

¡Qué Bueno Que Preguntó!

A TODOS LOS MÉDICOS:

El Tribunal Examinador de Médicos (TEM) otorgó una prórroga hasta el 11 de agosto de 2004 para completar el proceso de re-certificación del Trienio. Sabemos que muchos de ustedes completaron sus gestiones con el TEM; sin embargo, en Medicare no se ha recibido el documento que demuestre que completó su proceso de re-certificación.

Para aquellos médicos que completaron su proceso con el TEM, le estamos extendiendo el período para someter su documentación a Medicare hasta el 30 de septiembre de 2004. El 1ro de octubre de 2004 se le cerrará el número de proveedor a aquellos que no sometan su re-certificación. Esto significa que no cobrarán sus honorarios de Medicare ni podrán cobrarle por el servicio a pacientes de Medicare.

We Are Glad You Asked!

TO ALL MEDICARE PHYSICIANS:

The Board of Medical Examiners granted an extension until August 11, 2004 for the completion of the Triennium recertification process. We know that most of you completed efforts with the Board of Medical Examiners; however, we have not received the documents demonstrating that the recertification process was completed.

For those physicians that completed the process with the Board of Medical Examiners, we are extending the period for submitting documentation to Medicare until September 30, 2004. On October 1, 2004 the provider number of those providers that did not submit their recertification will be closed. This means no Medicare reimbursements nor can the beneficiary be charged for the service.

Emission Date: September 17, 2004



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

Volume 79 / July, August, and September 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

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

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!

Proceso de re-certificación del Trienio	Portada
Seguridad de la Información	4

Boletín Medicare Informa

Suscripción al Boletín	8
------------------------------	---

Manual de Tarifas Fijas 2005

Manual de Tarifas Fijas para el 2005 en CR-ROM	9
---	---

HIPAA

Revisión a la Guía Suplementaria-ANSI X12N 837	12
Proveedores/Vendors que Pasaron Pruebas HIPAA ..	14
Status de Transición a Formato X12	17
Cómo Comunicar Información de MSP	18

Política Médica

Productos Hemoderivados Autólogos	19
Pruebas de Dintel de Conducción Nerviosa	21
Lavado Artroscópico y Debridación Artroscópica	24
Servicios de Adiestramiento para el Auto Manejo de la Diabetes	27
Clarificación para la Facturación de Dispositivos ...	30
Nuevos Requisitos para la Facturación de Tratamiento Activo	33

CERT

Proveer Información al Programa CERT	35
--	----

Políticas de Pagos

Nuevas Pruebas al Certificado de Dispensa	38
Actualización Anual de los Códigos ICD-9 CM	39
Límites de Pago para el J7308 (Levulan Kerastick y J9395 (Faslodex)	42
Actualización de los Editos CCI, Versión 10.3	43

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.

Mamografía

Mensajes en el Resumen de Medicare (MSN)	44
--	----

Reclamaciones

Jurisdicción de Pago	47
Eliminación de las Regulaciones para la Declaración sobre Intención de Facturas	50

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

Instrucciones para Proveer Información del Supervisor ..	52
--	----

Medicare Pagador Secundario

Aclaración para el CR-3064 (MSP)	54
--	----

Medicamentos

Pago por Servicios Administración de Quimioterapia..	56
--	----

Centro de Enfermería Especializada

Implementación de Edito a la Facturación Consolidada	60
Actualización Trimestral de Octubre de 2004 de los Códigos HCPCS	61
Cambio a los éditos de los Centros de Enfermería Especializada	66
Facturación en Centro de Enfermería Especializada. .	68
Actualización al Archivo de Asistencia de los Centros de Enfermería	76

Servicios de Salud en el Hogar

Actualización Trimestral de octubre de 2004 para Códigos de Salud en el Hogar	78
---	----

Proceso Apelativo

MMA – Sección 937 (Proceso Apelativo)	81
Importancia de Someter Documentación Médica con su Apelación	86

Ambulancia

Implantación de la Sección 414 del MMA de 2003 ..	88
---	----

Laboratorio

Respuestas a las Preguntas sobre el Módulo de Corrección de Determinaciones	93
Cambios a la Determinación Nacional de Cobertura de Laboratorio	101
Facturación para Pruebas Referidas	106

Contrato

Proveedores Sancionados	109
CMS Trabajando para Mejorar el Proceso de Inscripción	112

Transferencia Electrónica de Fondos

Manual de CMS - Pagos a Bancos	116
Capítulo 5 – Manual de Gerencia Financiera	117
Transferencia Electrónica de Fondos	123

Reembolsos Voluntarios/No Solicitados

Reembolsos Voluntarios No Solicitados..Contraportada	
--	--

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>Triennium Recertification Process</i>	<i>Front Page</i>
<i>Information Security</i>	4

Medicare Informa Bulletin

<i>Bulletin Subscription</i>	8
------------------------------------	---

2005 Fee Schedule

<i>Fee Schedule for 2005 in CD-ROM</i>	9
--	---

HIPAA

<i>Revised American National Standards Institute X12N..</i>	12
<i>Vendors/Providers that Has Tested X12N Format ...</i>	14
<i>Transition Status for X12 Format</i>	17
<i>Reporting Medicare Secondary Payer Information ..</i>	18

Medical Policy

<i>Autologous Blood-derived Products</i>	19
<i>NCD: Sensory Nerve Conduction Threshold Test</i>	21
<i>Arthroscopic Lavage and Arthroscopic</i>	24
<i>Diabetes Self – Management Training Services</i>	27
<i>Clarification for Billing Left Ventricular Assist Devices .</i>	30
<i>New Requirements for Chiropractic Billing of Active ...</i>	33

CERT

<i>Reminder to Supply Information to Medicare's CERT Program</i>	35
--	----

Medical Policy

<i>New Tests to the Waived Certificate</i>	38
<i>Annual Update of the ICD-9 CM Codes</i>	39
<i>Payment Limits for J7308 and J9395 (Levulan Kerastick and Faslodex)</i>	42
<i>Quarterly Update to CCI Edits, Version 10.3</i>	43

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.

Mammography

<i>MSN Messages for Mammography Claims</i>	44
--	----

Claims

<i>Payment Jurisdiction</i>	47
<i>Elimination of Regulations for Written Statement of Intent</i>	50

Services Incident to the Ordering Physician

<i>Instructions for Providing Supervisor's Information .</i>	52
--	----

Medicare Secondary Payer

<i>Clarification for CR-3064 (MSP)</i>	54
--	----

Drugs

<i>MMA – Payment for Chemotherapy Administration .</i>	56
--	----

Skilled Nursing Facility

<i>Implementation of Skilled Nursing Facility</i>	60
<i>October 2004 Quarterly Update of HCPCS Codes ..</i>	61
<i>Updated Skilled Nursing Facility Help File</i>	66
<i>Change to the Skilled Nursing Facility</i>	68
<i>Updated Skilled Nursing Facility Help File</i>	76

Home Health Services

<i>October 2004 Quarterly Update of HCPCS Codes ..</i>	78
--	----

Appeals Process

<i>MMA – Section 937 Correction of Minor Errors</i>	81
<i>The Importance of Submitting Documentation</i>	86

Ambulance

<i>Implementation of Section 414 of MMA of 2003</i>	88
---	----

Laboratory

<i>Standardized Responses to Provider Inquiries</i>	93
<i>Changes to the Laboratory NCD Edit Software</i>	101
<i>Clinical Laboratories Billing for Referred Test</i>	106

Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i>	109
<i>CMS Working to Improve Provider Enrollment</i>	112

Electronic Funds Transfer

<i>CMS Manual System Payment to Bank</i>	116
<i>Chapter 5 – Financial Management Manual</i>	117
<i>Electronic Funds Transfer</i>	123

Unsolicited/Voluntary Refunds

<i>Unsolicited/Voluntary Refunds</i>	<i>Back-Cover</i>
--	-------------------

MOA-2004

¡Qué Bueno Que Preguntó!

SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

OBJETIVO:

Medicare reconoce la importancia de proteger los sistemas de información de daños que puedan ocasionarles individuos conocidos o desconocidos. En este artículo presentamos elementos de seguridad importantes para el área de informática.

La seguridad de la información es un esfuerzo de equipo que conlleva la participación y apoyo de los proveedores que generan y transmiten reclamaciones a través del Sistema Electrónico de Salud - SES y el "Bulletin Board System BBS" y de cada empleado de Medicare. Es responsabilidad de cada usuario de computadoras conocer estas guías y realizar sus actividades de acuerdo a ellas.

PROPÓSITO Y ALCANCE:

A continuación, se delinean algunos términos y recomendaciones para nuestra comunidad médica y su personal de facturación sobre el manejo y la seguridad de la información, así como de la protección del equipo de computadoras. El uso inadecuado de las computadoras expone a la División Medicare a riesgos como los ataques de virus y daños a los servicios y sistemas. Debido a la necesidad de proteger la integridad de la red de Medicare, nuestra comunidad médica debe:

1. Salvaguardar la confidencialidad de la información de salud manejada, almacenada en cualquier equipo o recurso o transmitida contra accesos no autorizados
2. Practicar buen criterio cuando manejan de la información y tomar en cuenta el uso razonable del sistema para propósito profesional.
3. Seguir los procedimientos existentes para el uso de los sistemas del SES y BBS.
4. Clasificar la información de Medicare como confidencial y sensitiva.

We Are Glad You Asked!

INFORMATION SECURITY

OBJECTIVE:

Medicare recognizes the importance of protecting the information systems from harm that may be caused by known or unknown sources. In this article we share important elements of security from the information technology standpoint.

Information security is a team effort that entails the participation and support of the providers that generate and transmit claims through the Health Electronic System (SES) or the Bulletin Board System (BBS) and from each Medicare employee. It is responsibility of each computer user to know these guides and to perform his/her activities in accordance with them.

PURPOSE AND SCOPE:

The following are some terms and recommendations for our healthcare professionals and their billing agents regarding the handling and security of the information as well as the computer equipment protection. Inappropriate use of the computer exposes the Medicare Division to adverse risks, such as virus and service and system dangers. Due to the necessity to protect the integrity of the Medicare network, our medical community must:

1. *Safeguard against unauthorized access the confidentiality of health information handled, stored in any means or equipment, or transmitted.*
2. *Practice good judgment when handling the information and take into consideration the reasonable use of the system for professional purpose.*
3. *Follow the existing procedures for the use of the SES and BBS systems.*
4. *Classify Medicare information as confidential and sensitive.*

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

5. Hacer lo posible para evitar el acceso innecesario y no autorizado a la información.
6. Mantener seguras las contraseñas y no compartir su cuenta con otros. El proveedor será responsable por sus cuentas de usuario y contraseñas y de las acciones llevadas a cabo bajo su clave de acceso.
7. Solicitar el cambio de su contraseña periódicamente. Si usted sospecha que alguien obtuvo su contraseña, informe inmediatamente al área del SES o al Departamento de Sistemas de Medicare para cambiar la misma.
8. Instalar la activación automática del "screen saver" con contraseña, por razones de seguridad contra intrusos, en las PCs y "laptops" para prevenir el acceso a simple vista de la información y los datos desplegados en la pantalla. La mayoría de los sistemas operativos proveen esta cualidad. Esta pantalla debe activarse a los cinco (5) minutos de inactividad. Si va a abandonar el área de trabajo, debe bloquear el acceso a la computadora mediante mecanismos automáticos o haciendo "sign-off" o "log-off". Si ha finalizado sus tareas, deberá apagar la máquina y su monitor para evitar intentos de acceso no autorizados a la misma. Al apagar su sistema evita que el procesador no se sobre caliente y pierda la información contenida en la máquina.
9. Manejar con especial cuidado la información contenida en las máquinas portátiles, ya que es más sensitiva a vulnerabilidades. Los requisitos y especificaciones de seguridad para el ambiente de PCs aplican de igual manera al uso de conexiones remotas.
10. Recomendar al usuario o persona encargada ser extremadamente cuidadoso al abrir mensajes o archivos adjuntos a los correos electrónicos ("e-mails") provenientes de cuentas desconocidas. Los mismos pueden contener códigos

We Are Glad You Asked!

5. *Prevent unnecessary and unauthorized access to the information.*
6. *Keep passwords secured and not share the user account with others. The provider is responsible for his/her passwords and user accounts and of the activities performed with his password.*
7. *Periodically, request a changes of passwords. If you suspect that somebody obtained your password, contact the SES area or Medicare Systems Department immediately for a password change.*
8. *Install the automatic activation of the screen saver with a password, for security reasons against intruders, in the personal computers and laptops to prevent the access to the information and data displayed on the screen. The majority of the operative systems provide this feature. This screen must activate after five (5) minutes of inactivity. If you are going to leave the work area, access to the computer must be blocked through automated mechanisms or sign-off, log-off. To avoid unauthorized access to information once you have finished your work, the computer and the monitor must be turned-off. Turning off the computer will prevent system overheating and the loss of the information.*
9. *Handle with special care the information contained in laptops since it is more sensitive to vulnerabilities. The security requirements and specifications for the PCs environment also apply to the use of remote connections.*
10. *Advise the user or person in charge to be extremely careful when opening e-mails or file attachments from unknown accounts. Such files can contain malicious codes. Secure your computer with an antivirus application and verify that the virus definitions are updated at least once a week.*

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

maliciosos. Asegure su máquina con un programa de antivirus y verifique que sus definiciones se actualicen por lo menos una vez a la semana.

11. Verificar todos los discos compactos ("CDs") y "3½ floppy" ("diskettes") donde almacena las reclamaciones y cualquier otra información electrónica antes de accederlos en su máquina o entregarlos a Medicare. La entrega de discos es una alternativa viable en caso que se active el Plan de Contingencia.
12. Corroborar que el número de teléfono del destinatario es el correcto al enviar un fax con información sensible. De igual manera, notificar al destinatario que recibirá un comunicado para que esté pendiente. Recomendamos que añada texto adicional solicitando la destrucción del comunicado si este no es recibido por el destinatario.
13. Destruir la información sensible y confidencial en papel, entiéndase la información de salud de clientes, siempre y cuando no vaya a utilizarse en el futuro. Para la destrucción de la misma se recomienda utilizar trituradores de papel de corte cruzado ("Cross-cut Shredders"). La información en discos debe eliminarse formateando los mismos varias veces, destruyéndolos por completo o utilizando herramientas diseñadas para ese propósito.
14. La División Medicare divulgará aquellos procedimientos a seguir antes, durante y después de emergencias en caso que los sistemas del SES o BBS no estén en funcionamiento para asegurar que las reclamaciones se procesen a tiempo.

CONCEPTOS IMPORTANTES:

1. **PC** – recurso electrónico que permite procesar, almacenar y transmitir datos contenidos en archivos a través de la instalación mediante el uso de programas y/o aplicaciones que llevan a cabo una función específica.

We Are Glad You Asked!

11. *Check all CDs and diskettes where the claims and other electronic information have been stored, before inserting them into the computer or bringing them to Medicare. The disc delivery is a viable alternative in case the Contingency Plan becomes active.*
12. *Corroborate that the addressee phone number is correct when sending a fax with sensitive information. You can also notify the addressee that you will be sending a fax. We recommend that you add a footnote or endnote that states that the information should be destroyed if received by other than the addressee.*
13. *Destroy the sensitive and confidential information (customers health information) on paper, as long as it will not be used in the future. For the destruction, it is recommended to use "Cross-cut Shredders". The information on discs must be eliminated formatting the same many times or destroying them using tools designed for that purpose.*
14. *The Medicare Division will disclose the procedures to follow before, during and after emergencies in the case that SES or BBS Systems won't be functioning to assure that the claims are processed on time.*

IMPORTANT CONCEPTS:

1. **PC** – an electronic resource that allows to process, to save and to transmit file information throughout the installation by using function specific programs and or applications.

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

2. **Antivirus** – programa que con las últimas actualizaciones, puede detectar, detener y eliminar códigos maliciosos tales como virus, caballos de Troya, gusanos y otros.
3. **“Laptop”** (computadora portátil) – Computadora personal compacta que puede transportarse de un lado a otro con facilidad.
4. **Acceso remoto** - privilegio otorgado a los usuarios con necesidad real de acceder un servicio, computadoras, servidor o una red a distancia. Este medio necesita configuraciones y consideraciones adicionales de seguridad para mitigar riesgos de interceptación de datos por personas no autorizadas.
5. **“E-mail”** (correo electrónico) – medio de comunicación electrónica transmitido a través del Portal Electrónico por un usuario del servicio público o privado.
6. **“Sign-off” o “log off”** – desligar del sistema la cuenta de un usuario para cerrar una sesión de acceso autorizado.
7. **Código malicioso** – programa o comando que genera alguna gestión maliciosa en contra de un sistema, aplicación o recurso de informática.
8. **“Screen Saver”** con contraseña – imagen animada en el monitor de las computadoras que se activa si el usuario no utiliza el sistema por un periodo de tiempo determinado para evitar el acceso no autorizado a la misma.
9. **Vulnerabilidad** – debilidad del sistema que puede ser de naturaleza técnica, de configuración, humana o ambiental.
10. **Contraseña** – serie de caracteres secretos que usualmente van acompañados por un nombre de usuario que combinados permiten acceder un archivo, computadora, programa o sistema. La contraseña ayuda a no permitir el acceso no autorizado.

We Are Glad You Asked!

2. **Antivirus** – a program that with the latest updates can detect, detain and remove malicious codes such as virus, Trojan horse, worms and others.
3. **Lap top** – portable personal computer.
4. **Remote access** – privilege granted to the users with real necessity to access a service, computers, server or a network at a distance. This mean needs additional configurations and security considerations to reduce the risk of unknown people intercepting information.
5. **E-mail** – electronic communication media transmitted through Internet.
6. **Sign-off or log-off** – get the user account off the system to close an authorized access.
7. **Malicious codes** – program or command that generates a malicious action against a system, application or information resource.
8. **Screen saver with password** – animated image activated in the computer monitor for a certain period of time to prevent the unauthorized access to the computer.
9. **Vulnerability** – system weakness that can be of technical, configuration, human or environmental nature.
10. **Password** – a series of secret characters that usually go accompanied by a user name which when combined allows the access to a file, computer, program or system. The password helps to prevent unauthorized access.

RCG-ISG/August, 2004

Boletín Medicare Informa

SUSCRIPCIÓN AL BOLETÍN

Este boletín se debe compartir con todos los profesionales de la salud y personal administrativo de su oficina.

Puede obtener reproducciones adicionales del boletín **Medicare Informa**, libre de costo, de nuestra página electrónica en: www.triples-med.org.

Aquellos proveedores/suplidores que deseen recibir más de un ejemplar del boletín podrán suscribirse. El costo de la suscripción anual es de \$120.00 y ésta incluye las siguientes publicaciones:

1. **Medicare Informa** – Información aclaratoria y actualización trimestral de los diferentes aspectos del Programa Medicare tales como Reembolso, Contratos, Procesamiento de Reclamaciones, Evaluación Médica, EMC, entre otros (4 al año).
2. **Tarifas Fijas** – Incluye todos los códigos de procedimiento con las tarifas aprobadas por Medicare. (1 al año)
3. **Cartas Circulares** – Información sobre temas de urgencia que requieren de una fecha límite para su publicación. (Cuando sea necesario)

Envíe su cheque o giro postal pagadero a: Triple-S, Inc.- **Medicare Informa** con la información solicitada en el formulario adjunto a la siguiente dirección:

Medicare Informa
Communications Office
Box 71391
San Juan, PR 00936-1391

Medicare Informa Bulletin

BULLETIN SUBSCRIPTION

This bulletin should be shared with all Health Care Practitioners and Managerial Staff of your office.

*You may obtain additional no-cost copies of the **Medicare Informa** by downloading same from our website at: www.triples-med.org.*

Providers/suppliers who wish to obtain more than one hard copy of the bulletin may purchase a subscription. The yearly subscription is \$120.00 and it includes the following publications:

- 1) **Medicare Informa** – Quarterly updates and explanations on the different aspects of the Medicare Program such as: Reimbursement, Enrollment, Reimbursement Claims Processing, Medical Review, EMC among others. (4 annually)
- 2) **Fee Schedule** – Includes all procedure codes with their Medicare approved fees. (1 annually)
- 3) **Circular Letters** – Urgent issues that must be published within a specific time frame. (When necessary)

*Send your check or money order payable to: Triple-S, Inc. **Medicare Informa** along with the required Subscription Form information to the following address:*

Medicare Part B Publications SUBSCRIPTION FORM

Name: _____
Nombre

Postal Address: _____
Dirección Postal

City and Island: _____
Ciudad e Isla

Zip Code: _____
Código Postal

Tarifas Fijas 2005

MANUAL DE TARIFAS FIJAS PARA EL 2005 EN CD-ROM

Este año se enviará en el formato de CD-ROM el Aviso de Participación y Acuerdo, el Manual de Tarifas Fijas (MPFS, por sus siglas en inglés) del año calendario 2005 y otra información de interés para usted. Como integrante importante de nuestra comunidad de proveedores, confiamos que encontrará esta iniciativa mucho más conveniente y valiosa que el material impreso.

El Programa Medicare es la cubierta de salud de un gran número de envejecientes y minusválidos de nuestra comunidad, por lo que su compromiso y participación es de suma importancia. Esperamos que mantenga esto en mente al momento de tomar su decisión sobre la participación en el año calendario 2005.

¿Cuáles son las ventajas de utilizar el CD-ROM en lugar del Manual de Tarifas Fijas impreso?

Al utilizar el CD-ROM en lugar del Manual de Tarifas Fijas impreso usted podrá:

- Reproducir el CD-ROM y compartir fácilmente la información con el personal de su oficina,
- Integrar las tarifas de reembolso y los indicadores del Manual de Tarifas Fijas a programas en su sistema de computadora,
- Revisar los datos rápidamente al usar una funcionalidad de búsqueda,
- Analizar los datos,
- Imprimir sólo la información o serie de códigos CPT que apliquen a su especialidad, y
- Recibir información adicional de reclamaciones y facturación sin conectarse a la Red ("Internet").

2005 Fee Schedule

MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE FOR 2005 IN CD-ROM

This year we will be mailing on CD-ROM the calendar year 2005 Participation Announcement and Agreement, Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) and other information of interest to you. As a very important member of our provider community, we trust you will find this initiative valuable and of greater convenience than the printed materials.

Medicare remains a lifeline for a great number of our senior and disable citizens. Your commitment and participation in the Medicare Program makes this lifeline possible. We hope that you will keep this in mind as you make your decision regarding your participation in 2005.

What are the advantages of using the CD-ROM over having a printed MPFS?

By using the CD-ROM rather than using printed MPFS, providers are able to:

- *Duplicate the CD-ROM and share the information more easily within their office,*
- *Integrate the reimbursement rates and MPFS indicators into computer systems,*
- *Review the data more rapidly using search functions,*
- *Analyze the data,*
- *Print only the information or range of CPT codes applicable for your specialty, and*
- *Receive additional billing and claims information without utilizing Internet connectivity.*

Cont. on next page

Tarifas Fijas 2005

¿Cuándo recibirá el CD-ROM?

