.*

*Section 1128A of the Social Security Act defines the term "person" to include "organization, agency, or other entity, but excluding a beneficiary". This provision applies to arrangements or contracts entered into after August 5, 1997. To comply with our commitment to educate and inform our Medicare providers, on next pages we have included the list of excluded providers to the Medicare Program:*

Cont. on next page



**Contrato****Enrollment**

<b>Proveedores Excluidos del programa Medicare Providers Excluded from the Medicare Program</b>		
<b>NOMBRE NAME</b>	<b>DIRECCION ADDRESS</b>	<b>FECHA EFECTIVIDAD EFFECTIVE DATE</b>
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Alvarez Valentin, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Nestor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Davila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De Leon 11 Calla Granada Mayaguez, PR 00680	January 20, 2003
Baez López, Roberto	Calle Victor Salaberry #32 Guanica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enriquez, Jose M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamon, PR 00959	March 20, 2002
Cruz Baez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las Americas Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Davila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Rio Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
Garcia Medina, Benjamin A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduviges San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jimenez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	March 20, 2001
López Morales, Angel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	August 20, 2000

Cont. on next page

## Contrato

## Enrollment

<b>Proveedores Excluidos del programa Medicare</b> <b>Providers Excluded from the Medicare Program</b>		
<b>NOMBRE</b> <b>NAME</b>	<b>DIRECCION</b> <b>ADDRESS</b>	<b>FECHA EFECTIVIDAD</b> <b>EFFECTIVE DATE</b>
Montañez López, Carlos W.	Optica Marbella Carr. 107 Km 1 Aguadilla, PR 00603	March 20, 2002
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quinton Coamo, PR 00769	December 20, 1998
Olivari Milán, Jose A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	December 20, 1999
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Area de Yauco Clinicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irurregui Plaza 201 Rio Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Mélendez, Marcos U.	P.O. Box 999 Rio Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Diaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Rio Verde Caguas, PR 00725	August 20, 2000
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Perez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

## **Transferencia Electrónica de Fondos**

### **TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (DEPÓSITO DIRECTO)**

El método de pago directo a través de transferencia electrónica (EFT, por sus siglas en inglés) permite que Medicare deposite sus pagos a su cuenta bancaria. Muchos de nuestros proveedores ya han comprobado que este método mejora la seguridad de sus pagos y elimina muchos de los problemas y costos asociados a la pérdida de cheques.

Los depósitos que Medicare efectúe a su cuenta bancaria se le informarán en los estados de cuenta que cada mes le envía su banco.

Incluimos el formulario CMS 588 que debe completar para acogerse a las conveniencias de EFT. Deberá incluir cheque cancelado si es una cuenta de cheque y copia del estado de cuenta si es de ahorros. Asegúrese de eliminar toda información personal, excepto el nombre y el número de cuenta.

Es importante que una vez complete el formulario CMS 588 lo envíe a:

**Medicare/Triple-S, Inc.**  
PO Box 71391  
San Juan, PR 00936-1391

**Nota: CMS modificó el formulario CMS 588, ahora el mismo también debe completarse para notificar cambios en la información y cancelaciones.**

Para mayor información, puede llamarnos al 1-877-715-1921.

## **Electronic Funds Transfer**

### **ELECTRONIC FUNDS TRANSFER (DIRECT DEPOSIT)**

*The Electronic Funds Transfer (EFT) payment method allows Medicare to deposit payments directly to your checking or savings bank account. Many of our providers have confirmed that the EFT payment method represents a more secure flow of payments and eliminates many of the problems and costs associated with the processing of lost checks.*

*The amount Medicare deposits in your account will be duly reported in your bank's monthly account statement.*

*We include CMS Form 588, which should be completed in order to participate of the advantages EFT provides. You must enclose a cancelled check, if it's a checking account or copy of the bank statement, if it's a saving account. Please make sure that you have removed all personal information, except your name and account number.*

*It is important that once the CMS Form 588 is complete same is sent to:*

**Note: CMS modified CMS Form 588, now it should also be used to inform changes and request cancellations.**

*For more information, call us at 1-877-715-1921.*  
System/Budget EFT 2003/ic-fc/January, 2004/FC/els

Cont. on next page

## AUTHORIZATION AGREEMENT FOR ELECTRONIC FUNDS TRANSFER (EFT)

Reason for Submission:  New EFT Authorization  
 Revision to Current Authorization (*i.e. account or bank changes*)  
 EFT Termination Request