Al igual que en años anteriores, el Aviso de Participación y Acuerdo y el Manual de Tarifas Fijas deberán estar disponibles a mediados de noviembre de 2004.

¿Qué información se incluirá en el CD-ROM?

Además del Manual de Tarifas Fijas e información de participación, el CD-ROM proveerá entre otros:

- Indicadores de pago,
- Información de contratación,
- Programa de facturación gratis.

¿Cómo debe usarse el CD-ROM?

El CD-ROM no requiere de ningún tipo de instalación para utilizarse. Al colocar el CD-ROM en su computadora, automáticamente desplegará una ventana donde usted podrá acceder todo el contenido del mismo. El uso primario del CD-ROM es para que los proveedores puedan acceder la Hoja de Datos del 2005, Aviso de Participación, Acuerdo de Participación y el Manual de Tarifas Fijas del 2005 de su localidad.

¿Qué componentes debe tener la computadora para poder utilizar el CD-ROM?

1. Un navegador "Web" versión 4.0 o mayor (un navegador "Web" es un programa que se utiliza para acceder las páginas electrónicas de la Red),
2. Un "CD-Drive" (Lector de CD).

No necesita conectarse a la Red para poder acceder información del Manual de Tarifas Fijas o gran parte de la información suplementaria de Medicare Triple-S. Se incluirá con el CD-ROM instrucciones para su uso, el número telefónico libre de cargos para asistencia y cómo solicitar el Manual de Tarifas Fijas en papel.

2005 Fee Schedule

When should you expect to receive this CD-ROM?

As in previous years Participation Announcement and Agreement, Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) should be available in mid-November, 2004.

What information will be included in the CD-ROM?

In addition to the fee schedule and participation disclosures, the CD-ROM will provide (to name a few areas) information on:

- Payment indicators,
- Enrollment information,
- Free billing software

How should the CD-ROM be used?

Once the CD-ROM is loaded into your computer it will automatically display a window with its contents. The primary use of the CD-ROM is for providers to access the 2005 Fact Sheet, Participation Announcement, Participation Agreement and the 2005 reimbursement rates for their locality.

What type of system requirement is needed to use the CD-ROM?

1. The computer will need a web browser version 4.0 or above (A web browser is a component within your computer that allows for interaction with the World Wide Web), and
2. a CD drive.

*Internet access is **not** required for any of the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) information or the majority of Medicare Triple-S supplemental information. Instructions on how to use the CD, the toll free telephone number for usage assistance and requests for a hardcopy MPFS will be included with the CD-ROM.*

Cont. on next page

Tarifas Fijas 2005

Si no puede utilizar el CD-ROM, ¿cómo debe solicitar un Manual de Tarifas Fijas en papel?

Debe completar la tarjeta que se desprende de la portada del CD-ROM para solicitar su Manual. El formulario requiere que usted indique la razón específica por la que necesita el material impreso.

¿Estará disponible el Manual de Tarifas Fijas del 2005 en la página electrónica de Medicare Triple-S?

Inmediatamente después de enviar por correo el CD-ROM con el Manual de Tarifas Fijas, todo el contenido del mismo estará disponible en nuestra página electrónica en: **www.triples-med.org**.

Apreciamos cada iniciativa que nos ofrezca la oportunidad de lograr nuestra meta; proveer servicios de calidad a nuestros beneficiarios y proveedores. Por lo tanto, deseamos conocer su opinión sobre el CD-ROM con el Manual de Tarifas Fijas del 2005. Una vez revise el CD-ROM, por favor, tome un momento, conteste y devuelva el cuestionario que incluimos en la sección sobre Medicare/Triple-S del CD-ROM. Valoramos sus comentarios y sugerencias para mejorar el diseño e información del CD-ROM.

CR3292/Pub.100-20 OTN/Transmittal 85/May 28, 2004/ELS

2005 Fee Schedule

If you are unable to use the CD-ROM, how can you request a printed MPFS?

To request a printed copy of the 2005 Fee Schedule Package you must complete the tear out card that will form part of the CD-ROM cover. The form requires that you indicate the specific reason for your need of a paper copy.

Will the 2005 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) be available on the Medicare Triple-S web site?

*Immediately following the mailing of the MPFS, Medicare Triple-S will make the MPFS and all other contents on the CD-ROM available on our web site at: **www.triples-med.org**.*

We appreciate every opportunity to better serve the provider community that will redound in our goal to provide quality services to our beneficiaries and providers; therefore, we would like to know what you think about the 2005 Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) CD-ROM. When you have reviewed your MPFS CD-ROM, please take a moment to answer the short survey included within the "About Medicare/Triple-S" section of the CD-ROM and return it to us. Your opinions and suggestions for improving the design and informational content of the CD-ROM are valued. We look forward to your comments.

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

REVISIÓN A LA GUÍA SUPLEMENTARIA PARA LA TRANSACCIÓN ANSI X12N 837

REVISED AMERICAN NATIONAL STANDARDS INSTITUTE X12N 837 PROFESSIONAL HEALTH CARE CLAIM COMPANION DOCUMENT

Proveedores Afectados:

Proveedores, suplidores y médicos

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers

Acción Necesaria del Proveedor:

Médicos, proveedores y suplidores deben evaluar la revisión a la Guía Suplementaria para la transacción ANSI X12N 837 Profesional. La revisión a la Guía Suplementaria para la transacción ANSI X12N 837 Profesional corrige errores u omisiones, en las instrucciones publicadas anteriormente, de la Petición de Cambio 2900 (CR, por sus siglas en inglés) del 19 de diciembre de 2003.

Provider Action Needed

Physicians, suppliers, and providers should note that this instruction provides revisions to the American National Standards Institute (ANSI) X12N 837 Professional Health Care Claim Companion Document. The revisions to the ANSI X12N 837 Professional Health Care Claim Companion Document correct errors and omissions in the Companion Document provided previously by Change Request (CR) 2900, Transmittal 29, dated December 19, 2003.

Qué debe Hacer:

Refiérase a la Sección de Trasfondo e Información Adicional para obtener detalles sobre los cambios a la Guía Suplementaria.

What You Need to Do

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

Trasfondo

La Ley HIPAA ordenó al Secretario de Salud y Servicios Humanos a utilizar transacciones estándares para permitir intercambio electrónico de información de salud. Además, la Ley de Simplificación Administrativa (ASA, por sus siglas en inglés) requiere formatos estándares para las transacciones electrónicas de salud.

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, and the Administrative Simplification Act (ASA), one of the HIPAA provisions, requires standard formats to be used for electronically submitted health care transactions.

El Instituto Americano Nacional Oficial (ANSI, por sus siglas en inglés) desarrolló las especificaciones de la transacción X12N 837 y estableció éstas como las Guías de Implementación estándar para la reclamación electrónica.

The American National Standard Institute (ANSI) developed these, and the ANSI X12N 837 Implementation Guide has been established as the standard of compliance for claim transactions.

La Guía Suplementaria se define como una serie de instrucciones que complementa aspectos de la Guía de Implementación X12N 837 y explica como el contratista requiere ciertos elementos de la transacción. Además, aclara el método de procesamiento y adjudicación de las transacciones.

A Companion Document is defined as a set of statements, which supplements the X12N 837 Professional Implementation Guide, and it clarifies contractors' expectations regarding data submission, processing, and adjudication.

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Esta revisión a la Guía Suplementaria para la transacción ANSI X12N 837 Profesional corrige errores u omisiones en las instrucciones publicadas anteriormente del CR 2900 con fecha del 19 de diciembre del 2003.

Esta instrucción también provee información sobre elementos no cubiertos en versiones anteriores.

La Guía Suplementaria no contradice los requisitos de la Guía de Implementación para la transacción X12 N 837. A continuación un resumen de los cambios al documento:

- Se añadió la explicación “Todos los códigos de diagnóstico incluidos en la reclamación deben ser códigos válidos. Reclamaciones que incluyan códigos de diagnóstico inválidos se rechazarán”.
- Se añadieron instrucciones para valores negativos en el “loop” 2400 (SV102 y CR102/CR106), los cuales se omitieron en versiones anteriores.
- Revisión a la instrucción sobre fecha calendario, cambio de “debe” a “tiene”.
- Revisión al máximo de segmentos CLM que permite que su contratista detalle el valor actual y cambio de “hacer” a “poder hacer”.
- Revisión a las explicaciones ISA06 y ISA08, las cuales cambiaron de “necesario” a “opcional”.
- Corrección a la opción B de la instrucción de modificador.
- Se eliminó la instrucción sobre fecha calendario de la Sección 997.

El lenguaje específico que se provee en la Guía Suplementaria se basa en recomendaciones/decisiones hechas por el “Electronic Data Interchange Functional Workgroup” (EDIFWG, por sus siglas en inglés). El EDIFWG se compone de miembros de los Centros de Servicios de Medicare y

This instruction revises the X12N 837 Professional Health Care Claim Companion Document and corrects errors and omissions in the Companion Document (previously provided by Change Request (CR) 2900, Transmittal 29, dated December 19, 2003).

This instruction also provides additional language to the Companion Document to cover items not previously addressed.

Also note that the Companion Document supplements, but does not contradict, requirements in the X12N 837 Professional implementation guide. A summary of changes to the document includes the following:

- *Addition of a new statement indicating “All diagnosis codes submitted on a claim must be valid codes per the qualified code source. Claims that contain invalid diagnosis codes, pointed to or not, will be rejected;”*
- *Addition of two negative value statements for the 2400 loop (SV102 and CR102/CR106) which were omitted from the previous document;*
- *Revision to the calendar date statement, which changes it from “should” to “must;”*
- *Revisions to the maximum CLM statement which allows your carrier to specify the actual [value] and changes “will” to “will/may;”*
- *Revisions to ISA06 and ISA08 statements which changes both from “required” to “optional;”*
- *Correction made to option B of modifier statement; and*
- *Removal of calendar date statement from 997 section.*

The specific language provided in the Companion Document is based on recommendations / decisions made by the Electronic Data Interchange Functional

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), contratistas de Medicare Parte B y compañías que mantienen los sistemas de procesamiento de reclamaciones.

Para obtener detalles adicionales sobre los cambios a la Guía Suplementaria, vea la sección de Información Adicional.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 24 de mayo de 2004.

Información Adicional

Puede acceder la instrucción oficial a través del siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Una vez esté en la página, busque CR-3177 en la columna titulada CR NUM y presione en el archivo correspondiente al CR.

Si tiene preguntas, puede comunicarse con su contratista en el 1-877-715-1921.

Las Guías de Implementación están disponible en formato electrónico libre de costo en el siguiente sitio de la Red: <http://www.wpc-edi.com>.

CR3177/Trasmittal 73/Pub.100-20 OTN/April 23, 2004/JS/els

Workgroup (EDIFWG). The EDIFWG consists of members from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), Part B contractors, and shared system maintainers.

To view the actual details of the changes for this Companion Document, please see the additional information section for instructions on how to access the official CMS instruction issued to your carrier.

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 at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

From that web page, look for CR3177 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/intermediary at their toll-free number at 1-877-715-1921.

Also, implementation guides for all transactions are available electronically for each transaction at the following Web site: <http://www.wpc-edi.com>.

PROVEEDORES/VENDORS QUE PASARON PRUEBAS HIPAA FORMATO X12N (TRANSACCIÓN 837)

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 Medicare. Sus programas se pueden utilizar por los proveedores de Medicare para el envío de reclamaciones en formato X12N.

VENDORS/PROVIDERS THAT HAS TESTED X12N FORMAT (837 TRANSACTION)

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.

Cont. on next page

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@jclsys.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@wns.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 servicialdiente@inmediata.com www.inmediata.com	004010X098A1	2/6/2004

Updated: May, 2004/VV

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

STATUS DE TRANSICIÓN A FORMATO X12 (HASTA EL 27/08/04)

El más reciente informe de Transición HIPAA enviado a CMS refleja una disminución de 78.60% a 77.46% en reclamaciones sometidas en formato de HIPAA en la última semana. Esto es un descenso de 1.14%.

TRANSITION STATUS FOR X12 FORMAT (UNTIL 08/27/04)

The most recent HIPAA Transition Report sent to CMS shows a decrease from 78.60% to 77.46% in electronic claims submitted in HIPAA format in the last week. This is a decrease of 1.14%.

Volume of Medicare Electronic Claims Received in HIPAA Format August 16 - August 20, 2004

96.90%
HIPAA
Formatted
Claims



El por ciento nacional se encuentra en un 96.90%, dejándonos 19.20% por debajo del por ciento nacional.

Recuerden que desde el 1ro de julio de 2004 CMS modificó el plan de contingencia. Esta modificación permitirá el envío de reclamaciones electrónicas pre-HIPAA; sin embargo, la adjudicación de las reclamaciones electrónicas sometidas en formato pre-HIPAA tomará 13 días adicionales (27 días). Le exhortamos a hacer el cambio al formato X12 (004010X098A1) lo antes posible.

Aún quedan sin transicionar: 8.91% de Proveedores de Servicios de Ambulancia, 10.00% de Centros de Cirugía Ambulatoria, 51.44% de Laboratorios Clínicos, 21.52% de Médicos, 19.10% de Terapistas, 21.43% de Profesionales de la Salud y 26.67% de Laboratorios Diagnósticos.

Para Islas Vírgenes, los totales reflejan que un 27.27% de los Médicos, 33.33% de Proveedores de Servicios de Ambulancia y 25.00% de Laboratorios Clínicos aún no han transicionado.

The National percentage is 96.90%. This means that we are 19.20% below the national average.

Remember that as of July 1, 2004, CMS modified the Contingency Plan. This modification allows the submission of electronic claims in a Pre-HIPAA format; nevertheless, the adjudication of those claims will take 27 days. We exhort you to transition to the X12 format (004010X098A1) as soon as possible.

Still sending claims in Pre-HIPAA formats are: 8.91% of Ambulance Service Suppliers, 10.00% of Ambulatory Surgical Centers, 51.44% of Clinical Laboratories, 21.52% of Physicians, 19.10% of Therapists, 21.43% of Limited Licensed Practitioners, and 26.67% of Diagnostic Test/Labs.

For the U.S. Virgin Islands the totals reflect that 27.27% of Physicians, 33.33% of Ambulance Service Suppliers, and 25.00% of Clinical Laboratories are still sending in pre-HIPAA format.

HA/VV/JS/HIPAA Outreach/September 2004

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

CÓMO COMUNICAR INFORMACIÓN DE MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO EN EL PROGRAMA DE FACTURACIÓN GRATUITO¹

Proveedores Afectados

Todos los proveedores que utilizan el programa de facturación gratuito de Medicare para generar la transacción 837.

Acción Necesaria del Proveedor

Todos los proveedores que utilizan el programa de facturación gratuito (o de bajo costo) de Medicare para generar la transacción 837 deben recibir una actualización al mismo, de su contratista¹, relacionada a Medicare Pagador Secundario (MSP, por sus siglas en inglés). La actualización al programa debe incluir los cambios necesarios para enviar electrónicamente reclamaciones en las que Medicare no es el pagador primario. **Observe que la transacción 837 no provee el mecanismo para generar reclamaciones electrónicas en las que hay más de un pagador primario. Este tipo de reclamación debe someterse en papel en el formulario CMS 1500.**

Lo Que Usted Debe Saber

Asegúrese de someter las reclamaciones en el formato correcto para evitar retrasos en el proceso de las reclamaciones.

Lo Que Usted Debe Hacer

Si usted utiliza el programa de facturación gratuito que ofrece el contratista¹ de Medicare, haga las gestiones para obtener una actualización antes del 4 de octubre de 2004.

Información Adicional

Si usted tiene preguntas sobre este asunto, llame libre de cargos a su contratista de Medicare al 1-877-715-1921. Puede obtener las instrucciones oficiales sobre este cambio en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. Una vez entre a esta página, busque en la columna con título "CR NUM" el CR-3284.

¹ Si usted utiliza el Programa de SES Profesional 4.1 no necesita una actualización. El Programa de SES Profesional 4.1 produce las reclamaciones MSP electrónicamente.

REPORTING MEDICARE SECONDARY PAYER INFORMATION CREATED VIA THE FREE BILLING SOFTWARE¹

Provider Types Affected

All providers who use free billing software from Medicare for HIPAA 837.

Provider Action Needed

*All providers who use free (or low cost) billing software from Medicare for the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) 837 must receive a software upgrade related to Medicare Secondary Payer (MSP) from their carrier¹. Changes included in the updated software will be required for electronic submission of such claims (when there is one primary payer to Medicare). **Note that the HIPAA 837 does not accommodate the data Medicare needs when there is more than one primary payer. Providers must submit these types of MSP claims to Medicare on paper.***

What You Need to Know

Please be sure to submit claims in the correct format to avoid delays in claims processing.

What You Need to Do

If you use the billing software supplied by a Medicare carrier¹, please obtain the required software upgrade after October 4, 2004 from your carrier to ensure accurate electronic claims processing.

Additional Information

If you have questions regarding this issue, contact your carrier on their toll-free number at 1-877-715-1921. Medlearn Matters Number: MM3284. The official instruction regarding this change can be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. Once at that page, scroll down the CR NUM column on the right to find CR3284 and click on the file for that Change Request.

¹ If you are currently using the SES Professional 4.1 billing software, you do not require a software upgrade. The SES Professional 4.1 has the capacity for the electronic submission of MSP claims.

Política Médica

PRODUCTOS HEMODERIVADOS AUTÓLOGOS PARA HERIDAS CRÓNICAS QUE NO CICATRIZAN

Tipo de Proveedor Afectado

Todos los proveedores de Medicare

Acción Necesaria del Proveedor

No hay acción necesaria. Este artículo es sólo informativo. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) determinaron, en consideración con la política existente, que los productos hemoderivados autólogos para heridas crónicas que no cicatrizan, tanto los factores de crecimiento derivados de plasma pobre en plaquetas (PDGF) y de plasma rico en plaquetas (PRP), permanecerán como no cubiertos mientras CMS entienda que los efectos clínicos de estos productos hemoderivados no están adecuadamente aprobados en las literaturas médicas.

Trasfondo

La sangre donada por los pacientes es centrifugada para producir una gelatina autóloga para el tratamiento de heridas crónicas que no cicatrizan que persiste por 30 días o más y que no completa adecuadamente el proceso de cicatrización.

Los productos hemoderivados autólogos para heridas crónicas que no cicatrizan incluyen ambos productos PDGF como el Procuren y productos PRP y productos más recientes.

Los productos PRP difieren de productos anteriores porque contienen células completas, incluyendo células blancas, células rojas, plasma, plaquetas, fibrinógeno, células troncales, macrófagos y fibroblastos. Los médicos utilizan los productos PRP en clínicas. Los productos PDGF no contienen células y están clasificados como productos a utilizarse por pacientes en el hogar.

Medical Policy

AUTOLOGOUS BLOOD-DERIVED PRODUCTS FOR CHRONIC, NON-HEALING WOUNDS

Provider Types Affected

All Medicare providers

Provider Action Needed

No action is necessary. This article is informational only. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has determined, upon reconsideration of existing policy, that Autologous Blood-Derived Products for Chronic Non-Healing Cutaneous Wounds, both platelet-derived growth factor (PDGF) in platelet-poor plasma and platelet-rich plasma (PRP), will remain non-covered as CMS continues to believe that the clinical effectiveness of these autologous blood-derived products is not adequately proven in scientific literature.

Background

Patient-donated blood is centrifuged to produce an autologous gel for the treatment of chronic non-healing cutaneous wounds that persist for 30 days or longer and fail to complete the healing process properly.

Autologous blood-derived products for chronic non-healing wounds include both PDGF products, such as Procuren and more recent products, and PRP products.

PRP differs from previous products because it contains whole cells, including white cells, red cells, plasma, platelets, fibrinogen, stem cells, macrophages, and fibroblasts. PRP is used by physicians in clinical settings. PDGF does not contain cells and was marketed as a product to be used by patients at home.

Cont. on next page

Política Médica

En 1992 CMS emitió una determinación nacional de no cubierta de Medicare con relación a las fórmulas para el tratamiento de heridas derivadas de plaquetas que contienen factores de crecimiento en el tratamiento de las heridas que no cicatrizan. Esta determinación se basó en la falta de suficiente información publicada para determinar la seguridad y la eficacia de dichas fórmulas y a una evaluación de la tecnología del Servicio de Salud Pública.

Recientemente, CMS reconsideró la decisión del 1992 y concluyó que la eficacia clínica de los productos autólogos PDGF continúa sin aprobación adecuada en la literatura médica y permanece sin cubrirse para el tratamiento de heridas que no cicatrizan. Además, la evidencia clínica no respalda el beneficio en la aplicación de productos PRP autólogos para el tratamiento de heridas crónicas que no cicatrizan y CMS determinó que no es razonable ni necesario y que nacionalmente no está cubierto.

Quedará a discreción del contratista local si paga por Becaplermin, un producto de factor de crecimiento no-autólogo aprobado por FDA para el tratamiento de heridas crónicas que no cicatrizan. Además, Medicare cubre los costos rutinarios de los productos autólogos PRP para el tratamiento de heridas crónicas que no cicatrizan asociados con pruebas clínicas de *Category B Investigational Device Exemption* de acuerdo con la Sección 42 CFR 405.201 – 405.215, 411.15 y 411.406 o la Sección 310.1 del Manual de Determinaciones de Cubiertas Nacionales.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial emitida a su contratista con relación a este cambio en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. Desde esta página, busque la columna CR NUM a la derecha y oprime CR-3384.

Además, si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con su contratista al 1-877-715-1821.

Medical Policy

In 1992 CMS issued a national Medicare non-coverage determination in relation to platelet-derived wound healing formulas containing growth factors in the treatment of non-healing wounds. The determination was based on a lack of sufficient published data to determine the safety and efficacy of such formulas, and a Public Health Service technology assessment.

Recently, CMS reconsidered that 1992 decision and concluded that the clinical effectiveness of autologous PDGF products continues to be inadequately proven in scientific literature, and it remains non-covered for treatment of chronic, non-healing cutaneous wounds. Additionally, the clinical evidence does not support a benefit in the application of autologous PRP for the treatment of chronic, non-healing wounds, and CMS has determined it is not reasonable and necessary and is nationally non-covered.

It will remain at the local carrier's discretion whether to pay for Becaplermin, a non-autologous growth factor product approved by the FDA for the treatment of chronic non-healing subcutaneous wounds. Also, the routine costs of autologous PRP products for the treatment of chronic non-healing wounds associated with Category B Investigational Device Exemption clinical trials are covered by Medicare in accordance with 42 CFR 405.201 – 405.215, 411.15, and 411.406 or section 310.1 of the National Coverage Determinations Manual.

Additional Information

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. From that web page, look for CR 3384 in the CR NUM column on the right and click on the file for that CR.

Also, if you have any questions, please contact your carrier at their 1-877-715-1821.

Pub. 100-03/MNCD Trans. 19/CR-3384/July 30, 2004/JLS

Política Médica

PRUEBAS DE DINTEL DE CONDUCCIÓN NERVIOSA SENSORIAL

Tipo de Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores.

Acción Necesaria del Proveedor

Medicare se reafirma en no cubrir ningún tipo de prueba del dintel de conducción nerviosa sensorial (sNCTs, por sus siglas en inglés). No se cubrirán los dispositivos utilizados para realizar estas pruebas para diagnosticar neuropatías o radiculopatías sensoriales. Esta instrucción es una corrección del CR-2988 del 19 de marzo de 2004, el cual debe descartarse y sustituirse por el CR-3339 del 18 de junio de 2004. Estos cambios entraron en vigor desde el 1 de abril de 2004.

Trasfondo

Como resultado de una reconsideración, Medicare se reafirma en no cubrir ningún tipo de prueba del dintel de conducción nerviosa sensorial ni los dispositivos utilizados para realizar estas pruebas para diagnosticar neuropatías o radiculopatías sensoriales.

La revisión de la Sección 160.23 de la Publicación 100-03 es una decisión de Cubierta Nacional y las decisiones de Cubierta Nacional aplican a todos los contratistas de Medicare, intermediarios fiscales, organizaciones para mejoramiento de la calidad, organizaciones para el mantenimiento de la salud, planes médicos competitivos y para planes de salud de prepago. En el código Federal de Regulaciones bajo el 42 CFR 422.256(b), una decisión de Cubierta Nacional que expanda la cubierta de Medicare aplicaría también a las organizaciones Medicare Advantage. Además, un juez en ley administrativa no puede revisar una decisión de Cubierta Nacional (Referirse a la Ley del Seguro Social en su Sección 1869 (f)(1)(A)(i)).

Observe que esta instrucción es una corrección del CR-2988 emitido anteriormente, el cual debe descartarse y sustituirse con esta instrucción.

Medical Policy

NCD: SENSORY NERVE CONDUCTION THRESHOLD TEST (SNCTS)

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers

Provider Action Needed

This instruction reaffirms the existing Medicare noncoverage policy on any type of Sensory Nerve Conduction Threshold Test (sNCT), and the device(s) used to perform the test, to diagnose sensory neuropathies or radiculopathies. This instruction constitutes a technical correction to previously issued Change Request (CR) 2988, and CR2988 should be discarded and replaced with this instruction. CR2988 was issued on March 19, 2004.

Background

As a result of reconsideration, this instruction reaffirms the existing Medicare noncoverage policy on any type of Sensory Nerve Conduction Threshold Test (sNCT), and the device(s) used to perform the test, to diagnose sensory neuropathies or radiculopathies.

The revision to Section 160.23 of Pub. 100-03 is a National Coverage Determination (NCD), and NCDs are binding on all Medicare carriers, fiscal intermediaries, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, and health care prepayment plans. Under 42 CFR 422.256(b), an NCD that expands coverage is also binding on a Medicare Advantage Organizations. In addition, an administrative law judge may not review an NCD. (See the Social Security Act, Section 1869(f)(1)(A)(i))

Note that this instruction constitutes a technical correction to previously issued Change Request (CR) 2988. CR2988 should be discarded and replaced with this instruction.

Cont. on next page

Política Médica

Implantación

1 de abril de 2004

Instrucciones Relacionadas

El manual actualizado de instrucciones se incluyó en las instrucciones oficiales dadas a su contratista de Medicare y puede encontrar el mismo en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

En esta página electrónica puede buscar el CR-3339 en la columna a mano derecha titulada CR NUM y presionar el archivo para este CR.

Si usted tiene alguna pregunta, puede contactar a su contratista libre de costo al 1-877-715-1921.

Información Adicional

A continuación encontrará la revisión del Manual de Determinaciones de Cubierta Nacional, Publicación 100-03, Capítulo 1 (Determinaciones de Cubierta), Sección 160 (Sistema Nervioso), Subdivisión 160.23 (Pruebas del Dintel de Conducción Nerviosa Sensorial). Las secciones revisadas están escritas en **negrilla y en itálica**.

Manual de Determinaciones de Cubierta Nacional

Capítulo 1 – Determinaciones de Cubierta

160 – Sistema Nervioso

160.23 – Pruebas de Dintel de Conducción Nerviosa Sensorial (sNCTs)

160.23 – Pruebas de Dintel de Conducción Nerviosa Sensorial (sNCTs)

A. General

Los sNCTs son pruebas psicofísicas para la evaluación de las funciones nerviosas periféricas y centrales. Estas miden el dintel de detección de un estímulo sensorial calibrado con precisión. La intención de este procedimiento es evaluar y cuantificar la función de fibras de calibre grande y pequeño con el propósito de detectar enfermedad neurológica. La percepción sensorial y el dintel de detección son dependientes de la integridad de tanto el aparato sensorial periférico como de los caminos de conducción sensorial periférico a central.

Medical Policy

Implementation

The implementation date for this instruction is April 1, 2004.

Related Instructions

The updated manual instructions are also included in the official instruction issued to your carrier, and it can be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

From that Website, look for CR3339 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 1-877-715-1921.

Additional Information

*The following is the revision to the Medicare National Coverage Determinations Manual, Pub. 100-03, Chapter 1 (Coverage Determinations), Section 160 (Nervous System), Subsection 160.23 (Sensory Nerve Conduction Threshold Tests (sNCTs)). Revised sections are **bolded and italicized**.*

Medicare National Coverage Determinations Manual

Chapter 1 – Coverage Determinations

160 – Nervous System

160.23 – Sensory Nerve Conduction Threshold Tests (sNCTs)

160.23 – Sensory Nerve Conduction Threshold Tests (sNCTs)

A. General

Sensory Nerve Conduction Threshold Tests (sNCT) is a psychophysical assessment of both central and peripheral nerve functions. It measures the detection threshold of accurately calibrated sensory stimuli. This procedure is intended to evaluate and quantify function in both large and small caliber fibers for the purpose of detecting neurologic disease. Sensory perception and threshold detection are

Cont. on next page

Política Médica

En teoría una anomalía detectada por esta prueba puede indicar una disfunción a cualquier nivel de los caminos de conducción sensorial, sea a nivel del receptor, el tracto sensorial, la corteza primaria sensorial o de la corteza de asociación.

Este procedimiento es diferente y distinto a la medición de amplitud y latencia de la velocidad de conducción nerviosa. También es diferente a la medición de los potenciales somatosensoriales evocados de corta latencia.

Desde el 1 de octubre de 2002, CMS concluyó que no había datos científicos suficientes y que no había suficiente evidencia clínica, para considerar a estas pruebas y a los dispositivos utilizados para realizarlas, como razonables y necesarios dentro de la definición de la sección 1862 (a)(1)(A) de esta ley. Por lo tanto, se determinó que las pruebas de sNCT no se cubrirán.

Desde el 1 de abril de 2004 y basado en una reconsideración de la actual política de Medicare para sNCT, CMS determinó que **el uso de cualquier tipo de dispositivo de sNCT (Ejemplo: dispositivos que producen corriente para detectar el dintel de la percepción de la corriente, el dintel de la tolerancia al dolor o dispositivos de insumo de voltaje, utilizados para pruebas del dintel de voltaje de la conducción nerviosa) utilizados para el diagnóstico de neuropatías o radiculopatías en los beneficiarios de Medicare no es un servicio necesario ni razonable.**

B. Indicaciones Nacionales Cubiertas

No aplica.

C. Indicaciones Nacionales No Cubiertas

Medicare no cubrirá todos los usos de sNCT para el diagnóstico de radiculopatías o neuropatías sensoriales.

(La última revisión de esta decisión de cubierta nacional fue en **junio** de 2004).

Medical Policy

dependent on the integrity of both the peripheral sensory apparatus and peripheral-central sensory pathways. In theory, an abnormality detected by this procedure may signal dysfunction anywhere in the sensory pathway from the receptors, the sensory tracts, the primary sensory cortex, to the association cortex.

This procedure is different and distinct from assessment of nerve conduction velocity, amplitude and latency. It is also different from short-latency somatosensory evoked potentials.

Effective October 1, 2002, CMS initially concluded that there was insufficient scientific or clinical evidence to consider the sNCT test and the device used in performing this test reasonable and necessary within the meaning of section 1862(a)(1)(A) of the law. Therefore, sNCT was noncovered.

Effective April 1, 2004, based on a reconsideration of current Medicare policy for sNCT, CMS concludes that **the use of any type of sNCT device (e.g. "current output" type device used to perform current perception threshold (CPT), pain perception threshold (PPT), or pain tolerance threshold (PTT) testing or "voltage input" type device used for voltagenerve conduction threshold (v-NCT) testing) to diagnose sensory neuropathies or radiculopathies in Medicare beneficiaries is not reasonable and necessary.**

B. Nationally Covered Indications

Not applicable.

C. Nationally Noncovered Indications

All uses of sNCT to diagnose sensory neuropathies or radiculopathies are noncovered.

*(This NCD last reviewed **June** 2004.)*

Pub. 100-03/MNCD Trans. 15/CR-3339/June 18, 2004/JLS

Política Médica

LAVADO ARTROSCÓPICO Y DEBRIDACIÓN ARTROSCÓPICA DE LA RODILLA OSTEOARTRÍTICA

Proveedores Afectados

Todos los médicos y proveedores de Medicare.

Acción Necesaria del Proveedor

Medicare publicó una Determinación de Cubierta Nacional (NCD, por sus siglas en inglés) sobre el lavado artroscópico y la debridación artroscópica de la rodilla osteoartrítica.

Qué Necesita Saber

Esta NCD emitida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) estipula que:

1. El tratamiento de una rodilla osteoartrítica sólo con un lavado artroscópico,
2. la debridación artroscópica de una rodilla solamente por la presentación de dolor, y
3. la debridación artroscópica con o sin debridación para los pacientes con osteoartritis severa de la rodilla, no son servicios cubiertos por Medicare nacionalmente.

Qué Necesita Hacer

Es su responsabilidad conocer esta NCD y el impacto que tiene en los servicios que usted provee.

Trasfondo

La artroscopía es un procedimiento quirúrgico que permite la visualización directa del espacio interior de la coyuntura. Además de proveer visualización, la artroscopía facilita la limpieza de la coyuntura por medio de la utilización de lavado o irrigación. El lavado artroscópico puede implicar la irrigación de la rodilla con grandes o pequeños volúmenes

Medical Policy

ARTHROSCOPIC LAVAGE AND ARTHROSCOPIC DEBRIDEMENT FOR THE OSTEOARTHRITIC KNEE

Provider Types Affected

All Medicare physicians and providers

Provider Action Needed

Medicare has issued a national coverage determination (NCD) related to the arthroscopic lavage and arthroscopic debridement for the Osteoarthritic knee.

What You Need to Know

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has issued an NCD stating that:

1. *arthroscopic lavage alone for treatment of osteoarthritis of the knee,*
2. *arthroscopic debridement for presentation of knee pain only, or*
3. *arthroscopic debridement and lavage with or without debridement, for patients with severe osteoarthritis of the knee are now nationally **non-covered**. All other indications of debridement for patients without severe osteoarthritis of the knee who present with symptoms other than pain alone are at the discretion of the Medicare contractor (carrier or intermediary).*

What You Need to Do

Be aware of this NCD and its impact on the services you provide.

Background

Arthroscopy is a surgical procedure that allows the direct visualization of the interior joint space. In addition to providing visualization, arthroscopy enables the process of joint cleansing through the use of lavage or irrigation. Lavage alone may involve either

Cont. on next page

Política Médica

de solución salina. Aunque generalmente este procedimiento se realiza para disminuir dolor y mejorar funcionamiento, la práctica actual no reconoce el beneficio del lavado solamente para la reducción de síntomas mecánicos.

La artroscopia también permite la remoción de cuerpos sueltos dentro del espacio articular interior, este procedimiento se conoce como debridación artroscópica. La debridación, cuando se utiliza sola y no se especifica de otro modo, puede incluir el lavado o irrigación de la rodilla con grandes o pequeños volúmenes de solución salina. La osteoartritis es una enfermedad articular crónica y dolorosa que es el resultado de cambios degenerativos. El Colegio Americano de Reumatología define que un paciente tiene osteoartritis de la rodilla cuando éste tiene dolor y cumple con por lo menos cinco de los siguientes criterios:

- Más de 50 años de edad;
- Rigidez matutina de menos de 30 minutos de duración;
- Crepitación por los movimientos activos;
- Sensibilidad ósea;
- Agrandamiento óseo;
- Que el sinovio no sienta un calor palpable;
- Un ESR (Razón de Sedimentación de Eritrocitos) menor de 40 mm/hr;
- Factor reumatoideo menor de 1:40; e
- Indicio de líquido sinovial.

Dado que la efectividad clínica del lavado artroscópico y de la debridación artroscópica para el tratamiento de la rodilla severamente artrítica no se ha verificado científicamente a través de estudios controlados, y, después de discusiones con investigadores clínicos, con la comunidad de ortopedas y con otros grupos interesados, CMS redactó esta NCD.

En esta Determinación de Cubierta Nacional (NCD) CMS determinó que los siguientes procedimientos no se considerarán como razonables o necesarios en el tratamiento de la rodilla osteoartítica y, por ende, no tendrán cubierta bajo el Programa Medicare:

Medical Policy

large or small volume saline irrigation of the knee by arthroscopy. Although generally performed to reduce pain and improve function, current practice does not recognize the benefit of lavage alone for the reduction of mechanical symptoms.

Arthroscopy also permits the removal of any loose bodies from the interior joint space, a procedure termed debridement. Debridement, when used alone or not otherwise specified, may include low-volume lavage or washout. Osteoarthritis is a chronic and painful joint disease caused by degeneration. The American College of Rheumatology defines a patient diagnosis of osteoarthritis of the knee as presenting with pain, and meeting at least five of the following criteria:

- *Over 50 year of age;*
- *Less than 30 minutes of morning stiffness;*
- *Crepitus (noisy, grating sound) on active motion;*
- *Bony tenderness;*
- *Bony enlargement;*
- *No palpable warmth of synovium;*
- *ESR <40mm/hr;*
- *Rheumatoid Factor <1:40; and*
- *Synovial fluid signs.*

Because the clinical effectiveness of arthroscopic lavage and arthroscopic debridement for the severe arthritic knee has not been verified by scientifically controlled studies and after thorough discussions with clinical investigators, the orthopedic community, and other interested parties, CMS issued this NCD.

In this NCD, CMS determines that the following procedures are not considered reasonable or necessary in treatment of the osteoarthritic knee and are not covered by the Medicare Program:

Cont. on next page

Política Médica

- El tratamiento de la rodilla osteoartítica sólo con lavado artroscópico.
- Debridación artroscópica para el paciente con osteoartritis que sólo presenta dolor en la rodilla.
- Debridación artroscópica con o sin lavado para pacientes con la condición de osteoartritis severa. Osteoartritis severa corresponde al grado III y IV de la escala de clasificación de "Outerbridge". La escala de clasificación clínica de "Outerbridge" es la escala que comúnmente se utiliza para clasificar la severidad de la enfermedad articular degenerativa de la rodilla por divisiones y grado. Grado I se define como el ablandamiento o la formación de vesículas en el cartílago articular. Grado II se define como la fragmentación o la formación de fisuras en un área menor de un centímetro. Grado III presenta fragmentación del cartílago o fisuras en un área mayor a un centímetro. Grado IV corresponde a la erosión del cartílago hasta el hueso. Grado III y Grado IV son característicos de osteoartritis severa.

Fuera de las indicaciones no cubiertas para el lavado artroscópico o la debridación artroscópica de la rodilla osteoartítica arriba mencionadas, todas las otras indicaciones para la debridación en pacientes sin osteoartritis severa de la rodilla que manifiesten otros síntomas, fuera de tan sólo dolor, la cubierta queda a discreción del contratista. Para determinar la cubierta de estos casos, el contratista puede requerir que se someta uno o todos los siguientes documentos:

- Notas operativas
- Informes de rayos X
- Resultados de artroscopía

Información Adicional

Esta es una revisión del Capítulo 1, Sección 150.9 de la Publicación 100-03 del Manual de Determinaciones de Cubierta Nacional (NCD) de Medicare. Los NCD aplican a todos los Contratistas de Medicare, Intermediarios

Medical Policy

- *Arthroscopic lavage used alone for the osteoarthritic knee;*
- *Arthroscopic debridement for osteoarthritic patient presenting with knee pain only; or*
- *Arthroscopic debridement and lavage, with or without debridement, for patients presenting with severe osteoarthritis. Severe osteoarthritis is defined in the Outerbridge classification scale, grades III and IV. Outerbridge is the most commonly used clinical scale that classifies the severity of joint degeneration of the knee by compartments and grade. Grade I is defined as softening or blistering of joint cartilage. Grade II is defined as fragmentation or fissuring in an area <1 cm. Grade III presents clinically with cartilage fragmentation or fissuring in an area >1 cm. Grade IV refers to cartilage erosion down to the bone. Grade III and IV are characteristic of severe osteoarthritis.*

Other than the above non-covered indications for arthroscopic lavage and/or arthroscopic debridement of the osteoarthritic knee, all other indications of debridement for patients without severe osteoarthritis of the knee who present with symptoms other than pain alone, remain at the discretion of the local carrier or intermediary. In order to determine coverage in such cases, the carrier or intermediary may require submission of one or all of the following documents:

- *Operative notes;*
- *Reports of standing x-rays; and/or*
- *Arthroscopy results.*

Additional Information

This is a revision of Chapter 1, Section 150.9 of Pub. 100-03, the Medicare National Coverage Determination Manual. The NCDs are binding on all Medicare carriers, fiscal

Cont. on next page

Política Médica

Fiscales, Organizaciones del Mejoramiento de la Calidad, Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, Planes Médicos competitivos y Planes Prepagados para el Cuidado de la Salud.

Bajo el 42 CFR 422.256 (b), una NCD que expande la cubierta también aplica a las organizaciones de "Medicare + Choice". Además, un Juez de Ley Administrativa (ALJ, por sus siglas en inglés) no puede revisar una NCD. Ver 1864 (f) (1) (A) (i) del "Social Security Act". Para ver esta NCD publicado por CMS, vaya a: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R14NCD.pdf.

Medical Policy

intermediaries, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, and health care prepayment plans.

Under 42 CFR 422.256(b), an NCD that expands coverage is also binding on a 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). To view the actual NCD issued by CMS, go to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R14NCD.pdf.

CR3281/Transmittal 14/Pub.100-03 NCD/June 10, 2004/JLS/els

SERVICIOS DE ADIESTRAMIENTO PARA EL AUTO MANEJO DE LA DIABETES

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y otros proveedores

Acción Necesaria del Proveedor

Los médicos suplidores y proveedores deben tener en cuenta que la definición de Diabetes Mellitus cambió.

Qué Necesita Saber

Esta instrucción es una revisión al Manual Exclusivo de Internet (IOM, por sus siglas en inglés), la cual cambia la definición de Diabetes Mellitus. Además, se añadió material que no se había publicado anteriormente en este manual.

Qué Necesita Hacer

Debe referirse a las secciones de esta instrucción tituladas Trasfondo e Información Adicional porque en éstas obtendrá información adicional con respecto a estos cambios.

Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) revisaron recientemente las Secciones 300 al 300.5 del IOM. En dichas secciones sobre

DIABETES SELF-MANAGEMENT TRAINING SERVICES

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers.

Provider Action Needed

Physicians, suppliers, and providers should note that the definition for diabetes mellitus has been changed.

What You Need to Know

This instruction revises the current Internet Only Manual (IOM) for Diabetes Self-Management Training (DSMT), and changes the definition for diabetes mellitus. Also, material that was not originally included from previous instructions has been added to the IOM.

What You Need to Do

Refer to the Background and Additional Information sections of this instruction for additional information regarding these changes.

Background

This instruction, recently issued by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS),

Política Médica

los Servicios de Adiestramiento para el Auto Manejo de la Diabetes (DSMT, por sus siglas en inglés) se cambió la definición de Diabetes Mellitus por la que aparece en el **Federal Register**, Volumen 68, #216 del 7 de noviembre de 2003, página 63261.

La Sección 4105 del "Balance Budget Act" de 1997 permite la cubierta de Medicare para los servicios DSMT cuando estos servicios los ofrece un proveedor certificado que reúna ciertos estándares de calidad. La intención de este programa es educar a los beneficiarios para que logren un exitoso auto manejo de la Diabetes. Este programa incluye instrucciones relacionadas con auto monitorizar el azúcar en sangre, educación sobre dietas y ejercicios, un plan de tratamiento diseñado específicamente para los pacientes que dependen de la insulina y motivar a los pacientes para que utilicen sus destrezas de auto manejo.

Los servicios DSMT se pagarán sólo si el médico o el profesional de la salud cualificado que administra la condición de Diabetes del beneficiario certifica que dichos servicios son necesarios. El médico que refiere o el profesional de la salud cualificado debe mantener el plan de cuidado en el expediente clínico del beneficiario, así como, en el caso que se ordene, la documentación que sustente la necesidad de un adiestramiento individual cuando usualmente estaría cubierto un adiestramiento grupal. La orden debe incluir una declaración firmada por el médico en la que certifica que el servicio es necesario y debe también incluir lo siguiente:

- El número inicial de horas o de seguimiento ordenadas (El médico puede ordenar menos de 10 horas de adiestramiento);
- Los temas a cubrir en el adiestramiento (Las horas iniciales de instrucción pueden utilizarse para el programa de adiestramiento inicial completo o para áreas específicas como nutrición o adiestramiento para el uso de la insulina); y

Medical Policy

*revises the current Internet Only Manual (IOM) for diabetes self-management training (DSMT) (Section 300 through 300.5), and the definition for diabetes mellitus has been changed per Volume 68, #216, November 7, 2003, page 63261 of the **Federal Register**.*

Section 4105 of the Balanced Budget Act of 1997 permits Medicare coverage of Diabetes Self- Management Training (DSMT) services when these services are furnished by a certified provider who meets certain quality standards. This program is intended to educate beneficiaries in the successful selfmanagement of diabetes. The program includes instructions in self-monitoring of blood glucose; education about diet and exercise; an insulin treatment plan developed specifically for the patient who is insulindependent; and motivation for patients to use the skills for self-management.

Diabetes self-management training services may be covered by Medicare only if the treating physician or treating qualified nonphysician practitioner who is managing the beneficiary's diabetic condition certifies that such services are needed. The referring physician or qualified nonphysician practitioner must maintain the plan of care in the beneficiary's medical record and documentation substantiating the need for training on an individual basis when group training is typically covered, if so ordered. The order must also include a statement signed by the physician that the service is needed as well as the following:

- *The number of initial or follow-up hours ordered (the physician can order less than 10 hours of training);*
- *The topics to be covered in training (initial training hours can be used for the full initial training program or specific areas such as nutrition or insulin training); and*

Cont. on next page

Política Médica

- Una determinación de que el beneficiario debe recibir adiestramiento grupal o individual.

El proveedor debe mantener en el expediente documentación que incluya la orden original del médico y cualquier condición especial documentada por éste.