Chain Home Office:  Check here if EFT payment is being made to the Home Office of Chain Organization  
(*Attach letter Authorizing EFT payment to Chain Home Office*)

### Physician/Provider/Supplier Information

Physician's Name \_\_\_\_\_  
Provider/Supplier Legal Business Name \_\_\_\_\_  
Chain Organization Name \_\_\_\_\_  
Home Office Legal Business Name (*if different from Chain Organization Name*) \_\_\_\_\_  
Tax ID Number: (*Designate SSN*  *or EIN* ) \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_  
Doing Business As Name \_\_\_\_\_  
Medicare Identification Number (*OSCAR, UPIN, or NSC only*) \_\_\_\_\_

### Depository Information (Financial Institution)

Depository Name \_\_\_\_\_  
Account Holder's Name \_\_\_\_\_  
Street Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_  
Depository Telephone Number \_\_\_\_\_  
Depository Contact Person \_\_\_\_\_  
Depository Routing Transit Number (*nine digit*) \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_ \_\_\_\_ \_  
Depositor Account Number \_\_\_\_\_  
Type of Account (*check one*)  Checking Account  Savings Account

*Please include a voided check, preprinted deposit slip, or confirmation of account information on bank letterhead with this agreement for verification of your account number.*

### Authorization

I hereby authorize the Medicare contractor, \_\_\_\_\_, hereinafter called the COMPANY, to initiate credit entries, and in accordance with 31 CFR part 210.6(f) initiate adjustments for any credit entries made in error to the account indicated above. I hereby authorize the financial institution/bank named above, hereinafter called the DEPOSITORY, to credit and/or debit the same to such account.

If payment is being made to an account controlled by a Chain Home Office, the Provider of Services hereby acknowledges that payment to the Chain Office under these circumstances is still considered payment to the Provider, and the Provider authorizes the forwarding of Medicare payments to the Chain Home Office.

If the account is drawn in the Physician's or Individual Practitioner's Name, or the Legal Business Name of the Provider/Supplier, the said Physician/Provider/Supplier certifies that he/she has sole control of the account referenced above, and certifies that all arrangements between the DEPOSITORY and the said Physician/Provider/Supplier are in accordance with all applicable Medicare regulations and instructions.

This authorization agreement is effective as of the signature date below and is to remain in full force and effect until the COMPANY has received written notification from me of its termination in such time and such manner as to afford the COMPANY and the DEPOSITORY a reasonable opportunity to act on it. The COMPANY will continue to send the direct deposit to the DEPOSITORY indicated above until notified by me that I wish to change the DEPOSITORY receiving the direct deposit. If my DEPOSITORY information changes, I agree to submit to the COMPANY an updated EFT Authorization Agreement.

---

## Signature Line

Authorized/Delegated Official Name (*Print*) \_\_\_\_\_

Authorized/Delegated Official Title \_\_\_\_\_

Authorized/Delegated Official Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

## PRIVACY ACT ADVISORY STATEMENT

Sections 1842, 1862(b) and 1874 of title XVIII of the Social Security Act authorize the collection of this information. The purpose of collecting this information is to authorize electronic funds transfers.

The information collected will be entered into system No. 09-70-0501, titled "Carrier Medicare Claims Records," and No. 09-70-0503, titled "Intermediary Medicare Claims Records" published in the Federal Register Privacy Act Issuances, 1991 Comp. Vol. 1, pages 419 and 424, or as updated and republished. Disclosures of information from this system can be found in this notice.

Furnishing information is voluntary, but without it we will not be able to process your electronic funds transfer.

You should be aware that P.L. 100-503, the Computer Matching and Privacy Protection Act of 1988, permits the government, under certain circumstances, to verify the information you provide by way of computer matches.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0626. The time required to complete this information collection is estimated to average 2 hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

## Instructions for Completing the Authorization Agreement for EFT

---

The following instructions will guide you through the EFT Authorization process. If you are submitting multiple requests, a separate Authorization Agreement must be completed for each provider identification number (OSCAR, UPIN, or NSC). All EFT requests are subject to a 15-day pre-certification period in which all accounts are verified by the qualifying financial institution before any Medicare direct deposits are made. In the meantime, all payments will be mailed via hard copy checks directly to the "Pay To" address that the Medicare contractor currently has on file. Please contact the Provider Enrollment Unit to verify the "Pay To" address. This agreement must be completely filled out. Omission of any information will delay the processing of your request. If you have any questions, please contact your Medicare contractor. For a list of contractors see [www.cms.hhs.gov/providers/enrollment/contacts/](http://www.cms.hhs.gov/providers/enrollment/contacts/).