Definición de Diabetes y Beneficiarios Elegibles para la Cubierta de DSMT

Medicare Parte B cubre hasta 10 horas de instrucción inicial para beneficiarios diagnosticados con Diabetes. Diabetes se define como Diabetes Mellitus, una condición de metabolismo anormal de la glucosa que se diagnostica al utilizar los siguientes criterios:

- En ayuna una azúcar en sangre mayor o igual a 126 mg/dl en dos ocasiones diferentes;
- Que en dos ocasiones diferentes se obtenga una glucosa mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de un estímulo con glucosa; o
- Una prueba aleatoria de glucosa que esté por encima de 200 mg/dl en una persona con síntomas de Diabetes descontrolada.

Instrucciones Relacionadas

Las siguientes secciones del Manual de Políticas de Beneficiarios de Medicare (Pub 100-02), Capítulo 15 (Cubierta Médica y otros Servicios de Salud), se revisaron:

- Sección 300 (Servicios Ambulatorios de Adiestramiento para el Auto Manejo de la Diabetes)
 - Subdivisión 300.1 (Requisitos de cubierta)
 - 300.2 (Proveedores Certificados)
 - 300.3 (Frecuencia de Adiestramientos)
 - 300.4 (Adiestramiento Ambulatorio para el Auto Manejo de la Diabetes)

Medical Policy

- A determination that the beneficiary should receive individual or group training.

The provider of the service must maintain documentation in file that includes the original order from the physician and any special conditions noted by the physician.

Beneficiaries Eligible for Coverage and Definition of Diabetes

Medicare Part B covers (not to exceed) 10 hours of initial training for a beneficiary who has been diagnosed with diabetes. Diabetes is defined as diabetes mellitus, a condition of abnormal glucose metabolism diagnosed using the following criteria:

- A fasting blood sugar greater than or equal to 126 mg/dL on two different occasions;
- A two-hour post-glucose challenge greater than or equal to 200 mg/dL on two different occasions; **or**
- A random glucose test over 200 mg/dL for a person with symptoms of uncontrolled diabetes.

Related Instructions

The following sections of the Medicare Benefit Policy Manual (Pub 100-2), Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services) have been revised:

- Section 300 (Diabetes Outpatient Self-Management Training Services)
 - Subsections 300.1 (Coverage Requirements)
 - 300.2 (Certified Providers)
 - 300.3 (Frequency of Training)
 - 300.4 (Outpatient Diabetes Self-Management Training).

Cont. on next page

Política Médica

Puede localizar el Manual de Políticas de Beneficiarios de Medicare, Capítulo 15, en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/102_policy/bp102c15.pdf.

Información Adicional

Puede localizar las instrucciones oficiales provistas a su contratista con respecto a este cambio en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

En esta página de la red busque el CR-3185 en la columna al lado derecho, con título "CR Núm." y presione en el archivo para ese CR.

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

Medical Policy

The Medicare Benefit Policy Manual, Chapter 15 can be found at the following CMS website: http://www.cms.hhs.gov/manuals/102_policy/bp102c15.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/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.

Pub. 100-02/MBP Trans. 13/CR-3185/May 28, 2004/JLS/nl/els

CLARIFICACIÓN PARA LA FACTURACIÓN DE DISPOSITIVOS DE APOYO AL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Proveedores Afectados

Todos los proveedores que facturan a Medicare por los Sistemas de Apoyo al Ventrículo Izquierdo (LVAS, por sus siglas en inglés) y por los reemplazos de complementos y suministros médicamente necesarios asociados a estos sistemas.

Acción Necesaria del Proveedor

Los fabricantes pueden haber sugerido, erróneamente, que las instrucciones dadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) a través del Memorando del Programa AB-02-152, página 8, permiten que el proveedor, para recibir un pago adicional bajo la Parte B, cite a un paciente recientemente dado de alta a una visita ambulatoria con el propósito de reemplazar un Dispositivo de Apoyo al Ventrículo Izquierdo (LVAD, por sus siglas en inglés) que fue provisto bajo los beneficios de la Parte A.

CLARIFICATION FOR BILLING LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICES

Provider Types Affected

All providers who bill Medicare for Left Ventricular Assist Systems (LVAS) and the medically necessary supplies and replacement accessories.

Provider Action Needed

Manufacturer(s) may have erroneously suggested that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) instructions on page 8 of Program Memorandum AB-02-152 allow providers to bring a recently discharged patient back for an outpatient visit to replace the Left Ventricular Assist Device (LVAD) equipment that was furnished under Part A in order to receive extra payment under Part B.

Cont. on next page

Política Médica

Qué Necesita Saber

Esta sugerencia errónea puede llevar a los hospitales a dar por cierto que pueden recibir un pago adicional de la Parte B de Medicare en casos donde el reemplazo del equipo de LVAD o los suministros para éste no son médicamente necesarios.

Qué Tiene que Hacer

Entienda que los pagos bajo la Parte B de Medicare son para suministros adicionales o reemplazo de complementos que son **médicamente necesarios** y que se requieren luego de que el paciente fue dado de alta del hospital. Los casos de reemplazo que no tengan necesidad médica se considerarán como facturación duplicada. Por favor, haga referencia a la siguiente sección.

Trasfondo

El Memorando del Programa que define la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 2378 incluye instrucciones con respecto al pago de los Sistemas de Apoyo al Ventrículo Izquierdo (LVAS) o del Dispositivo de Apoyo al Ventrículo Izquierdo (LVAD) (página 8 del AB-02-152).

Cuando el LVAS se implanta en un lugar de servicio hospitalario, Medicare paga bajo los beneficios de la Parte A para:

- Servicios a pacientes reclusos en el hospital; y para los
- Suministros y todos los complementos necesarios para los LVAS (provistos en el hospital como el lugar de servicio).

Medicare paga, bajo los beneficios de la Parte B, los suministros adicionales y reemplazos de complementos que son **médicamente necesarios** y que el paciente requiera luego del alta del hospital.

Las reclamaciones de los suplidores que reemplazan suministros y complementos que se utilizan con los LVAS deben facturarse al contratista local. Las reclamaciones por reemplazo de suministros y complementos suplidos por los hospitales deben facturarse al intermediario. Es la responsabilidad del contratista local o del

Medical Policy

What You Need to Know

This erroneous suggestion may lead hospitals to believe that they can get extra Part B payment for the LVAD equipment in cases where the replacement or supplies are not medically necessary.

What You Need to Do

*Please note that Medicare payment is made under Part B for additional **medically necessary** supplies and replacement accessories required after the patient has been discharged from the hospital. Cases without medical need for replacement would be considered double billing. Please also refer to the Background section below.*

Background

The program memorandum described in CR 2378 contains instructions regarding payment for the Left Ventricular Assist System (LVAS) or Left Ventricular Assist Device (LVAD) (page 8 of AB-02-152).

The Left Ventricular Assist System (LVAS) is implanted in an inpatient setting and Medicare payment is made under Part A for:

- Hospital inpatient services; and
- Supplies and all necessary accessories for the LVAS (provided in the inpatient setting).

*Medicare payment is made under Part B for additional **medically necessary** supplies and replacement accessories required after the patient has been discharged from the hospital.*

Claims for replacement of supplies and accessories used with the LVAS that are furnished by suppliers should be billed to the local carriers. Claims for replacement of supplies and accessories that are furnished by hospitals should be billed to the intermediary. It is the responsibility of the local carrier or intermediary to determine

Cont. on next page

Política Médica

intermediario determinar si el reemplazo de suministros y complementos puede ser cubierto y de proveer instrucciones, cuando sea necesario, de la frecuencia con que se puede sustituir estos artículos.

Los fabricantes pueden haber sugerido, erróneamente, que las instrucciones de CMS en el AB-02-152 le permiten al proveedor citar al paciente recientemente dado de alta del hospital a una cita ambulatoria con el propósito de reemplazar el equipo de LVAD que fue provisto bajo la Parte A y así recibir un pago adicional bajo la Parte B. Esta sugerencia errónea puede llevar a los hospitales a dar por cierto que pueden obtener un pago adicional de la Parte B en los casos donde el reemplazo o los suministros no eran médicamente necesarios.

CMS le recuerda a los proveedores, a los suplidores, a los intermediarios de Medicare y a los contratistas que el pago bajo la Parte B sólo se puede hacer por la sustitución de componentes y complementos que sean razonables y necesarios.

Si el intermediario o el contratista recibe reclamaciones para el reemplazo de artículos dentro de un periodo de tiempo relativamente corto luego del alta del hospital, ellos estarán alertas de que ésto puede ser sólo un intento de obtener remuneración adicional por el LVAD bajo los beneficios de la Parte B (en aquellos casos donde no hay una verdadera necesidad del reemplazo).

Por ejemplo, las baterías o fuentes de energía para estos dispositivos requieren reemplazos periódicamente. Los fabricantes indican que estos artículos deben durar aproximadamente de 6 meses a un año, dependiendo de la marca del dispositivo. Por lo tanto, no sería razonable ni necesario el sustituir este artículo en cualquier momento antes de que la expectativa de vida mínima de este producto expire. Para otros componentes y complementos, las expectativas de vida podrían ser aún mayores. Los casos de reemplazos sin necesidad medica se considerarán como facturación duplicada.

Información adicional

Para ver la página 8 del Memorando del Programa AB-02-152, puede visitar: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB02152.pdf.

Medical Policy

whether the replacement supplies and accessories can be covered and to provide instructions, as needed, on how often these items can be replaced.

Manufacturer(s) may have erroneously suggested that CMS instructions in AB-02-152 allow providers to bring a recently discharged patient back for an outpatient visit to replace the LVAD equipment that was furnished under Part A in order to receive extra payment under Part B. This erroneous suggestion may lead hospitals to believe that they can get extra Part B payment in cases where the replacement or supplies are not medically necessary.

CMS reminds providers, suppliers, and Medicare intermediaries and carriers that payment under Part B can only be made for replacement of components and accessories that are reasonable and necessary.

If the intermediary or carrier gets claims for replacement of items within a relatively short period of time following discharge from the hospital, they will be aware that this may just be an attempt to obtain additional reimbursement for the LVAD under Part B (in those cases where there is not a true replacement need).

For example, the batteries or power sources for these devices require periodic replacement. The manufacturers have indicated that these items should last approximately 6 months to a year, depending on the brand of device. Therefore, it would not be reasonable and necessary to replace these items anytime before these minimum, expected product lifetimes have expired. For other components and accessories, the product lifetimes will be even longer. Cases without medical need for replacement would be considered double billing.

Additional Information

To view page 8 of the program memorandum AB-02-152, visit: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB02152.pdf.

SE0424/CR2378/AB-02-152/October 25, 222/JLS/els

Política Médica

NUEVOS REQUISITOS PARA LA FACTURACIÓN DE TRATAMIENTO ACTIVO/CORRECTIVO Y TERAPIA DE MANTENIMIENTO

Tipo de Proveedor Afectado:

Proveedores de cuidado quiropráctico

Acción Necesaria del Proveedor:

Los quiroprácticos han estado sometiendo un índice muy alto de reclamaciones incorrectas a Medicare. Medicare paga solamente los servicios del quiropráctico para el tratamiento activo/correctivo (esos que usan los códigos HCPCS 98940, 98941 ó 98942). Las reclamaciones por los servicios médicamente necesarios rendidos del 1 de octubre de 2004 en adelante deben contener el modificador de tratamiento agudo (AT) para reflejar los servicios ofrecidos o la reclamación será denegada.

Lo Que Usted Necesita Saber:

A partir del 1 de octubre de 2004, cuando usted proporcione tratamiento activo/correctivo agudo o crónico a los pacientes de Medicare, usted debe agregar el modificador AT a cada una de sus reclamaciones que utilicen los códigos de HCPCS 98940, 98941 ó 98942. Si usted no agrega este modificador, su cuidado será considerado terapia de mantenimiento y se denegará porque la terapia quiropráctica de mantenimiento no es médicamente razonable o necesaria bajo Medicare. Además, su personal de facturación debe estar enterado de cualquier política local (LMRP/LCD) para estos servicios en su área que pueda limitar la frecuencia o las circunstancias bajo las cuales se puede pagar la quiropráctica activa/correctiva. Si excede ese límite, usted no deberá utilizar el modificador AT.

Lo Que Usted Debe Hacer:

Cerciórese de que su personal de facturación esté enterado que deben aplicar el modificador AT a los códigos de HCPCS 98940, 98941 ó 98942 cuando su documentación clínica refleja que el cuidado que usted proporcionó a un paciente de Medicare consiste en tratamiento activo/correctivo.

Medical Policy

NEW REQUIREMENTS FOR CHIROPRACTIC BILLING OF ACTIVE/CORRECTIVE TREATMENT AND MAINTENANCE THERAPY

Provider Types Affected:

Chiropractic care providers.

Provider Action Needed:

Chiropractors have been submitting a very high rate of incorrect claims to Medicare. Medicare only pays for chiropractic services for active/corrective treatment (those using HCPCS codes 98940, 98941, or 98942). Claims for medically necessary services rendered on or after October 1, 2004, must contain the Acute Treatment (AT) modifier to reflect such services provided or the claim will be denied.

What You Need to Know:

On or after October 1, 2004, when you provide acute or chronic active/corrective treatment to Medicare patients, you must add the AT modifier to every one of your claims that use HCPCS codes 98940, 98941, or 98942. If you don't add this modifier, your care will be considered maintenance therapy and will be denied because maintenance chiropractic therapy is not medically reasonable or necessary under Medicare. Additionally, your billing staff should be aware of any local policy (LMRP/LCD) for these services in your area that might limit the frequency or circumstances under which active/corrective chiropractic can be paid. If you exceed that limit, you shall not use the AT modifier.

What You Need to Do

Make sure that your billing staff are aware that they must apply the AT modifier to HCPCS codes 98940, 98941, or 98942 when your clinical documentation reflects that the care you provided to a Medicare patient consists of active/corrective treatment.

Política Médica

Trasfondo

El Capítulo 15, Sección 30.5 del Manual de Política de Beneficios declara que la terapia quiropráctica de mantenimiento no es médicamente razonable o necesaria y que no es pagadera bajo el Programa Medicare.

Además, la información de Medicare indica que los quiroprácticos enviaron reclamaciones incorrectamente casi una tercera parte del tiempo, lo que coloca las reclamaciones del quiropráctico entre los índices de error más altos del cumplimiento del proveedor en Medicare. Para facturar correctamente a Medicare, utilice el modificador AT para cada reclamación que usted someta que sea por terapia activa/correctiva.

Para los servicios ofrecidos desde el 1 de octubre de 2004, todas sus reclamaciones por la terapia activa/correctiva (códigos HCPCS 98940, 98941, 98942) que no tenga el modificador AT se denegarán. Las reclamaciones sobre los límites de frecuencia de sus contratistas se deben facturar sin el modificador AT y se denegarán (usted todavía puede agregar el modificador GA o GZ según sea apropiado).

Implementación

Fecha de vigencia: 1 de octubre de 2004

Fecha de implementación: 4 de octubre de 2004

Información Adicional

Para más información acerca del uso del modificador AT, consulte el Capítulo 15, Sección 30.5 y 240.1.3 del Manual de Política de Beneficios.

A principios de octubre, usted puede acceder el Capítulo 15 en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/102_policy/bp102c15.pdf.

Usted puede ver esta instrucción antes de la fecha en: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/future.asp>.

También, puede verificar cualquier LMRP/LCDs que pueda aplicarle en: <http://www.cms.hhs.gov/mcd>.

Medical Policy

Background

Chapter 15, Section 30.5 of the Benefits Policy Manual states that chiropractic maintenance therapy is not medically reasonable or necessary, and is not payable under the Medicare Program.

Further, Medicare data indicates that chiropractors filed claims incorrectly almost a third of the time, ranking chiropractor claims among the highest Provider Compliance Error Rates in Medicare. To bill Medicare correctly, use the AT modifier for each claim you submit that is for active/corrective therapy.

For services rendered on or after October 1, 2004, all of your claims for active/corrective therapy (HCPCS codes 98940, 98941, 98942) that do not contain the AT modifier will be denied. Claims above your contractors' frequency limits must be billed without the AT modifier (you may still add the GA or GZ modifier as appropriate), and will be denied.

Important Dates to Know

Effective Date: October 1, 2004

Implementation Date: October 4, 2004

Related Instructions

For more information about using the AT modifier, consult Chapter 15, Section 30.5 and 240.1.3 of the Benefits Policy Manual.

In early October, you can access Chapter 15 at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/102_policy/bp102c15.pdf.

You can view this instruction before then at: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/future.asp>.

Also, you may check any LMRP/LCDs that may apply to you at: <http://www.cms.hhs.gov/mcd>.

Pub. 100-02/May 28, 2004/Trans._12/CR-3063/MBP/em

COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING - CERT

RECORDATORIO A LOS PROVEEDORES SOBRE LA NECESIDAD DE PROVEER INFORMACIÓN AL PROGRAMA “COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING” (CERT) DE MEDICARE

Proveedores Afectados:

Todos los proveedores de *Medicare*

Acción Necesaria del Proveedor:

Se les recuerda a los proveedores que deben cumplir con la solicitud de expedientes médicos que hagan los contratistas de *Medicare* para propósitos del programa CERT.

Trasfondo:

El Programa “Comprehensive Error Rate Testing” (CERT, por sus siglas en inglés) produce los índices de error (“error rates”) de las reclamaciones pagadas a escala nacional, por contratista, y por tipo de servicio, así como el índice de error del cumplimiento de los proveedores. El índice de error de reclamaciones pagadas es una medida del grado en el que el Programa Medicare paga las reclamaciones correctamente. El índice de error de cumplimiento de los proveedores es una medida del grado en el que los proveedores someten sus reclamaciones correctamente. El programa utiliza examinadores independientes para revisar muestras aleatorias representativas de las reclamaciones Medicare (las cuales incluyen reclamaciones pagadas y reclamaciones denegadas) para asegurar que la decisión fue adecuada.

El proceso de CERT comienza en el Contratista Afiliado (AC, por sus siglas en inglés)- lugar que procesa las reclamaciones de su contratista - donde las reclamaciones entran al sistema de procesamiento de reclamaciones Medicare. Todos los días el contratista de CERT selecciona y extrae reclamaciones al azar del sistema de procesamiento de reclamaciones.

REMINDER TO PROVIDERS TO SUPPLY INFORMATION TO MEDICARE’S COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING (CERT) PROGRAM

Provider Types Affected:

All Medicare providers.

Provider Action Needed:

Providers are reminded that they must comply with requests from Medicare contractors for medical records needed for the CERT program.

Background:

The CERT program produces national, contractor-specific, and service-specific paid claim error rates, as well as a provider compliance error rate. The paid claim error rate is a measure of the extent to which the Medicare program is paying claims correctly. The provider compliance error rate is a measure of the extent to which providers are submitting claims correctly. The program uses independent reviewers to review representative random samples of Medicare claims (including both paid claims and denied claims) to ensure that the decision was appropriate.

The CERT process begins at the Affiliated Contractor (AC) - your Medicare carrier or intermediary processing site - where claims have entered the Medicare claims processing system. The CERT contractor randomly selects and extracts claims from the claims processing system each day. The CERT contractor obtains medical records from providers (or from the AC, if the AC had previously subjected the claim to manually medical review).

Cont. on next page

COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING - CERT

El contratista de CERT obtiene los expedientes médicos de los proveedores (o del AC, si éste previamente llevó a cabo una revisión médica de la reclamación).

El contratista CERT solicita mediante formato escrito los expedientes médicos de los proveedores e incluye una lista de cotejo del tipo de documentación requerida. Además, el contratista CERT le da seguimiento a la solicitud escrita con llamadas telefónicas a los proveedores. Los proveedores tienen que someter la documentación al Centro de Operaciones de CERT vía facsímile o correo al número/dirección específica que se encuentra en la sección de Información Adicional más adelante en este documento.

Aunque a los proveedores se les requiere enviar la documentación para justificar su reclamación como parte del proceso de CERT, muchos proveedores no cumplen con este requerimiento. Los proveedores pueden pensar que es una violación a HIPAA el enviar documentos a CERT, pueden no entender el proceso de CERT o pueden no entender la importancia de enviar la documentación oportunamente. Sin embargo, es importante responder a tiempo a las solicitudes de CERT y proveerle al contratista CERT todos los expedientes médicos aplicables para justificar toda reclamación que forma parte de la muestra.

Si el proveedor no responde a la solicitud inicial de expedientes médicos de CERT, recibirá hasta cuatro cartas y tres llamadas telefónicas del contratista de CERT. Los proveedores que no envíen la documentación médica al contratista de CERT podrán recibir cartas de cobro por pagos indebidos de sus ACs, ya que los servicios para los que no hay documentación se interpretan como servicios que no se prestaron.

Información Adicional:

Los números de facsímile del contratista CERT son: (804)864-3268; (804)864-9940; y (804)864-9979.

The CERT contractor requests medical records from providers in a written format, including a checklist of the types of documentation required. In addition, the CERT contractor follows up on written requests with phone calls to providers. Providers must submit documentation to the CERT Operations Center via fax or by mail at the number/address specified in the Additional Information section below.

Although providers are required to send documentation to support claims as part of the CERT process, many providers do not comply with this requirement. Providers may believe that it is a HIPAA violation to send patient records to CERT, they may not understand the CERT process, or they may not understand the importance of sending documentation in a timely fashion. It is, however, important to respond in a timely fashion to CERT requests and to provide the CERT contractor with all applicable medical records used to support a sampled claim.

If providers do not respond to initial CERT requests for medical records, they will receive up to four letters and three phone calls from the CERT contractor. Providers who fail to submit medical documentation to the CERT contractor should expect to receive overpayment demand letters from their AC, as services for which there is no documentation are interpreted as services not rendered.

Additional Information:

The fax numbers for the CERT contractor are: (804)864-3268; (804) 864-9940; and (804) 864-9979.

Cont. on next page

COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING - CERT

Usted también puede enviar los documentos por correo a:

You can also mail documentation to:

AdvanceMed
CERT Operations Center
1530 E. Parham Road
Richmond, VA 23228

Si usted tiene preguntas sobre este proceso, por favor, comuníquese con su contratista al 1-877-715-1921.

Para conocer más sobre el programa CERT, usted puede ver el manual de instrucciones que se le emitió a su contratista bajo la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 2976 en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R67PI.pdf.

Recientemente, CMS publicó aclaraciones adicionales (CR-3229) a los Contratistas/ Intermediarios Fiscales. Para verlas, visite: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R77PI.pdf.

Para encontrar instrucciones futuras a los Contratistas / Intermediarios Fiscales sobre el manual de CERT, visite: http://www.cms.hhs.gov/manuals/108_pim/pim83c12.pdf.

If you have questions regarding this process, please contact your carrier at: 1-877-715-1921.

To learn more about the CERT program, you can view the manual instructions issued to your carrier/intermediary under CR 2976 by visiting: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R67PI.pdf.

Recently, CMS issued additional clarifications (CR3229) to your carrier/ intermediary. To view these clarifications, visit: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R77PI.pdf.

To find future CERT manual instructions issued to your carrier/intermediary, visit: http://www.cms.hhs.gov/manuals/108_pim/pim83c12.pdf.

CR2976/Trans. 67/Pub.100-08 MPI/February 27, 2004/CG/els

Políticas de Pago

NUEVAS PRUEBAS AL CERTIFICADO DE DISPENSA

A continuación las pruebas que aprobó recientemente la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) como pruebas de dispensa bajo el Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA, por sus siglas en inglés). Los códigos de procedimientos (Current Procedural Terminology) correspondientes a estas nuevas pruebas deben identificarse con el modificador QW para que sean reconocidas como pruebas de dispensa. Estas pruebas serán vigentes el 1 de octubre de 2004.

Billing Policies

NEW TESTS TO THE WAIVED CERTIFICATE

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

CODIGO CPT CPT CODE	DESCRIPCION DESCRIPTION	FECHA DE EFECTIVIDAD EFFECTIVE DATE
86318QW	Acon H. pylori Test Device	March 23, 2004
82010QW 82962	Abbott Medisense Precision Xtra Advance Diabetes Management System (K040814)	April 15, 2004
85018QW	HemoCue Hemoglobin 201+/HemoCue Hemoglobin Microcuvette System	May 5, 2004
83001QW	Synova Healthcare MenocheckPro (Professional Use)	May 11, 2004
82274QW G0328QW	Beckman Coulter Hemocult ICT	May 26, 2004

**El código CPT 82962 para el Abbott Medisense Precision Xtra Advance Diabetes Management System (K040814) no requiere el modificador QW para ser reconocido como una prueba de dispensa.

**CPT code 82962 to the Abbott Medisense Precision Xtra Advance Diabetes Management System (K040814) does not require a QW modifier to be recognized as a waived test.

CR-3372/Transmittal 258/July 30, 2004/ERO

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CÓDIGOS ICD-9-CM

Tipos de Proveedores que se Afectan

Médicos, suplidores y proveedores

Acción que el Proveedor Necesita Tomar

Medicare pronto emitirá la actualización anual de los códigos ICD-9-CM a contratistas. Esta actualización aplicará a reclamaciones con fecha de servicio del 1 de octubre de 2004 en adelante.

Qué Necesita Saber

A partir del 1 de octubre de 2004 Medicare no podrá otorgar el período de gracia de 90 días para que los médicos, proveedores y suplidores usen en sus facturas los códigos de diagnósticos ICD-9-CM discontinuados.

Qué Necesita Hacer

Debe estar preparado para usar los códigos actualizados al 1 de octubre de 2004. Refiérase a las secciones de [Trasfondo e Información Adicional](#) de este artículo para más detalles relacionados a esta instrucción.

Trasfondo

Esta instrucción es un recordatorio de que:

- Los contratistas usarán esta actualización de códigos ICD-9-CM para fechas de servicio del 1 de octubre de 2004 en adelante y
- Los intermediarios usarán esta actualización para altas otorgadas del 1 de octubre de 2004 en adelante.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) desarrollaron el uso de los códigos ICD-9-CM como sigue:

- Desde el 1979, los códigos ICD-9 son mandatorios para facturar los servicios a través del formulario CMS-1450.

Billing Policies

ANNUAL UPDATE OF THE INTERNATIONAL ICD-9-CM CODES

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers

Provider Action Needed

Medicare will soon issue the annual update of the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) to Medicare contractors. This update will apply for claims with service dates on or after October 1, 2004.

What You Need to Know

Remember that, as of October 1, 2004, Medicare no longer can provide a 90-day grace period for physicians, practitioners and suppliers to use in billing discontinued ICD-9-CM diagnosis codes.

What You Need to Do

Be ready to use the updated codes on October 1, 2004. Refer to the Background and Additional Information sections of this article for further details regarding this instruction.

Background

This instruction is a reminder that:

- Medicare carriers and intermediaries will use the annual International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) coding update effective for dates of service on or after October 1, 2004; and
- Discharges on or after October 1, 2004 for institutional providers.

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has been evolving the use of ICD-9-CM codes as follows:

- Beginning in 1979, ICD-9-CM codes became mandatory for reporting provider services on Form CMS-1450.

Cont. on next page

Políticas de Pago

- El 1 de abril de 1989 el uso de los códigos ICD-9-CM se hizo obligatorio para todos los servicios sometidos en el formulario CMS-1500.
- A partir del 1 de octubre de 2003 se requiere un código ICD-9, tanto en reclamaciones en papel como electrónicas, sometidas a los contratistas de Medicare con la excepción de las reclamaciones de ambulancias (especialidad 59). (Referirse al CR-2725 del 6 de junio de 2003, en http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/B03045.pdf).
- Para fechas de servicio del 1 de octubre de 2004 en adelante, CMS no otorgará el período de gracia de 90 días a médicos, proveedores y suplidores para el uso de los códigos descontinuados ICD-9-CM en las reclamaciones de Medicare. La ley HIPAA requiere que los códigos médicos sean vigentes a las fechas de servicio y los códigos de diagnósticos ICD-9-CM son códigos médicos (Referirse al CR-3094 del 6 de febrero de 2004 en <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3094.pdf>).

Las actualizaciones de los códigos ICD-9-CM se publican en el "Federal Register" en abril y mayo de cada año como parte de los cambios propuestos para los "Hospital Inpatient Prospective Payment System" y son vigentes cada 1^{er}o de octubre de ese año. Los médicos, profesionales de la salud y suplidores deben usar el código de diagnóstico válido comenzando el 1 de octubre de 2004.

Después que los códigos ICD-9-CM se publiquen en el "Federal Register", CMS publicará los códigos nuevos, revisados y descontinuados en la siguiente dirección electrónica: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>. Esta actualización estará disponible desde junio.

Billing Policies

- *On April 1, 1989, the use of ICD-9-CM codes became mandatory for all physician services submitted on Form CMS-1500.*
- *Effective October 1, 2003, an ICD-9-CM code is required on all paper and electronic claims billed to Medicare carriers with the exception of ambulance claims (specialty type 59) (see Change Request (CR) 2725, dated June 6, 2003, at http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/B03045.pdf)*
- *Effective for dates of service on and after October 1, 2004, CMS will no longer provide a 90-day grace period for physicians, practitioners and suppliers to use in billing discontinued ICD-9-CM diagnosis codes on Medicare claims. The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires that medical code sets be date-of-service compliant, and ICD-9-CM diagnosis codes are a medical code set (see CR 3094 dated February 6, 2004 at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3094.pdf>).*

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 System and are effective each October first. Physicians, practitioners, and suppliers must use the current and valid diagnosis code that is in 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 Website: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>. The update should be available at this site in June.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Implementación

La fecha de implantación de esta instrucción es el 4 de octubre de 2004.

Instrucciones Relacionadas

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones Medicare, Pub.100-04, Capítulo 23 (Fee Schedule Administration and coding requirements), Sección 10.2 (Relationship of ICD-9-CM codes and date of service), se revisó. Las actualizaciones de dicho Manual están incluidas en las instrucciones emitidas por el contratista, las que puede encontrar en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

En esta página electrónica puede dirigirse al CR-3303 de la columna de número de CR y oprimir en el archivo de este CR.

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

Información Adicional

El nuevo, revisado y discontinuado código de diagnósticos ICD-9-CM se publica anualmente en la siguiente dirección electrónica: www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp.

Los proveedores pueden ver los nuevos códigos actualizados en esta página electrónica en junio y, además, pueden comprar el nuevo libro de ICD-9-CM o el CD-ROM que se publica anualmente.

Además, el National Center for Health Statistics (NCHS) publicará el nuevo ICD-9-CM Addendum en junio en su página electrónica (www.cdc.gov/nchs/icd9.htm).

Billing Policies

Implementation

The implementation date for this instruction is October 4, 2004.

Related Instructions

The Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements), Section 10.2 (Relationship of ICD-9-CM Codes and Date of Service) has been revised. The updated manual instructions are included in the official instruction issued to your carrier, and it can be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

From that Website, look for CR3303 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.

Additional Information

The new, revised, and discontinued ICD-9-CM diagnosis codes are posted annually on the following CMS Website: www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp.

Providers can view the new updated codes at this Website in June and providers are also encouraged to purchase a new ICD-9-CM book or CD-ROM on an annual basis.

In addition, the National Center for Health Statistics (NCHS) also will place the new ICD-9-CM Addendum on their Website (www.cdc.gov/nchs/icd9.htm) in June, which is also available for providers to visit.

MM3303/CR-3303/Trans. 210/June 18,2004/ERO

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN A LOS PRECIOS DE MEDICAMENTOS-LÍMITES DE PAGO PARA EL J7308 (LEVULAN KERASTICK) Y J9395 (FASLODEX)

Proveedores Afectados:

Médicos, suplidores y proveedores

Acción Necesaria del Proveedor:

Se estableció un nuevo límite de pago para los códigos HCPCS J7308 (Levulan Kerastick) y J9395 (Faslodex) cuando estos códigos no se paguen al costo o basándose en pago prospectivo.

Qué Necesita Saber:

Se instruyó a los contratistas de Medicare para que reemplacen los límites de pago de los medicamentos del "Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003" (MMA, por sus siglas en inglés) con los códigos HCPCS J7308 (Levulan Kerastick) y el J9395 (Faslodex) con las nuevas tarifas que aparecen en esta instrucción para las fechas de servicios del 1 de enero de 2004 en adelante.

Qué Necesita Hacer:

Ser conscientes de los nuevos límites de pago para estos dos códigos.

Trasfondo:

Este artículo informa a los proveedores que los contratistas de Medicare aplicarán los nuevos límites de pago para los códigos HCPCS J7308 (Levulan Kerastick) y el J9395 (Faslodex) en las reclamaciones con fecha de servicio del 1 de enero de 2004 en adelante hasta el 31 de diciembre de 2004.

Del 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2004 aplican los límites de pago de Medicare para los medicamentos específicos con códigos HCPCS que aparecen en la tabla que sigue (que no se paguen al costo o basándose en pago prospectivo).

Billing Policies

DRUG PRICING UPDATE - PAYMENT LIMITS FOR J7308 (LEVULAN KERASTICK) AND J9395 (FASLODEX)

Provider Types Affected:

Physicians, suppliers, and providers

Provider Action Needed:

New payment limits have been set for HCPCS drug codes J7308 (Levulan Kerastick) and J9395 (Faslodex) when these codes are not paid on a cost or prospective payment basis.

What You Need to Know:

Medicare Carriers are instructed to replace the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) payment limits for HCPCS drug codes J7308 (Levulan Kerastick) and J9395 (Faslodex) with the new rates listed in this instruction for dates of service on or after January 1, 2004.

What You Need to Do:

Be aware of the new payment limits for these two codes.

Background:

This article informs providers that Medicare carriers will apply new payment limits for these HCPCS codes (J7308 (Levulan Kerastick) and J9395 (Faslodex)) for claims processed with dates of service on or after January 1, 2004 and on or before December 31, 2004.

From January 1, 2004 through December 31, 2004, the Medicare payment limits for the specific HCPCS drug codes listed below (that are not paid on a cost or prospective payment basis) apply.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

HCPSC	Short Description	Average Wholesale Price (AWP) %	2004 Payment limit for Drugs (other than ESRD drugs separately billed by independent ESRD Facilities and drugs infused through Durable Medical Equipment (DME))
J7308	Aminolevulinic acid hcl top	85	\$111.47
J9395	Injection, Fulvestrant	85	\$81.57

Nota: Los límites de pago que aparecen en la tabla arriba mencionada sustituyen los límites de pago que se publicaron en la Petición de Cambio 3105 (CR, por sus siglas en inglés) "Transmittal" 75 del 30 de enero de 2004. Sólo para los medicamentos con dichos códigos HCPSC en particular, para ese periodo de tiempo. Además, la ausencia o presencia de un código HCPSC que esté asociado a un límite de pago no indica que Medicare cubre el medicamento.

Implementación:

La fecha de implementación para estas instrucciones es el 25 de julio de 2004. La fecha de vigencia de estos cambios es el 1 de enero de 2004. Sin embargo, los contratistas de Medicare no ajustarán ninguna reclamación que se procesó para aplicar estos nuevos límites de pago a menos que el proveedor solicite dicho ajuste.

Note: The payment limits listed in the table above supercede the payment limits published in Change Request 3105 (Transmittal 75) dated January 30, 2004, only for these particular HCPSC drug codes for this time period. Also note that the absence or presence of an HCPSC code and its associated payment limit does not indicate Medicare coverage of the drug.

Implementation

The implementation date for this instruction is July 25, 2004. The effective date of the change is January 1, 2004. However, Medicare contractors will not adjust any claims previously processed in order to apply these new payment limits unless the provider requests such an adjustment.

CR 3312/Transmittal 90/Pub.100-20 OTN/June 25, 2004/ERO/els

ACTUALIZACIÓN DE LOS ÉDITOS CCI (CORRECT CODING INITIATIVE), VERSIÓN 10.3

La actualización más reciente al "Correct Coding Initiative" (CCI, por sus siglas en inglés), Versión 10.3 con vigencia el 1 de octubre de 2004, está disponible en la página electrónica de los Centros de Servicio para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): <http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits/default.asp>.

La Versión 10.3 incluye todas las versiones y actualizaciones previas comenzando con la del 1 de enero de 1996 al presente. Estas están organizadas en dos tablas: Columna 1/Columna 2 "Correct Coding Edits" y "Mutually Exclusive Code (MEC) Edits".

QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSIÓN 10.3

The latest package of Correct Coding Initiative (CCI) edits, Version 10.3, effective October 1, 2004, is available at the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) website at: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits/default.asp>.

Version 10.3 will include all previous versions and updates from January 1, 1996, to the present and will be organized in two tables: Column 1/Column 2 Correct Coding Edits and Mutually Exclusive Code (MEC) Edits.

CR3349/Transmittal 242/Pub.100-04 MCP/July 23, 2004/els

Mamografía

MENSAJES EN EL RESUMEN DE MEDICARE (MSN) PARA RECLAMACIONES DE MAMOGRAFÍA, PUB 100-04, CAPÍTULO 18, SECCIÓN 20 Y CAPÍTULO 21, SECCIÓN 50

Proveedores Afectados:

Proveedores y suplidores que facturan servicios de mamografía.

Acción Necesaria del Proveedor:

Los proveedores y suplidores deberán ser conscientes de que este artículo discute cambios en el Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) que se envía a los beneficiarios de Medicare, mensajes en las Remesas de Pago (RA, por sus siglas en inglés) y situaciones relacionadas en donde ambas mamografías tradicional o digital exploratoria o la mamografía tradicional o digital diagnóstica son hechas el mismo día.

Trasfondo:

Las pruebas de mamografía exploratoria se pueden realizar mediante tecnología tradicional o digital. Debido a esto, algunos suplidores/proveedores presumen que la regla de frecuencia anual no aplica en situaciones donde ambas, una prueba de mamografía tradicional y digital exploratoria se realiza. Sin embargo, este no es el caso, Medicare sólo pagará una prueba exploratoria al año, se realice mediante tecnología tradicional o digital. Además, Medicare pagará sólo una vez por una prueba exploratoria a una mujer entre las edades de 35 a 39. Asimismo, Medicare sólo pagará por una prueba de mamografía diagnóstica por día, no por dos.

Las instrucciones revisadas del manual incluyen actualizaciones al Manual de Proceso de Reclamaciones de Medicare relacionadas al mensaje que se usará en el Resumen de Medicare (MSN) y el Código de Razón de Ajuste

Mammography

MSN MESSAGES FOR MAMMOGRAPHY CLAIMS, PUB 100-04, CHAPTER 18, SECTION 20 AND CHAPTER 21, SECTION 50

Provider Types Affected:

Providers and suppliers who bill for mammography services.

Provider Action Needed:

Suppliers and providers should note that this article discusses changes in Medicare Summary Notice (MSN), which are sent to Medicare beneficiaries, and Remittance Advice messages and related situations where both film and digital screening mammography or film and digital diagnostic mammography are performed on the same day.

Background:

Screening mammography tests can be performed by both film and digital technology. Because of this, some suppliers/providers have assumed the annual frequency rule did not apply in situations where both a film and digital screening is performed. That is not the case, however; Medicare will only pay for one screening test annually, whether performed by film or digital technology. Additionally, Medicare will pay only once for a screening test for a woman between the ages of 35 and 39. Further, Medicare will only pay for one mammography diagnostic test per day, not two.

The revised manual instructions include Medicare Claims Processing Manual updates regarding which Medicare Summary Notice

Cont. on next page

Mamografía

ANSI X-12 835¹ de la Remesa de Pago cuando Medicare deniegue una reclamación basada en servicios de mamografía tradicional y digital diagnóstica realizadas el mismo día.

Actualmente, no hay mensajes MSN comparables establecidos que puedan utilizarse para explicar porqué la reclamación se denegó. Sin estos nuevos mensajes, los beneficiarios recibirían mensajes muy generales por la denegación de estas reclamaciones. Los nuevos mensajes para el MSN se utilizarán cuando ambas, la mamografía tradicional o digital exploratoria y la mamografía tradicional o digital diagnóstica, son hechas el mismo día. La traducción al español para cada uno de los nuevos mensajes para el Resumen de Medicare (MSN) también se añadió al manual revisado.

Mensajes para Remesa de Pago

Para los proveedores/suplidores que facturan al contratista, los mensajes para la Remesa de Pago serán:

- Si la reclamación se deniega porque se realizaron dos mamografías exploratorias el mismo día, la reclamación se denegará con el Código de Razón A1, "Cargos denegados en la reclamación", junto con el código M90, "No se cubre más de uno en un período de 12 meses".
- Si la reclamación se deniega porque se facturaron dos mamografías diagnósticas el mismo día, la reclamación se denegará con el código de razón A1, "Cargos denegados en la reclamación", junto con el código M63, "Servicio se denegó porque ya se pagó por un procedimiento similar/igual dentro del período de tiempo establecido".
- Para reclamaciones sometidas por una institución que no está certificada para realizar mamografías digitales, la remesa de pago tendrá el código de razón B6, "Este servicio/procedimiento se deniega/reduce cuando

¹ "American National Standards Institute (ANSI) Accredited Standards Committee (ASC) X-12 transactions" son parte del "Transactions and Code Sets Rule" seleccionado por HIPAA.

Mammography

(MSN) message and ANSI X-12 835¹ Adjustment Reason Code will be used on the Remittance Advice when Medicare denies a claim based on film and digital screening or film and digital diagnostic mammography services performed on the same day.

Currently, there are no established comparable MSN messages that can be used to explain why the claim is being denied. Without these new messages, beneficiaries would receive very general messages for denial of claims. The new MSN Messages are to be used when both film and digital screening mammography or film and digital diagnostic mammography has been performed on the same day. The Spanish translation for each new MSN messages has also been added to the revised manual.

Remittance Advice Messages

For providers/suppliers who bill carriers, the remittance advice messages will be as follows:

- *If the claim is denied because two screening mammographies were performed on the same day, the claim will be denied with reason code A1 "Claim Denied Charges," along with remark code M90 "Not covered more than once in a 12 month period."*
- *If the claim is denied because two diagnostic mammographies were billed on the same day, the claim is denied with reason code A1 "Claim Denied Charges," along with remark code M63 "Service denied because payment already made for same/similar procedure within set timeframe."*
- *For claims submitted by a facility not certified to perform digital mammographies, the remittance advice will contain reason code B6 "This payment is adjusted when performed/billed by this type of provider, by*

¹ American National Standards Institute (ANSI) Accredited Standards Transactions and Code Sets Rule selected by HIPAA.

Mamografía

se realiza/factura por este tipo de proveedor, por este proveedor en esta institución o por un proveedor de esta especialidad”, junto con el código N92, “Esta institución no se certificó para mamografía digital”.

- Para reclamaciones que fueron sometidas sin o con un número de FDA que es inválido, se usará el código de razón existente CO-16, “La reclamación/ el servicio carece de información necesaria para la adjudicación”, junto con el código MA128, “No completó ni entró correctamente los seis dígitos del número de identificación aprobado por la FDA”.

Implementación:

La fecha de implantación de estos cambios es el 25 de septiembre de 2004.

Instrucciones Relacionadas:

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones Medicare (Pub 100-4), Capítulo 18 (Servicios Preventivos y Exploratorios), Sección 20 (Servicios de Mamografía), Sub-Sección 20.8 (Notificación al Beneficiario y Proveedor), Sub-subsecciones 20.8.1 (Mensajes en el Resumen de Medicare) y 20.8.2 están disponibles en la página electrónica de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

La instrucción oficial emitida a su contratista relacionada a este cambio puede encontrarse en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Allí busque el CR-2617 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.

Mammography

this type of provider in this type of facility, or by a provider of this specialty,” along with remark code N92 “This facility is not certified for digital mammography.”

- *For claims that were submitted with an invalid or missing FDA identification number, use existing reason code CO16 “Claim/service lacks information which is needed for adjudication,” along with remark code MA128 “Missing/incomplete/invalid six digit FDA approved identification number.”*

Implementation:

The implementation date of these changes is September 25, 2004.

Related Instructions:

The Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-4), Chapter 18 (Preventive and Screening Services), Section 20 (Mammography Services), Subsection 20.8 (Beneficiary and Provider Notices), Subsubsections 20.8.1 (MSN Messages) and 20.8.2 can be found on the CMS Web site at: 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.

From that web page, look for CR2617 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.

CR2617/Transmittal 214/Pub.100-04 MCP/June 25, 2004/MR/els

Reclamaciones

JURISDICCIÓN DE PAGO

ACLARACIÓN DEL CR-2631

Tipo de Proveedores Afectados:

Todos los médicos, profesionales de la salud y suplidores que facturan servicios pagados bajo las tarifas fijas de Medicare y por servicios de anestesia.

Acción Necesaria del Proveedor:

El 1 de agosto de 2003 los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) publicaron el CR-2631 para hacer cumplir las reglas de pago por jurisdicción para reclamaciones recibidas del 1 de abril de 2004 en adelante. Este CR trajo confusión y generó muchas llamadas a los centros de llamadas de los contratistas. Este artículo provee una aclaración adicional y espera eliminar la confusión.

Trasfondo:

Los contratistas de Medicare procesan reclamaciones de la Parte B (sistema de pago de servicios) por servicios cubiertos y ofrecidos en áreas geográficas específicas (Ej. Florida). Los servicios pagados bajo las tarifas fijas de Medicare y los servicios de anestesia son pagados por el contratista de Medicare con jurisdicción sobre el área geográfica donde se ofrecieron los servicios. La jurisdicción se establece a través del código postal del área donde se ofreció el servicio.

Los médicos, suplidores y prácticas de grupo que proveen servicios sujetos a las tarifas fijas de médicos en más de una oficina o localidad pueden someter sus reclamaciones a través de una de estas oficinas al contratista para procesamiento. Sin embargo, **la localidad específica donde se prestaron los servicios** debe anotarse en la reclamación para que la jurisdicción correcta y la cantidad correcta de las tarifas fijas de Medicare puedan aplicarse a la reclamación.