Please indicate your reason for completing this form: New EFT authorization; Change to your account information; or Termination of your EFT authorization.

If you are authorizing EFT payments to the Home Office of a Chain Organization of which you are a member, you must attach a letter authorizing the contractor to make payment due the provider of service to the account maintained by the Home Office of the Chain Organization. The letter must be signed by an authorized official of the provider of service and an authorized official of the chain home office.

Enter the Name of the Physician or Individual Practitioner, or the Legal Business Name of the Provider/Supplier as reported to the Internal Revenue Service (IRS). The account to which EFT payments are made must exclusively bear the Name of the Physician or Individual Practitioner, or the Legal Business Name of the person or entity enrolled with Medicare.

For EFT payments to the Home Office of a Chain Organization, the depository account must be established in the legal business name of the Home Office, and must match the Home Office name provided above on this form, as well as the Home Office name provided in the appropriate sections of the relevant Form CMS-855 (Provider/Supplier Enrollment Application).

Enter your Tax Identification Number as reported to the IRS. If the business is a corporation, provide the Federal Employer Identification Number (EIN), otherwise provide your SSN.

Enter your Medicare Identification Number. If you are a Part A Provider, or certified Supplier this will be your 6-digit OSCAR number. If you are enrolled as an individual practitioner or a group practice this will be the 6-position alphanumeric UPIN. If you are enrolled as a supplier of durable medical equipment, this will be the 10-digit National Supplier Clearinghouse number.

Enter your depository name (this is the name of the bank or qualifying financial institution that will receive the funds), address, name of a contact person, and contact person's telephone number.

Enter your electronic Routing Transit Number, Account Number, and the type of account in which deposits will be made (Checking or Saving). Attach a voided check, preprinted deposit slip, or confirmation of account information on bank letterhead for verification of your account number. The documentation on bank letterhead should confirm the name on the account, electronic routing transit number, account number and type, and the bank officer's name and signature.

**If you do not submit this information, your EFT Authorization Agreement will be returned without further processing.**

Read the Authorization carefully. By your signature on this form you are certifying:

1. That the account is drawn in the Name of the Physician or Individual Practitioner, or the Legal Business Name of the Provider/Supplier;
2. The Physician/Provider/Supplier has sole control of the account to which EFT deposits are made in accordance with all applicable Medicare regulations and instructions;
3. That all arrangements between the depository and the said Physician/Provider/Supplier are in accordance with all applicable Medicare regulations and instructions;
4. The effective date of the EFT authorization; and
5. That you will notify the Medicare contractor regarding any changes in the account in sufficient time to allow the contractor and the depository to act on the changes.

The EFT authorization form must be signed and dated by the same Authorized Representative or a Delegated Official named on Form CMS-855 which the Medicare contractor has on file.

Mail this form with the original signature (no Fax signatures can be accepted) to the Medicare Contractor that services your geographical area. For a listing of contractors, see [www.cms.hhs.gov/providers/enrollment/contacts/](http://www.cms.hhs.gov/providers/enrollment/contacts/).





## **OIG ALERT REGARDING PHYSICIAN ADDED CHARGES**

On March 31, 2004, the HHS Office of the Inspector General issued a "Physician Alert" designed to remind physicians that they cannot charge Medicare beneficiaries for services that are already covered by Medicare. The Alert can be found at: <http://www.oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/2004/FA033104AssignViolationl.pdf>

One section of particular interest to Plans appears to address recent press reports of physicians charging patients an annual fee to be included in their patient panels.

In the Alert the OIG provides the following example of prohibited fees:

"For example, the OIG recently alleged that a physician violated his assignment agreement when he presented to his patients - including Medicare beneficiaries - a "Personal Health Care Medicare Care Contract" asking patients to pay an annual fee of \$600."

This alert might be of interest to those in your Plan who have membership, marketing, as well as provider relation responsibilities.

Ref. April 5, 2004/bcbsa/Regulatory Bulletin 79A/ cf

**MEDICARE INFORMA**  
**BOX 71391**  
**SAN JUAN, PR 00936**

**RETURN POSTAGE REQUESTED**

**PRSRT STD**  
**U.S. POSTAGE PAID**  
**SAN JUAN, P.R.**  
**PERMIT NO. 2563**