Esto aplica a todos los **lugares de servicio** excepto "hogar" para reclamaciones recibidas después del 1 de abril de 2004. Para lugar de servicio "hogar" los contratistas de Medicare utilizarán la dirección del beneficiario para determinar el pago geográfico.

Claims

PAYMENT JURISDICTION

CLARIFICATION OF CR-2631

Provider Types Affected

All physicians, non-physician practitioners, and suppliers billing for services paid under the Medicare physician fee schedule and for anesthesia services.

Provider Action Needed:

On August 1, 2003, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) released Change Request (CR) 2631 to enforce the carrier jurisdiction rules effective for claims received on or after April 1, 2004. The CR has resulted in some confusion and has generated a number of calls to carrier call centers. This article provides some further clarification and, hopefully, will eliminate the confusion.

Background:

Medicare carriers process Part B fee-for-service claims for covered services furnished in specific geographic areas (e.g., Florida). Services paid under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) and anesthesia services are paid by the Medicare carrier with jurisdiction over the geographical area where the services are furnished. Jurisdiction is based on the zip code of the area where the service was rendered.

*Physicians, suppliers, and group practices that provide physician fee schedule services at more than one office/practice location may submit their claims through one office to the carrier for processing. However, the **specific location where the services are provided** must be entered on the claim so that the correct jurisdiction and correct MPFS amount can be applied to the claim.*

*Effective for claims received on or after April 1, 2004, this applies to all **places of service (POS)** except "home." For POS "home," the Medicare carriers will use the beneficiary address on file to determine geographical payment.*

Cont. on next page

Reclamaciones

Reclamaciones Electrónicas:

Según se refleja en la guía de implantación de la versión 4010A1 del formato de reclamaciones electrónicas ASC X12N 837, es aceptable que las reclamaciones tengan el código para lugar de servicio “hogar” y cualquier código adicional de lugar de servicio. Si se usan diferentes códigos de lugar de servicio para servicios en la reclamación, se debe escribir la localidad y la dirección para cada servicio en la línea apropiada, si ese lugar es diferente a la dirección del proveedor, dirección postal, el pago al proveedor o el lugar del servicio de la reclamación.

Para determinar cómo la información debe anotarse en la reclamación, puede referirse a la guía de implantación actual del ASCX12N 837.

La siguiente información se basa en la guía de implantación:

- En la versión 4010A1 del formato de reclamaciones electrónicas ASCX12N837 se requiere el “loop” 2010AA (“Billing Provider Loop”) del proveedor que factura y siempre debe anotarse. Si el “loop” 2010AB del nombre y la dirección del proveedor a quien se le va a pagar es el mismo que el proveedor que factura, **solamente** debe anotarse el proveedor que factura. Si no se anota el nombre y la dirección del proveedor a quien se le va a pagar en el “loop” 2010AB y el “loop” 2310D del lugar de servicio (nivel reclamación) o el 2420C (nivel línea) es el mismo del proveedor que factura, solamente debe anotarse el del proveedor que factura.
- Si el “loop” 2010AB del nombre y la dirección del proveedor a quien se le va a pagar **no** es el mismo que el del proveedor que factura, **ambos** deben anotarse. Si el “loop” 2310D del lugar de servicio no es el mismo que el del proveedor que factura o del médico a quien se le va a pagar, debe anotarse el “loop” 2310D del lugar de servicio (a nivel de reclamación).
- Cuando el mismo código y la misma dirección del lugar de servicio aplica para cada línea de servicio en la reclamación, el nombre y la dirección del lugar de servicio debe anotarse a nivel de reclamación en el “loop” 2310D.

Claims

Electronic Claims:

As reflected in the implementation guide of the 4010A1 version of the ASC X12N 837 electronic claims format, it is acceptable for claims to contain the code for POS home and any number of additional POS codes. If different POS codes are used for services on the claim, a corresponding service facility location and address must be entered for each service at the line level, if that location is different from the billing provider, the pay-to provider, or claim level service facility location.

Refer to the current implementation guide of the ASC X12N 837 to determine how information must be entered on a claim.

The following information is based on the implementation guide:

- *On version 4010A1 of the ASC X12N 837 electronic claim format, the Billing Provider loop 2010AA is required and must always be entered. If the Pay-To Provider Name and Address loop 2010AB is the same as the Billing Provider, only the Billing Provider must be entered. If no Pay-To Provider Name and Address is entered in loop 2010AB, and the Service Facility Location loop 2310D (claim level) or 2420C (line level) is the same as the Billing Provider, then only the Billing Provider must be entered.*
- *If the Pay-To Provider Name and Address loop 2010AB is not the same as the Billing Provider, both must be entered. If the Service Facility Location loop 2310D is not the same as the Billing Provider or the Pay-To Provider, the Service Facility Location loop 2310D (claim level) must be entered.*
- *When the same POS code and same service location address is applicable to each service line on the claim, the service facility location name and address must be entered at the claim level loop 2310D.*

Cont. on next page

Reclamaciones

- Si el código de lugar de servicio es el mismo para todos los servicios, pero los servicios se ofrecieron en diferentes direcciones, cada servicio debe contener información a nivel de línea. Esto proveerá un código postal para fijarle precio a cada servicio en la reclamación.

Reclamaciones en Papel Sometidas en el Formulario CMS-1500:

Esto es aceptable para reclamaciones con lugar de servicio “hogar” y un código adicional de lugar de servicio. En este caso no es necesario anotar la dirección para el lugar de servicio “hogar” en el encasillado 32 porque la dirección se obtendrá del expediente del beneficiario y la información de la reclamación aplicará a otros lugares de servicios.

El nombre, la dirección y el código postal del lugar donde se ofrecieron los servicios deben anotarse en el encasillado 32 de la reclamación. **Esto aplica si el lugar de servicio es “oficina”.** El código postal de la dirección anotada en el encasillado 32 se utilizará para fijarle precio a la reclamación.

Los contratistas podrán determinar correctamente donde se ofrecieron los servicios y pagar las tarifas correctas; no pueden anotar más de un nombre, una dirección y un código postal en el encasillado 32 del formulario CMS-1500.

Las reclamaciones asignadas con más de una dirección anotada en el encasillado 32 se rechazarán y las reclamaciones no asignadas se denegarán.

Si se anota el lugar de servicio “hogar” y más de un código adicional de lugar de servicio, las reclamaciones asignadas se rechazarán y las reclamaciones sin asignar se denegarán.

Los médicos, profesionales de la salud y suplidores a quienes se les haya rechazado o denegado reclamaciones deben resometer las mismas con la información correcta en el encasillado 32 para poder considerarlas para pago.

Información Adicional:

Puede ver el CR-2631 en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R169CP.pdf.

Claims

- *If the POS code is the same for all services, but the services were provided at different addresses, each service must be submitted with line-level information. This will provide a zip code to price each service on the claim.*

Paper Claims Submitted on the Form CMS-1500:

It is acceptable for claims to contain POS “home” and an additional POS code. No service address for POS “home” needs to be entered in Item 32 in this situation because the address will be drawn from the beneficiary file and the information on the claim will apply to the other POS.

*The specific name, address, and zip code of the location where the services were furnished must be entered on the claim in Item 32. **This applies even if the place of service is “office.”** The zip code of the address entered in Item 32 will be used to price the claim.*

For carriers to be able to correctly determine where services were provided and pay correct locality rates, no more than one name, address, and zip code may be entered in Item 32 of the Form CMS-1500.

Assigned claims with more than one address entered in Item 32 will be rejected and unassigned claims will be denied.

If POS “home” and more than one additional POS code is entered, assigned claims will be rejected and unassigned claims will be denied.

Physicians, non-physician practitioners, and suppliers that have had claims rejected or denied must resubmit the claims with the correct information entered in Item 32 in order to have the claims considered for payment.

Additional Information:

To view CR-2631, go to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R169CP.pdf.

SE-0429/August, 2004/DG

Reclamaciones

ELIMINACIÓN DE LAS REGULACIONES PARA LA DECLARACIÓN SOBRE INTENCIÓN DE FACTURAS

Tipos de Proveedores Afectados

Todos los proveedores de Medicare

Acción Necesaria del Proveedor

A partir del 31 de diciembre de 2004 Medicare no aceptará la Declaración sobre Intención de Facturas para extender el tiempo de someter sus reclamaciones.

Qué Usted Necesita Saber

Debe conocer los requisitos del tiempo para someter reclamaciones a Medicare. Estos requisitos se encuentran en el Capítulo 1, Sección 70 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones, el cual puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

Qué Usted Necesita Hacer

Para asegurar un procesamiento correcto de sus reclamaciones, debe someterlas en el tiempo indicado y debe tener claro que no podrá utilizar una Declaración sobre Intención de Facturas.

Trasfondo

La regulación de Medicare 42 CFR Parte 424.45 permite el beneficio de enviar una Declaración sobre Intención de Facturas. El propósito de la Declaración sobre Intención de Facturas fue extender el período de someter la reclamación inicial.

Una Declaración sobre Intención de Facturas por sí misma no constituye una reclamación, pero se utilizaba como un aviso para someter la reclamación. Una Regla Final publicada en el "Federal Register" del 23 de abril de 2004, Volumen 69, Número 79, páginas 21963-21966,

Claims

ELIMINATION OF REGULATIONS FOR WRITTEN STATEMENT OF INTENT

Provider Types Affected

All Medicare Providers

Provider Action Needed

Effective with the claims filing period ending on December 31, 2004 and thereafter, Medicare will no longer accept Statements of Intent (SOIs) to extend the timely filing limit for filing initial claims.

What You Need to Know

Know the Medicare timely filing requirements for submitting claims. These requirements are in Chapter 1, Section 70 of the Medicare Claims Processing Manual, which may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

What You Need to Do

To ensure accurate claims processing, please submit filings in a timely manner and make certain that you will no longer utilize SOIs.

Background

Medicare regulations at 42 CFR Part 424.45 allowed for the submission of written SOIs to claim Medicare benefits. The purpose of an SOI was to extend the timely filing period for the submission of an initial claim.

An SOI, by itself, did not constitute a claim, but rather was used as a placeholder for filing a timely and proper claim. A Final Rule published in the Federal Register, dated April 23, 2004, Volume 69, Number 79, pages 21963-21966,

Reclamaciones

enmendó la regulación 42 CFR Parte 424.45 y removió la disposición de la Declaración sobre Intención de Facturas a partir del 24 de mayo de 2004.

Por lo tanto, para el período de reclamaciones que termina el 31 de diciembre de 2004 y todos los períodos del 31 de diciembre de 2004 en adelante, los contratistas de Medicare, intermediarios y las oficinas Regionales de Medicare no aceptarán Declaraciones para Intención de Facturas para extender el período de tiempo para someter las reclamaciones.

Información Adicional

Si usted tiene preguntas sobre este asunto, puede comunicarse con su contratista de Medicare Parte B al 1-877-715-1921. Si usted factura servicios de Medicare Parte A, incluyendo servicios ambulatorios, puede acceder la página de CMS para obtener el número de su contratista o Intermediario en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/bnum.asp>.

Si usted factura servicios de Medicare Parte B, el número libre de cargos lo puede acceder en la página de CMS en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/bnum.asp>.

La instrucción oficial emitida sobre este asunto (CR-3310) la puede acceder en: http://cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Claims

amended 42 CFR Part 424 by removing the SOI provision at 424.45, effective May 24, 2004.

Therefore, for the claims filing period ending on December 31, 2004, and all periods thereafter, Medicare carriers, intermediaries, and Medicare Regional Offices will no longer accept SOIs to extend the timely filing period for claims.

Additional Information

If you have questions regarding this issue, you may also contact your carrier at 1-877-715-1921. If you bill for Medicare Part A services, including outpatient hospital services, the toll free number for your carrier/intermediary may be found online at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/edi/anum.asp>.

If you bill for Medicare Part B services, the toll free number may be found online at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/bnum.asp>.

The official instruction issued to the carrier/intermediary regarding this change can be found online, referenced via CR 3310, at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Pub. 100-04 MCP/Trans. 211/CR-3310/June 18, 2004/ICR

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

INSTRUCCIONES PARA PROVEER INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR CUANDO OTRO MÉDICO DEL GRUPO SUPERVISA UN SERVICIO INCIDENTE AL DEL MÉDICO QUE ORDENA

Tipo de Proveedor Afectado:

Médicos y practicantes no médicos

Acción Necesaria del Proveedor:

Los médicos y los profesionales de la salud deben observar que esta instrucción aclara que se requiere la identificación del supervisor en una reclamación cuando otro miembro supervisa un servicio que se presta incidente al servicio de un médico o de un profesional de la salud de un mismo grupo. Da instrucciones de cómo reportar la información del médico que ordena y del médico que supervisa en la reclamación en formato electrónico.

Trasfondo:

El preámbulo de la regla propuesta para las Tarifas Fijas de Médicos el 1 de noviembre de 2001 (66 Registro Federal Reg. 55267) declaraba:

“El número de facturación del médico que ordena (u otro practicante) no debe utilizarse si esa persona no supervisó directamente al personal auxiliar.”

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) incluyeron esta regla para dar instrucciones de proveer la información acerca del supervisor del servicio en el **formulario de reclamación en papel** (CMS 1500). Los detalles concernientes a cómo completar la reclamación el formulario de reclamación 1500 se pueden encontrar en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones, Publicación 100-04, Capítulo 23 (Conjunto de Información para Completar y Procesar la Forma CMS-1500), Sección 10.4 (Encasillados 14-33 – Información del Proveedor o Suplidor del Servicio).

Services Incident to the Ordering Physician

INSTRUCTIONS FOR PROVIDING SUPERVISOR'S INFORMATION WHEN A SERVICE INCIDENT TO THE ORDERING PHYSICIAN IS SUPERVISED BY ANOTHER PHYSICIAN IN THE GROUP

Provider Types Affected:

Physicians and non-physician practitioners

Provider Action Needed:

Physicians and non-physician practitioners should note that this instruction clarifies that the supervisor's identification is required on a claim when a service performed incident to the service of one physician or non-physician practitioner is supervised by another member of the same group. It instructs how to report ordering physician and supervising physician information on the electronic claim form.

Background:

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 rule was included by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to give instructions for providing the supervisor's information on the CMS **paper claim form** (CMS-1500). Details regarding how to complete the paper claim form 1500 can be found in the Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 26 (Completing and Processing Form CMS-1500 Data Set), Section 10.4 (Items 14-33 - Provider*

Cont. on next page

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

Este manual de CMS puede accederse en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

El requisito para la supervisión directa de un servicio incidente a un servicio médico o servicio de un profesional de la salud no está satisfecho a menos que haya un médico específico o un practicante no médico responsable de la supervisión del servicio facturado. Si más de una persona supervisa un servicio, el que tenía la responsabilidad por la parte principal del servicio se debe identificar en la reclamación. La reclamación se paga a base de la tarifa apropiada al supervisor (al 85 por ciento si el supervisor es un profesional de la salud).

Esta directriz provee instrucciones en los casos en los que se utiliza el formato de reclamación electrónica.

Cuando someta reclamaciones electrónicas con servicios incidentales a otros servicios indique la:

- Información del médico que ordena para cada línea de servicio en el “loop” 2420E y
- Información del médico que supervisa en el loop 2310E.

Si la información del médico que supervisa difiere para un detalle específico en la línea, provea esa información en el **loop 2420D**.

Implementación:

La fecha de implementación para esta instrucción es el 4 de octubre de 2004.

Información Adicional:

Puede acceder la instrucción oficial dada a su contratista concerniente a este cambio en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Desde esa página electrónica busque CR-3242 en la columna CR NUM en la derecha y marque el archivo para ese CR. Si tiene alguna pregunta, por favor contacte su contratista al 1-877-715-1921.

Services Incident to the Ordering Physician

of Service or Supplier Information). This CMS manual can be found at the following CMS web site: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp

The requirement for direct supervision of a service incident to a physician or non-physician practitioner is not satisfied unless there is a specific physician or non-physician practitioner responsible for the supervision of the billed service. If more than one person supervises a service, the one who had the responsibility for the major part of the service should be identified on the claim. The claim is paid at the rate appropriate to the supervisor (at 85% if the supervisor is a non-physician practitioner).

*This transmittal provides instructions in cases in which the **electronic claim form** is used. When filing electronic claims with incident to services, supply the:*

- Ordering physician information for each line of service in the loop 2420E; and
- Supervising physician information in loop 2310E.

*If the supervising physician information differs for a specific detail line, supply that detail line supervising physician information in **loop 2420D**.*

Implementation:

The implementation date for this instruction is October 4, 2004.

Additional Information:

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

From that web page, look for CR3242 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.

Pub. 100-02/MBP Trans.17/CR- 3242/June 18, 2004/EM

Medicare Pagador Secundario

ACLARACIÓN PARA EL CR-3064 - POLÍTICA DE MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO (MSP) PARA SERVICIOS DE HOSPITAL DE LABORATORIO DE REFERENCIA Y SERVICIOS DE LABORATORIO DE REFERENCIA INDEPENDIENTE

Tipo de Proveedor Afectado:

Hospitales, Hospitales de Acceso Crítico (CAHs) y Laboratorios de Referencia Independientes

Acción Necesaria del Proveedor:

A los hospitales ya no se les requiere recoger la información de MSP cuando no hay encuentro cara a cara con un beneficiario porque los laboratorios de referencia independientes ya no necesitan la información para facturar a Medicare por servicios de laboratorio de referencia.

Lo Que Usted Necesita Saber:

Esta aclaración del CR-3064 y del artículo MM-3064 de “Medlearn Matters” proporciona información adicional con respecto a la preparación del formulario de reclamación CMS-1500. La conformidad con esta instrucción ayudará a asegurar el proceso rápido y correcto de las reclamaciones de laboratorio de referencia.

Lo Que Usted Debe Hacer:

Los proveedores afectados deben asegurarse que el personal de facturación anote “None” en el encasillado 11 del formulario CMS-1500 al someter reclamaciones a Medicare por servicios de laboratorio de referencia cuando no hay un encuentro cara a cara con el beneficiario de Medicare.

Trasfondo:

La Sección 943 del “Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA)” de Medicare ordena que:

Medicare Secondary Payer

MMA - CLARIFICATION FOR CR3064 - MEDICARE SECONDARY PAYER (MSP) POLICY FOR HOSPITAL REFERENCE LAB SERVICES AND INDEPENDENT REFERENCE LAB SERVICES

Provider Types Affected:

Hospitals, Critical Access Hospitals (CAH), and Independent Reference Laboratories

Provider Action Needed:

Hospitals are no longer required to collect Medicare Secondary Payer (MSP) information where there is no face-to-face encounter with a beneficiary because independent reference laboratories no longer need the information to bill Medicare for reference laboratory services.

What You Need to Know:

This clarification of CR3064 and Medlearn Matters article MM3064 provides additional information regarding preparation of the CMS-1500 claims form. Compliance with this instruction will help assure prompt and correct processing of reference laboratory claims.

What You Need to Do:

Affected providers should ensure that billing staff enter “None” in block 11 of the CMS-1500 when filing claims to Medicare for reference laboratory services when there is not a face-to-face encounter with the Medicare beneficiary.

Background:

Section 943 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) mandates that:

Cont. on next page

Medicare Pagador Secundario

“El Secretario no deberá requerir de un hospital (hospital de acceso crítico inclusive) hacer preguntas (u obtener información) referente a la aplicación de la Sección 1862(b) de la Ley de Seguro Social (relacionadas con las provisiones de Medicare Pagador Secundario) en el caso de servicios de laboratorio de referencia descritos en la subdivisión (b) si el Secretario no impone tal requisito en el caso de tales servicios ser provistos por un laboratorio independiente.”

Antes de la promulgación del MMA, a los hospitales se les requería recoger información de MSP cada 90 días para poder facturar a Medicare por los servicios de laboratorio de referencia.

Además, a esos proveedores que facturan a los contratistas se les recuerda anotar “None” en el encasillado 11 del formulario de reclamación CMS-1500 para facturar a Medicare por los servicios de laboratorio de referencia, según descrito en la Sección 943(b).

Información Adicional:

Debido a estos cambios de política, los intermediarios de Medicare recibieron instrucciones de no incluir reclamaciones por servicios de laboratorio de referencia, según descrito en la Sección 943(b) del MMA, en la muestra de las reclamaciones que se revisan durante las auditorías de MSP del hospital. Esto está vigente para las reclamaciones por servicio de laboratorio de referencia con fechas de servicio del 8 de diciembre de 2003 en adelante.

Puede ver la instrucción enviada a su contratista en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. Una vez en ese sitio, muévase hacia abajo en la columna de CR NUM a la derecha y seleccione CR-3267.

Medicare Secondary Payer

“The Secretary shall not require a hospital (including a critical access hospital) to ask questions (or obtain information) relating to the application of section 1862(b) of the Social Security Act (relating to Medicare Secondary Payer provisions) in the case of reference laboratory services described in subsection (b), if the Secretary does not impose such requirement in the case of such services furnished by an independent laboratory.”

Prior to the enactment of MMA, hospitals were required to collect MSP information every 90 days in order to bill Medicare for reference lab services.

Further, those providers billing carriers are reminded to enter “None” in Block 11 of the CMS-1500 claims form for reference laboratory services in order to bill Medicare for the reference laboratory services, as described in Section 943(b).

Additional Information:

Due to these policy changes, Medicare intermediaries have been instructed to not include claims for reference laboratory services, as described in Section 943(b) of MMA, in the sample of claims that are reviewed during MSP hospital audits. This is effective for reference laboratory service claims with dates of service of December 8, 2003 and later.

To view the actual instruction issued to your carrier, go to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/comm_date_dsc.asp. Once at that site, scroll down the right hand CR NUM column to find CR3267 and click on the link for that CR.

Pub. 100-05 /MSP Trans. 17/CR-3267/July 16, 2004/EMD

Medicamentos

MMA – PAGO POR SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA, INFUSIÓN DE MEDICAMENTOS QUE NO SEAN DE QUIMIOTERAPIA E INYECCIÓN DE MEDICAMENTOS

Tipo de Proveedor Afectado:

Médicos

Acción Necesaria del Proveedor:

Los médicos deben observar que esta instrucción afecta el pago por la administración de quimioterapia y de los servicios de infusión de medicamentos que no sean de quimioterapia provistos a partir del 1 de enero de 2004 en adelante.

Lo Que Usted Necesita Saber:

Comprender la política de pago revisada para la administración de quimioterapia y los servicios de infusión de medicamentos no de quimioterapia.

Lo Que Usted Debe Hacer:

Asegúrese que el personal de facturación conozca estos cambios y codifique las reclamaciones en conformidad con ellos.

Trasfondo:

Esta instrucción incorpora la política incluida en la Petición de Cambio, "Change Request" (CR) 3028 (Transmisión 34, del 24 de diciembre de 2003) conforme con el Acta de Modernización de Medicare de 2003 (MMA, Sección 303), que afecta el pago por la administración de quimioterapia y de los servicios de infusión de medicamentos que no sean de quimioterapia provistos a partir del 1 de enero de 2004 en adelante. Además, esta instrucción incluye todos los requisitos de negocio necesarios para la política del pago en la administración de la quimioterapia y los servicios de infusión de medicamentos que no sean de quimioterapia incluidos originalmente en el CR-3028.

Drugs

MMA – PAYMENT FOR CHEMOTHERAPY ADMINISTRATION SERVICES, NON-CHEMOTHERAPY DRUG INFUSION SERVICES, AND DRUG INJECTION SERVICES

Provider Types Affected:

Physicians

Provider Action Needed:

Physicians should note that this instruction affects payment for chemotherapy administration and non-chemotherapy drug infusion services furnished on January 1, 2004 and thereafter.

What You Need to Know:

Understand the revised payment policy for chemotherapy administration and non-chemotherapy drug infusion services.

What You Need to Do:

Be sure that billing staff is aware of these changes and code claims accordingly.

Background:

This instruction incorporates the policy included in Change Request (CR) 3028 (Transmittal 34, dated December 24, 2003) pursuant to the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA, Section 303), which affects payment for chemotherapy administration and non-chemotherapy drug infusion services furnished on January 1, 2004 and thereafter. In addition, this instruction includes all the necessary business requirements for the payment policy on chemotherapy administration and non-chemotherapy drug infusion services not originally included in CR-3028.

Cont. on next page

Medicamentos

La lista de Medicare de tarifas del médico se utiliza para pagar por los servicios que corresponden a los códigos de Terminología Procesal Actual "Current Procedural Terminology (CPT)" para:

- Administración de medicamentos de quimioterapia;
- Infusiones terapéuticas o diagnósticas (se excluye la quimioterapia) y
- Códigos de inyecciones de fármacos.

Además, estos códigos CPT han tenido:

- Unidades de valor relativos a los gastos de la práctica;
- Unidades de valor relativo para impericia, pero
- Cero unidades de valor relativo para el trabajo del médico.

Para los servicios rendidos a partir del **1 de enero de 2004** en adelante los contratistas permitirán:

- Servicios de administración de quimioterapia **código CPT 96408** (Administración de quimioterapia intravenosa; técnica de empuje "push technique") para ser facturado y **pagado solamente una vez al día** (aunque el médico administre múltiples medicamentos).
- **Códigos de inyección (90782 to 90788) para ser facturados y pagados por separado** (solamente si no se estaba pagando otro servicio de tarifa fija al mismo tiempo). Por ejemplo, si el código CPT 99211 se facturó con un código de inyección, el contratista pagaba sólo por el código CPT 99211.

Para los servicios rendidos a partir del **1 de enero de 2004** en adelante los contratistas deberán permitir:

- Servicios de administración de quimioterapia **código CPT 96408** (Administración de quimioterapia intravenosa; técnica de empuje "push technique") sean facturados y **pagados más de una vez por día**. El pago del código 96408 será permitido por cada droga (medicamento) administrada/o.

Drugs

The Medicare physician fee schedule is used to pay for services that correspond to Current Procedural Terminology (CPT) codes for:

- *Chemotherapy administration services;*
- *Therapeutic or diagnostic infusions (excluding chemotherapy); and*
- *Drug injection codes.*

In addition, these CPT codes have had:

- *Practice expense relative value units;*
- *Malpractice relative value units, but*
- *Zero physician work relative value units.*

*For services furnished **prior to January 1, 2004**, carriers allowed:*

- *Chemotherapy administration services **CPT code 96408** (Chemotherapy administration, intravenous; push technique) to be billed and **paid only once per day** (even if the physician administered multiple drugs).*
- ***Drug injection codes (90782 to 90788) to be billed and paid separately** (only if no other physician fee schedule service was being paid at the same time). For example, if CPT code 99211 was billed with a drug injection code, the carrier paid only for CPT code 99211.*

*For services furnished **on January 1, 2004 and thereafter**, carriers shall allow:*

- *Chemotherapy administration services **CPT code 96408** (Chemotherapy administration, intravenous; push technique) to be billed and **paid more than once per day**. Payment shall be allowed for CPT code 96408 for each drug administered.*

Cont. on next page

Medicamentos

- **Los códigos de inyección para ser facturados separadamente** (solamente si no se estaba pagando otro servicio de tarifa fija al mismo tiempo). Si el código CPT 99211 se factura con un código de inyección, el contratista paga sólo por el código CPT 99211.

Para servicios a partir del **1 de enero de 2004, los contratistas no deberán permitir:**

- Que el código CPT 99211 (con o sin modificador 25) sea facturado o pagado **el mismo día** que un servicio de administración de quimioterapia o un servicio de infusión de un medicamento que no sea de quimioterapia.

Además, los contratistas de Medicare han recibido instrucciones de:

- Pagar por los servicios de evaluación y manejo, excepto el 99211, provistos por el médico el mismo día que los servicios de administración de quimioterapia 96400, 96408 al 96425, 96520 ó 96530 si el servicio de evaluación y manejo cumple los requisitos del Capítulo 12, *Sección 30.6.6 del Manual de Medicare de Procesamiento de Reclamaciones (Pub 100-04)* aunque los códigos subyacentes no tienen períodos globales.
- Pagar por los servicios de evaluación y manejo, excepto 99211, provistos por el médico el mismo día que los servicios de infusión de droga no para quimioterapia (90780 ó 90781), si el servicio de evaluación y manejo cumple los requisitos del Capítulo 12, *Sección 30.6.6 del Manual de Medicare de Procesamiento de Reclamaciones (Pub 100-04)* aunque los códigos subyacentes no tienen períodos globales.
- Utilizar un código de razón de ajuste apropiado al denegar un servicio que no se paga por separado.

Los contratistas de Medicare no ajustarán las reclamaciones ya procesadas a menos que dichas reclamaciones sean traídas por el médico a la atención del contratista.

Drugs

- **Drug injection codes to be billed and paid separately** (only if no other physician fee schedule service is being paid at the same time). If CPT code 99211 is billed with a drug injection code, the carrier pays only for CPT code 99211.

For services furnished on January 1, 2004 and thereafter, carriers shall not allow:

- CPT code 99211 (with or without modifier 25) to be billed or paid **on the same day** as a chemotherapy administration service or a non-chemotherapy drug infusion service.

In addition, Medicare carriers have been instructed:

- To pay for evaluation and management services, other than 99211, provided by the physician on the same day as the chemotherapy administration codes of 96400, 96408 to 96425, 96520 or 96530 if the evaluation and management service meets the requirements of Chapter 12, Section 30.6.6 of the Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-04) even though the underlying codes do not have global periods.
- To pay for evaluation and management services, other than 99211, provided by the physician on the same day as the non-chemotherapy drug infusion service (90780 or 90781), if the evaluation and management service meets the requirements of Chapter 12, Section 30.6.6 even though the underlying codes do not have global periods.
- To use an appropriate adjustment reason code when denying a service that is not separately payable.

Medicare carriers will not adjust claims already processed unless such claims are brought to the attention of the carrier by the physician.

Cont. on next page

Medicamentos

También, conforme a la Sección 303 del MMA, CMS ha establecido las unidades relativas de valor del trabajo para los:

- Servicios de administración de quimioterapia (códigos CPT 96400, 96408 al 96425, 96520 y 96530);
- Servicios de infusión de medicamento no de quimioterapia (códigos CPT 90780 al 90781); y
- Códigos de inyección (códigos CPT 90782 al 90788).

El valor relativo del trabajo para cada código es igual a la unidad relativa de valor para una visita a la oficina del médico de nivel 1 para un paciente establecido (código CPT 99211). El código CPT 99211 es una visita a oficina de un paciente establecido de nivel 1 con valores relativos de 17.

Implementación:

La fecha de implementación para esta instrucción es el 24 de mayo de 2004.

Información Adicional:

La instrucción oficial dada a su contratista en relación a este cambio puede encontrarse accediendo en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

De esa página electrónica, busque el CR-3192 en columna de CR NUM a la derecha y marque el archivo para ese CR. La instrucción en este sitio Web tiene anexadas las porciones revisadas del Capítulo 12, Secciones 20.3, y 30.5.

Para más información del Capítulo 12 y otras porciones del Manual de Medicare de Procesamiento de Reclamaciones, visite: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

Si tiene alguna pregunta, favor de contactar su contratista al número libre de cargos, 1-877-715-1921.

Además, el CR-3028, Transmisión 34, del 24 de diciembre 2003, puede revisarse en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/r34otn.pdf.

Drugs

Also, pursuant to Section 303 of the MMA, CMS has established work relative value units for:

- *Chemotherapy administration services (CPT codes 96400, 96408 to 96425, 96520 and 96530);*
- *Non-chemotherapy drug infusion services (CPT codes 90780 to 90781); and*
- *Drug injection codes (CPT codes 90782 to 90788).*

The work relative value for each code is equal to the work relative value unit for a level 1 office medical visit for an established patient (CPT code 99211). CPT code 99211 is a level 1 established patient office visit with physician work relative values of .17.

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.

From that web page, look for CR3192 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR. Revised portions of Chapter 12, Sections 20.3, and 30.5 are attached to the instruction at this Web site.

For other information from Chapter 12 and other portions of the Medicare Claims Processing Manual, visit: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

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

In addition, CR3028, Transmittal 34, dated December 24, 2003, can be reviewed at the following CMS Website: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/r34otn.pdf.

Pub. 100-4 MCP /Trans.147 /CR-3192/April 23, 2004/emd/imp

Centro de Enfermería Especializada

IMPLEMENTACIÓN DE ÉDITO A LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Los servicios de terapia física, ocupacional y del habla están sujetos a la facturación consolidada de los Centros de Enfermería Especializada cuando se suministran a beneficiarios en una estadía Parte A cubierta o en una estadía no cubierta. Un número limitado de estos servicios se considerará cirugía cuando los realiza un médico y se pagarán por separado. No obstante, estos servicios se considerarán terapia cuando los realice un terapeuta físico u ocupacional y continuarán sujetos a la facturación consolidada.

Para reclamaciones con fecha de servicio del 1 de julio de 2004 en adelante, los siguientes códigos se pagarán por separado para beneficiarios en un Centro de Enfermería Especializada de la Parte A cuando el proveedor tenga una especialidad que no sea 65 (terapeuta físico con práctica privada) ó 67 (terapeuta ocupacional con práctica privada):

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				

Usted puede acceder la página electrónica de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en: www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp para la explicación de esta política.

Skilled Nursing Facility

IMPLEMENTATION OF SKILLED NURSING FACILITY CONSOLIDATED BILLING EDIT

Physical, Occupational and Speech Language Therapy services are subject to Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing when provided to beneficiaries in a Part A covered SNF stay or in a non-covered stay. A small number of these services are considered surgery when performed by a physician and may be separately paid. However, these services are considered therapy when performed by physical and occupational therapists and continue to be subject to consolidated billing.

Effective for claims with dates of service on July 1, 2004 and thereafter, 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 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) website at: www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp.

CR 2944/Trans. 215/June 25, 2004/ICR/els

Centro de Enfermería Especializada

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE OCTUBRE DE 2004 DE LOS CÓDIGOS DEL "HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM" (HCPCS) USADOS POR LAS INSTALACIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PARA LA APLICACIÓN DE LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA

Tipo de Proveedor Afectado:

Proveedores institucionales que facturan a los Intermediarios Fiscales (FIs) de Medicare.

Médicos, practicantes y suplidores que facturan a Medicare por servicios.

Acción Necesaria del Proveedor:

Se están añadiendo o removiendo Códigos HCPCS de la lista de aplicación de facturación consolidada de SNF.

Lo Que Usted Necesita Saber:

Los servicios incluidos en la lista de facturación consolidada de SNF se pagarán solamente a SNF proveedores de Medicare. Los servicios excluidos de la lista de facturación consolidada de SNF podrían pagarse a otros proveedores de Medicare distintos a SNFs. Vea las secciones de [Trasfondo](#) e [Información Adicional](#) para mayor explicación.

Lo Que Usted Debe Hacer:

Entérese de los requisitos desglosados a continuación y cómo pueden afectar su pago de Medicare.

Trasfondo:

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en Inglés) ponen al día periódicamente la lista de los códigos HCPCS que están conforme a la disposición de la facturación consolidada del sistema de pagos prospectivos de las SNF

Skilled Nursing Facility

OCTOBER 2004 QUARTERLY UPDATE OF HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT

Provider Types Affected

Institutional providers billing claims to the Medicare Fiscal Intermediaries (FIs).

Physicians, practitioners, and suppliers billing Medicare carriers for services

Provider Action Needed

HCPCS codes are being added to or removed from the Skilled Nursing Facility (SNF) consolidated billing enforcement list.

What You Need to Know

Services included on the SNF consolidated billing enforcement list will be paid to SNF Medicare providers only. Services excluded from the SNF consolidated billing enforcement list may be paid to Medicare providers other than SNFs. See Background and Additional Information sections for further explanation.

What You Need to Do

Be aware of the requirements explained below and how they can impact your Medicare payment.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) periodically updates the list of HCPCS codes that are subject to the consolidated billing provision of the SNF Prospective Payment System (SNF PPS). Services appearing on this list submitted on

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

(SNF PPS). Los servicios que aparecen en esta lista sometidos en reclamaciones a los intermediarios fiscales “contratistas” de Medicare y portadores regionales de equipo médico duradero (DMERCs) no se pagarán a ningún proveedor de Medicare, con excepción de las SNF, cuando están incluidos en la facturación consolidada de las instalaciones de enfermería especializada.

Para servicios no terapéuticos, la facturación consolidada de las SNF aplica solamente cuando los servicios se prestan a un residente de SNF durante una estadía cubierta de la Parte A. Sin embargo, la facturación consolidada de las SNF se aplica a los servicios de terapia física, ocupacional o del habla y lenguaje, sin importar si la Parte A cubre la estadía. Los servicios excluidos de la facturación consolidada a los SNF se pueden pagar a los proveedores, con excepción de SNFs, por beneficiarios, incluso durante una estadía en un SNF.

La Sección 1888 de la ley de Seguro Social codifica los SNF PPS y la facturación consolidada. La nueva codificación identificada en cada actualización describe los mismos servicios que están conforme al pago por ley del PPS de los SNF. No se agregarán servicios adicionales por estas actualizaciones rutinarias. Las nuevas actualizaciones son requeridas por los cambios al sistema de codificación, no porque los servicios sujetos a la facturación consolidada de los SNF se estén redefiniendo. Otros cambios reguladores más allá de actualizaciones de la lista de códigos se anotarán cuando y si ocurren.

Los códigos presentados a continuación se enumeran como añadidos o removidos de la actualización anual mencionada anteriormente.

Cancelaciones de la Categoría Mayor I F.(debajo), específicamente el código HCPCS 36489, se está removiendo porque el HCPCS se discontinuó al 31 de diciembre de 2003. Adiciones a lo que a continuación se anota como Categoría Mayor III significa que estos servicios pueden ser provistos por cualquier proveedor de Medicare que tenga licencia para

Skilled Nursing Facility

claims to Medicare Fiscal Intermediaries (FIs) and Carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs) will not be paid to any Medicare providers, other than a SNF, when included in SNF consolidated billing.

For non-therapy services, the SNF consolidated billing applies only when the services are furnished to a SNF resident during a covered Part A stay. However, the SNF consolidated billing applies to physical, occupational, or speech-language therapy services whenever they are furnished to a SNF resident, regardless of whether Part A covers the stay. Services excluded from the SNF consolidated billing may be paid to providers, other than SNFs, for beneficiaries, even when in a SNF stay.

Section 1888 of the Social Security Act codifies SNF PPS and consolidated billing. The new coding identified in each update describes the same services that are subject to SNF PPS payment by law. No additional services will be added by these routine updates. New updates are required by changes to the coding system, not because the services subject to the SNF consolidated billing are being redefined. Other regulatory changes beyond code list updates will be noted when and if they occur.

The codes below are listed as being added or removed from the annual update, mentioned above.

*Deletions from Major Category I F. below, specifically HCPCS code 36489, is being removed because the HCPCS was discontinued as of December 31, 2003. Additions to what is noted as Major Category III below mean these services may be provided by any Medicare provider licensed to provide them, **except a SNF**, and are excluded from SNF PPS and consolidated billing. Additions to therapy inclusions, Major Category V below, mean SNFs alone can bill and be paid for*

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

proveerlos, **excepto una SNF**, y están excluidos de la facturación consolidada del PPS de los centros de enfermería especializada. Adiciones a las inclusiones de terapia, Categoría Mayor V abajo, significa que sólo las SNF pueden facturar y recibir pago por estos servicios cuando se prestan a beneficiarios en una instalación de enfermería especializada. Los códigos que son removidos de esta lista de inclusión de terapia ahora pueden facturarse y potencialmente pagarse a otros tipos de proveedores por beneficiarios que no estén en una estadia de Parte A o en una SNF recibiendo servicios ancilares que se facturan en TOB 22x.

Cirugía a Paciente no Internado y Procedimientos Relacionados (Categoría Mayor IF., FI Actualización Anual, INCLUSION)

Remover 36489♦ – colocación de catéter venoso central (“cv catheter”)

Nota sobre el código arriba:

Código descontinuado a partir del 31 de diciembre de 2003.

Dispositivos Protésicos a la Medida (Categoría Mayor III, FI Actualización Anual, EXCLUSION)

Para procesamiento de reclamaciones del FI, Remover K0556*, K0557*, K0558*, K0559* - Adición a extremidad inferior, bajo/sobre la rodilla, fabricado a la medida. **Para procesamiento de reclamaciones al “carrier”**, estos códigos continúan pagaderos para fechas de servicio previo al 1 de enero de 2004.

Añadir L5673** - extensión a extremidad inferior, bajo la rodilla/sobre la rodilla, hecha a la medida de un molde ya existente o prefabricada, inserción en la cuenca (“socket insert”), gel de silicón, “elastomeric” o igual para el uso con mecanismo de fijación.

Añadir L5679** - extensión a extremidad inferior, bajo la rodilla/sobre la rodilla, hecha a la medida de un molde ya existente o prefabricada, inserción en la cuenca (“socket insert”), gel de silicón, “elastomeric” o igual no para uso con mecanismo de fijación.

Skilled Nursing Facility

these services when delivered to beneficiaries in a SNF, whereas codes being removed from this therapy inclusion list now can be billed and potentially paid to other types of providers for beneficiaries NOT in a Part A stay or in a SNF bed receiving ancillary services billed on TOB 22x.

Outpatient Surgery and Related Procedures (Major Category I F., FI Annual Update, INCLUSION)

Remove 36489♦ - placement of cv catheter

Note on Code above:

Code discontinued effective December 31, 2003.

Customized Prosthetic Devices (Major Category III, FI Annual Update, EXCLUSION)

For FI claims processing, remove K0556*, K0557*, K0558*, K0559* - *Addition to lower extremity, below knee/above knee, custom fab. For carrier claims processing*, these codes will remain payable for dates of service prior to January 1, 2004.

*Add L5673** - addition to lower extremity, below knee/above knee, custom fabricated from existing mold or prefabricated, socket insert, silicone gel, elastomeric or equal, for use with locking mechanism.*

*Add L5679** - addition to lower extremity, below knee/above knee, custom fabricated from existing mold or prefabricated, socket insert, silicone gel, elastomeric or equal, not for use with locking mechanism.*

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Administración de Quimioterapia (Categoría Mayor III, FI Actualización Anual, EXCLUSION)

Remover 36489*** - colocación de catéter venoso central

Notas sobre los códigos arriba:

* Códigos reemplazados por L5673, L5679, L5681 and L5683.

** Códigos añadidos a lista de exclusión retroactivos al 1/1/04.

***Código discontinuado al 12/31/03.

Terapias (Categoría Mayor V, FI Actualización Anual, para la facturación del FI use los códigos de entradas 42x (terapia física), 43x (terapia ocupacional), 44x (patología de habla y lenguaje)

Remover G0295^ Estimulación electromagnética a una o más áreas (No cubierto por Medicare) (Este código no estaba incluido anteriormente en los archivos de codificación de los contratistas.)

Remover G0237^^ - Procedimiento terapéutico de resistencia de fuerza

Remover G0238^^ - Otro procedimiento respiratorio, individual

Remover G0239^^ - Otro procedimiento respiratorio, grupo

Remover G0302^^ - servicio pre-operatorio LVRS

Remover G0303^^ - servicio pre-operatorio LVRS 10-15 días de servicios

Remover G0304^^ - servicio pre-operatorio LVRS 1-9 días de servicios

Remover G0305^^ - servicio post-operatorio LVRS min. 6 días de servicios

Añadir G0329^^^— terapia electro-magnética, (sin supervisión), a una o más áreas para las úlceras de la presión de las etapas crónicas III y IV, las úlceras arteriales, las úlceras diabéticas y las úlceras de las estasis venosas que no muestran signos de una "curación notable" después de 30 días de cuidado convencional, como parte de un plan de cuidado de la terapia.

Skilled Nursing Facility

Chemotherapy Administration (Major Category III, FI Annual Update, EXCLUSION)

Remove 36489*** - placement of cv catheter

Note on Codes above:

* Codes were replaced by L5673, L5679, L5681 and L5683.

** Codes are added to exclusion list retroactive to 1/1/04.

***Code discontinued effective 12/31/03.

Therapies (Major Category V, FI Annual Update, for FI billing use revenues codes 42x (physical therapy), 43x (occupational therapy), 44x (speech-language pathology)

Remove G0295^ Electromagnetic stimulation, to one or more areas (Not covered by Medicare) (This code was not previously included on carrier coding files.)

Remove G0237^^ - Therapeutic procedure strength endurance

Remove G0238^^ - Other respiratory procedure individual

Remove G0239^^ - Other respiratory procedure group

Remove G0302^^ - pre-op LVRS service

Remove G0303^^ - pre-op service LVRS 10-15 days of service

Remove G0304^^ - pre-op service LVRS 1-9 days of service

Remove G0305^^ - post-op service LVRS min 6 days of service

Add G0329^^^— electromagnetic therapy, (unattended), 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.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Notas sobre los Códigos arriba:

[^] Este código se añadió erróneamente al archivo. El código no estaba incluido previamente en los archivos de codificación del contratista.

^{^^} Estos códigos no se consideran códigos de terapia y no se pagan a una SNF. Se añadieron inadvertidamente a la tabla.

^{^^^} Este código no se añadió a la lista de inclusión de terapia vigente al 1 de julio de 2004. (La información concerniente a este código no se recibió a tiempo para publicar una actualización en julio de 2004.)

Información Adicional:

Cada enero se publican instrucciones separadas para los FIs, "Carriers" y DMERCs para la notificación anual sobre la facturación consolidada de SNF. La actualización anual del 2004 para los FIs puede encontrarse en el sitio de CMS en la red en: www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R19CP.pdf. Esta instrucción se da a conocer como CR-2926.

La información completa sobre SNF CB se puede hallar en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp>.

Las actualizaciones trimestrales ahora aplican a los FIs, "Carriers" y DMERCs. Se emitió una actualización trimestral común a FI/Carrier/DMERC publicada subsiguientemente a las actualizaciones anuales del 2004. Esta actualización se puede hallar en: www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R92CP.pdf.

Esa instrucción se conoce también como CR-3070. La instrucción oficial enviada a su contratista sobre este cambio se puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Desde esa página de la red, busque el CR-3348 en el CR NUM en la columna derecha y seleccione ese CR.

Skilled Nursing Facility

Note on Codes above:

[^] *This code was erroneously added to file. Code was not previously included on carrier coding files.*

^{^^} *These codes are not considered therapy codes and are not payable to a SNF. They were inadvertently added to the table.*

^{^^^} *This code was added to the therapy inclusion list effective July 1, 2004. (Information concerning this code was not received in time to issue a July 2004 update.)*

Additional Information:

Each January, separate instructions are published for FIs, Carriers and DMERCs for the annual notice on the SNF consolidated billing. The 2004 Annual Updates for FIs can be found on the CMS web site at: www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R19CP.pdf. This instruction is referred to as CR2926.

Overall information regarding SNF CB can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp>.

Quarterly updates now apply to FIs, Carriers and DMERCs. There has been one joint FI/Carrier/DMERC quarterly update published subsequent to the 2004 Annual Updates. This update can be found at: www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R92CP.pdf.

That instruction is also known as CR3070. 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.

From that web page, look for CR3348 in the CR NUM column on the right, and then click on the file for that CR.

Pub. 100-04/ MCP Trans. 224/CR-3348 /June 9, 2004/ ES/EMD

Centro de Enfermería Especializada

CAMBIO A LOS ÉDITOS DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PARA TRANSPORTACIÓN EN AMBULANCIA HASTA Y DESDE UN CENTRO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO NO-HOSPITALARIO

Proveedores Afectados

Centros de enfermería especializada y suplidores de servicios de ambulancia

Acción Necesaria del Proveedor

Su reclamación por transportación en ambulancia a un beneficiario de Medicare con estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A desde o hasta un centro diagnóstico o terapéutico no-hospitalario se denegará.

Qué Necesita Saber

La transportación en ambulancia de beneficiarios en estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A se considera parte de la tarifa de pago del centro de enfermería especializada y no podrá facturarse al contratista como servicios de la Parte B, excepto en casos específicos. A partir del 1 de octubre de 2004, su contratista será instruido a denegar sus reclamaciones de la Parte B por transportación de ambulancia de los residentes de la Parte A de Medicare a o desde un centro diagnóstico o terapéutico no-hospitalario (Ej. Un centro diagnóstico independiente (IDTF), un centro de cáncer, un centro de terapia de radiación o un centro de cuidado de heridas).

Qué Necesita Hacer

Debe asegurarse que su personal de facturación conozca que, para beneficiarios en una estadía de la Parte A, una reclamación separada a la Parte B por transportación en ambulancia de un residente en una institución de la Parte A de Medicare desde o hacia un centro diagnóstico o terapéutico no-hospitalario se denegará.

Skilled Nursing Facility

CHANGE TO THE SKILLED NURSING FACILITY CONSOLIDATED BILLING EDITS FOR AMBULANCE TRANSPORTS TO AND FROM A DIAGNOSTIC OR THERAPEUTIC SITE OTHER THAN A HOSPITAL

Provider Types Affected

Skilled Nursing Facilities (SNF) and suppliers of ambulance services

Provider Action Needed

Your claim will be denied for ambulance transportation of a Medicare beneficiary in a Part A SNF stay to or from a diagnostic or therapeutic center other than a hospital.

What You Need to Know

Ambulance transports of beneficiaries in Part A SNF stays are considered to be paid as part of the SNF prospective payment system (PPS) rate, and may not be billed as Part B services to the carrier, except in specific instances. Effective October 1, 2004, your carrier has been instructed to deny your Part B claims for ambulance transports of your Medicare Part A residents to or from a diagnostic or therapeutic site other than a hospital (e.g., a non-hospital setting, such as an independent diagnostic testing facility (IDTF), or a freestanding cancer center, radiation therapy center, or wound care center).

What You Need to Do

Make sure your billing staff are aware that, for beneficiaries in a Part A stay, a separate Part B claim for the ambulance transport of Medicare Part A residents to or from a diagnostic or therapeutic center other than a hospital will be denied.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Trasfondo

La Sección 4432(b) del "Balanced Budget Act" requiere la facturación consolidada para los centros de enfermería especializada. Bajo el requisito de facturación consolidada, el centro de enfermería especializada debe someter todas las reclamaciones de Medicare para todos los servicios que sus residentes reciben bajo la Parte A (excepto para algunos servicios excluidos). Además, el centro de enfermería especializada debe someter reclamaciones Medicare para todas las terapias físicas y ocupacionales y servicios de patología del habla que sus residentes reciben bajo la Parte B.

Todos los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare que son considerados dentro del centro de enfermería especializada se pagarán en la tarifa del centro de enfermería especializada. Como se mencionara anteriormente, la transportación de ambulancia desde o hacia un centro diagnóstico o terapéutico no-hospitalario se considera pagada en la tarifa del centro de enfermería especializada y **no** debe facturarse como servicios del contratista de la Parte B.

Además, la transportación de beneficiarios en una estadía de la Parte A de un centro de enfermería especializada a otro antes de la medianoche del mismo día también se incluye en la tarifa del pago del centro de enfermería especializada y **no** debe facturarse por separado como un servicio de la Parte B. En este caso, el pago es incluido en el primer pago del centro de enfermería especializada y éste es responsable de los gastos de la transportación.

Este cambio no reemplaza las políticas existentes de facturación consolidada relacionadas a hospitales de acceso crítico e instituciones de servicios de enfermería renal terminal.

Información Adicional

Puede encontrar información adicional relacionada a este asunto en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/cr_num_dsc.asp.

Skilled Nursing Facility

Background

Section 4432(b) of the Balanced Budget Act (BBA) requires consolidating billing (CB) for SNFs. Under the CB requirement, the SNF must submit all Medicare claims for all the services its residents receive under Part A (except for certain excluded services). In addition, the SNF must also submit Medicare claims for all physical and occupational therapies, and speech-language pathology services its residents receive under Part B.

*All Medicare-covered Part A services that are deemed to be within a SNF's scope or capability are considered paid in the SNF PPS rate. As mentioned above, ambulance transports to or from diagnostic or therapeutic sites other than a hospital are considered paid in the SNF PPS rate and may **not** be billed as Part B services to the carrier.*

*In addition, please note that transport of beneficiaries in Part A stays from one SNF to another before midnight of the same day is also included in the SNF PPS rate and may **not** be billed separately as a Part B service. In this instance, payment is bundled in the first SNF's PPS rate and it is responsible for the costs of the transport.*

Please note that this change does not replace existing CB policies as they relate to Critical Access Hospitals (CAHs) and End-Stage Renal Disease (ESRD) facilities.

Additional Information

You can find additional material related to this CR on the CMS Website at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/cr_num_dsc.asp.

Pub. 100-04/MCP Trans. 163/CR-3196/April 30, 2004/DGE

Centro de Enfermería Especializada

FACTURACIÓN EN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA: SERVICIOS OFRECIDOS BAJO UN “ACUERDO” CON UNA ENTIDAD EXTERNA

Proveedores Afectados

Centros de enfermería especializada, médicos, profesionales de la salud, suplidores y proveedores.

Acción Necesaria del Proveedor

Los proveedores afectados deben conocer que esta instrucción se emitió como un recordatorio de los requisitos de facturación consolidada relacionados a centros de enfermería especializada y a los suplidores externos que atienden a beneficiarios en un centro de enfermería especializada.

Qué Usted Necesita Saber

Cada vez que un residente de un centro de enfermería especializada reciba un servicio sujeto a la facturación consolidada de un centro de enfermería especializada de un suplidor externo, la Ley de Seguro Social requiere que el centro de enfermería especializada y el suplidor lleguen a un “acuerdo”. Bajo este “acuerdo”, el pago de Medicare al centro de enfermería especializada representa el pago completo por los servicios contratados y los suplidores deben dirigirse al centro de enfermería especializada (no a la Parte B de Medicare) para su pago.

Qué Usted Necesita Hacer

Debe conocer los requisitos que se explican a continuación y cómo pueden afectar sus pagos de Medicare.

Trasfondo

La disposición de Seguro Social¹ sobre facturación consolidada en un centro de enfermería especializada le asigna la responsabilidad de facturación por los servicios ofrecidos a un beneficiario en dichos centros al centro de enfermería especializada:

Skilled Nursing Facility

SKILLED NURSING FACILITY CONSOLIDATED BILLING: SERVICES FURNISHED UNDER AN “ARRANGEMENT” WITH AN OUTSIDE ENTITY

Provider Types Affected:

Skilled Nursing Facilities (SNF), physicians, non-physician practitioners, suppliers, and providers

Provider Action Needed

Affected providers should note that this instruction is being issued as a reminder of the applicable consolidated billing requirements that pertain to Skilled Nursing Facilities (SNF) and to the outside suppliers that serve SNF residents.

What You Need to Know

Whenever a SNF resident receives a service that is subject to SNF consolidated billing from an outside supplier, the Social Security Act requires the SNF and the supplier to enter into an “arrangement.” Under an “arrangement,” Medicare’s payment to the SNF represents payment in full for arranged-for services and suppliers must look to the SNF (rather than to Medicare Part B) for their payment.

What You Need to Do

Be aware of the requirements explained below and how they can impact your Medicare payments.

Background

The SNF consolidated billing provisions of the Social Security Act¹ place the Medicare billing responsibility for most of the SNF’s residents’ services with the SNF itself. In addition, Part A consolidated billing requires that an SNF must include on its Part A bill:

Cont. on next page

¹ Social Security Act, Sections 1862(a)(18), 1866(a)(1)(H)(ii), and 1888(e)(2)(A).

Centro de Enfermería Especializada

- Casi todos los servicios que un beneficiario recibe durante la **estadía cubierta por Medicare**;
- **Excepto** para los servicios **excluidos** del sistema de pago prospectivo del centro de enfermería especializada para la estadía cubierta. (Estos servicios “excluidos” pueden facturarse por separado a la Parte B por la entidad externa que los ofrece).

Además, la facturación consolidada de la Parte B hace al centro de enfermería especializada responsable de someter facturas a la Parte B por cualquier **servicio de terapia física, ocupacional o del habla** que un residente reciba durante la estadía **no cubierta**.

También, para cualquier servicio de la Parte A o B sujeto a la facturación consolidada de un centro de enfermería especializada, el centro de enfermería especializada debe:

- Ofrecer el servicio directamente con sus propios recursos, **o**
- Obtener el servicio de una entidad externa (como un suplidor) bajo un “acuerdo” como se describe en la Ley del Seguro Social.²

Este “acuerdo” debe constituir un contrato escrito para reembolsar a la entidad externa los servicios cubiertos por Medicare sujetos a la facturación consolidada; Ej. servicios reembolsables solamente al centro de enfermería especializada como parte de su “per diem” de pagos prospectivos o aquellos servicios de la Parte B que deben facturarse por el centro de enfermería especializada.

Situaciones Problemáticas

Existen varias **situaciones problemáticas** en las cuales un residente de un centro de enfermería especializada recibe un servicio de un suplidor externo (o médico practicante) sujeto a una facturación consolidada, en ausencia de un acuerdo válido entre la entidad y el centro de enfermería especializada.

En algunos casos el suplidor puede desconocer que el beneficiario ha estado en una estadía de la

Skilled Nursing Facility

- *Almost all of the services that a resident receives during the course of a **Medicare-covered stay**;*
- **Except** for those services that are specifically **excluded** from the SNF’s global prospective payment system (PPS) per diem payment for the covered stay. (These “excluded” services remain separately billable to Part B directly by the outside entity that actually furnishes them)

*Also, Part B consolidated billing makes the SNF itself responsible for submitting the Part B bills for any **physical, occupational, or speech-language therapy services** that a resident receives during a **noncovered stay**.*

Further, for any Part A or Part B service that is subject to SNF consolidated billing, the SNF must either:

- *Furnish the service directly with its own resources, **or***
- *Obtain the service from an outside entity (such as a supplier) under an “arrangement,” as described in the Social Security Act.²*

This “arrangement” must constitute a written agreement to reimburse the outside entity for Medicare-covered services subject to consolidated billing, i.e., services that are reimbursable only to the SNF as part of its global PPS per diem or those Part B services that must be billed by the SNF.

Problematic Situations

*There are various **problematic situations** in which an SNF resident receives a service from an outside supplier (or practitioner) that is subject to consolidated billing, in the absence of a valid arrangement between that entity and the SNF.*

In some instances, the supplier may have been unaware that the beneficiary was in a

Cont. on next page

² Social Security Act, Section 1861(w).

Centro de Enfermería Especializada

Parte A hasta que se denieguen las reclamaciones de la Parte B. En ausencia de un acuerdo por escrito, el suplidor podría tener dificultad en obtener pago del centro de enfermería especializada aunque el servicio sea uno cubierto por Medicare e incluido en el “per diem” de pago.

Según se discute en detalle más adelante, dichas situaciones surgen frecuentemente en uno de los siguientes escenarios:

- Un centro de enfermería especializada no identifica exactamente los servicios como sujetos a la facturación consolidada cuando ordenan estos servicios de un suplidor o
- Un suplidor no acierta el estatus del beneficiario como residente de un centro de enfermería especializada cuando el beneficiario (u otro individuo actuando en nombre del beneficiario) busca obtener estos servicios directamente del suplidor sin el conocimiento del centro de enfermería especializada.

Cuando un suplidor ofrece servicios sujetos a facturación consolidada sin mediar un acuerdo escrito con el centro de enfermería especializada, el suplidor se arriesga a no recibir pago por los servicios. Además, el suplidor puede incorrectamente intentar facturar a la Parte B directamente por los servicios. Someter incorrectamente a la Parte B la facturación de estos servicios podría resultar no solamente en servicios no cubiertos por Medicare, sino también en la imposición de una multa, como se explica más adelante.

Junto con todas las consecuencias adversas de esta práctica, el centro de enfermería especializada se arriesga a incumplir con los términos del acuerdo del proveedor con Medicare (el cual requiere que un centro de enfermería especializada tenga un acuerdo válido cada vez que un beneficiario reciba servicios sujetos a facturación consolidada de cualquier entidad a parte del centro de enfermería especializada).

Para ayudar a prevenir estos problemas, **esta instrucción se emitirá como un recordatorio de los requisitos de facturación consolidada relacionados a los centros de enfermería especializada y a los suplidores externos que**

Skilled Nursing Facility

Part A stay until its separate Part B claim was denied. In the absence of a written agreement, the supplier may have difficulty in obtaining payment from the SNF, even though the service at issue is a type of service that is Medicare covered and included in the SNF's global PPS per diem.

As discussed in greater detail below, such situations most commonly arise in one of the following scenarios:

- *A SNF does not accurately identify services as being subject to consolidated billing when ordering such services from a supplier; or*
- *A supplier fails to ascertain a beneficiary's status as an SNF resident when the beneficiary (or another individual acting on the beneficiary's behalf) seeks to obtain such services directly from the supplier without the SNF's knowledge.*

Whenever a supplier furnishes services that are subject to consolidated billing in the absence of a written agreement with the SNF, the supplier risks not being paid for the services. In addition, the supplier in this situation might improperly attempt to bill Part B directly for the services. The inappropriate submission of a Part B bill for such services could result not only in Medicare's non-coverage of the services themselves, but also in the imposition of civil money penalties, as explained below.

Along with all of the other potentially adverse consequences of such practices, the SNF risks violating the terms of the Medicare provider agreement (which requires a SNF to have a valid arrangement in place whenever a resident receives services that are subject to consolidated billing from any entity other than the SNF itself).

*In order to help prevent these types of problems from arising, **this instruction is being issued as a reminder of the applicable consolidated billing requirements that pertain to SNFs***

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

ofrecen servicios a los residentes en los centros de enfermería especializada.

Acuerdos de Facturación

Bajo un acuerdo, como se define en la Ley del Seguro Social ³:

- El pago de Medicare al centro de enfermería especializada representa el pago en su totalidad para el servicio contratado; y
- Los suplidores deben dirigirse al centro de enfermería especializada (antes que a la Parte B) para su pago.

Además, al entrar en dichos acuerdos, el centro de enfermería especializada no puede funcionar como conducto de facturación y debe ejercer responsabilidad y control sobre el arreglo hecho para el servicio.⁴ Para participar del programa, los requisitos para instituciones de cuidado prolongado proveen que bajo tales acuerdos, el centro de enfermería especializada debe **especificar por escrito** que asume responsabilidad por la calidad y prestación oportuna del servicio contratado.⁵

Medicare no dicta los términos reales del acuerdo escrito del centro de enfermería especializada con su suplidor (como cantidad específica o el pago al suplidor por parte del centro de enfermería especializada). Estos llegan a través de una negociación directa entre las partes del acuerdo. Sin embargo, para que exista un acuerdo válido para estos servicios que están sujetos a facturación consolidada, **el centro de enfermería especializada debe tener un acuerdo escrito con su suplidor**, el cual especifica como se le pagará al suplidor por estos servicios. Dicho acuerdo también le provee a ambas partes una resolución en caso de que un conflicto surja sobre un servicio en particular.

Si un centro de enfermería especializada elige obtener servicios sujetos a la facturación consolidada de un suplidor externo, pero no

³ Social Security Act, Section 1861(w).

⁴ Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual, Pub. 100-1, Chapter 5 (Definitions), Section 10.3 (Under Arrangements).

⁵ Code of Federal Regulations, 42 CFR 483.75(h)(2).

Skilled Nursing Facility

and to the outside suppliers that serve SNF residents.

Billing Arrangements

Under an arrangement as defined in the Social Security Act³:

- Medicare's payment to the SNF represents payment in full for arranged-for services; and
- Suppliers must look to the SNF (rather than to Part B) for their payment.

Further, in entering into such arrangements, the SNF cannot function as a mere billing conduit, and must exercise professional responsibility and control over the arranged-for service.⁴ The long-term care (LTC) facility requirements for program participation further provide that under such an arrangement, the SNF must **specify in writing** that it assumes responsibility for the quality and timeliness of the arranged-for service.⁵

Medicare does not prescribe the actual terms of the SNF's written agreement with its supplier (such as the specific amount or timing of the supplier's payment by the SNF). These are arrived at through direct negotiation between the parties to the agreement. However, in order for a valid "arrangement" to exist for those services that are subject to consolidated billing, **the SNF must have a written agreement in place with its supplier**, which specifies how the supplier is to be paid for its services. The existence of such an agreement also provides both parties with a means of resolution in the event that a dispute arises over a particular service.

If an SNF elects to obtain services that are subject to consolidated billing from an outside supplier, but fails to execute a written agreement

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

cumple con un acuerdo por escrito con el suplidor, no hay acuerdo válido para los servicios como se consideran bajo la disposición del Seguro Social.⁶

No solamente podría resultar en servicios no cubiertos por Medicare, sino que el centro de enfermería especializada podría también arriesgarse a violar los términos del acuerdo del proveedor. Bajo la disposición del Seguro Social, el acuerdo del proveedor del centro de enfermería especializada incluye un compromiso de cumplir con los requisitos de la facturación consolidada.⁷

Además, la disposición del Seguro Social impone una multa a cada persona que, teniendo conocimiento, intencionalmente presente una solicitud para pago que no se ajuste al acuerdo o en violación al requisito para dicho acuerdo.⁸

De acuerdo con esto, cada vez que un centro de enfermería especializada elija utilizar un suplidor externo para ofrecer un servicio sujeto a la facturación consolidada, el centro de enfermería especializada debe tener un acuerdo escrito con ese suplidor. De lo contrario, cada vez que un suplidor externo ofrezca un servicio a un residente de un centro de enfermería especializada, debe hacerse bajo un acuerdo escrito con el centro de enfermería especializada.

Problemas con los Acuerdos

Los problemas relacionados a la falta de un acuerdo válido entre un centro de enfermería especializada y su suplidor tienden a surgir en una de las siguientes dos situaciones:

- **El primer problema** ocurre cuando un centro de enfermería especializada elige utilizar un suplidor externo para ofrecer un tipo de servicio que podría estar sujeto a la facturación consolidada de la Parte A, pero luego no cumple con informar al suplidor que el residente que recibe el servicio está en una estadía cubierta por la Parte A.

Esto ocasiona que el suplidor concluya erróneamente que el servicio que se le ofrece a este residente no esté sujeto a la facturación

⁶ Social Security Act, Section 1862(a)(18).

⁷ Social Security Act, Section 1866(a)(1)(H)(ii), and the Code of Federal Regulations, 42 CFR 489.20(s).

⁸ Social Security Act, Section 1866(g).

Skilled Nursing Facility

*with that supplier, then there is no valid arrangement for the services as contemplated under the Social Security Act.*⁶

*Not only would this potentially result in Medicare's noncoverage of the particular services at issue, but the SNF would also risk being found in violation of the terms of its provider agreement. Under the Social Security Act, the SNF's provider agreement includes a specific commitment to comply with the requirements of the consolidated billing provision.*⁷

*Further, the Social Security Act imposes a civil money penalty on any person who knowingly and willfully presents (or causes to be presented) a bill or request for payment inconsistent with an arrangement or in violation of the requirement for such an arrangement.*⁸

Accordingly, whenever an SNF elects to utilize an outside supplier to furnish a service that is subject to consolidated billing, the SNF must have a written agreement in place with that supplier. Conversely, whenever an outside supplier furnishes such a service to an SNF resident, it must do so under a written agreement with the SNF.

Problems with Arrangements

Problems involving the absence of a valid arrangement between an SNF and its supplier typically tend to arise in one of the following two situations:

- **The first problem scenario** occurs when an SNF elects to utilize an outside supplier to furnish a type of service that would be subject to Part A consolidated billing, but then fails to inform the supplier that the resident receiving the service is in a covered Part A stay.

This causes the supplier to conclude mistakenly that the service it furnishes to that resident is not subject to consolidated billing. Based on the inaccurate impression that the

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

consolidada. Basado en una impresión inexacta de que la estadía del residente en un centro de enfermería especializada no está cubierta, el suplidor somete incorrectamente una reclamación por separado a la Parte B por el servicio y se percata del estatus actual de la estadía del residente en un centro de enfermería especializada estaba cubierta por Medicare cuando la reclamación de la Parte B se deniega. En este caso, aunque el suplidor realizó esfuerzos razonables para obtener de un centro de enfermería especializada, información sobre el estatus del beneficiario y de la estadía del beneficiario en un centro de enfermería especializada la información del centro de enfermería especializada de la cual el suplidor confió demuestra ser inexacta.

Estos errores involuntarios pueden ocurrir al ofrecer la información, el centro de enfermería especializada no sólo debe hacer un esfuerzo de buena fe para ofrecer información precisa a su suplidor, sino también tener un acuerdo escrito que provea reembolso directo al suplidor una vez se le llame la atención del error.

Al contrario de lo antes expuesto, el centro de enfermería especializada rechaza pagarle al suplidor por el servicio aun **luego** de conocer que la información ofrecida inicialmente estaba correcta. Como se discutió anteriormente, teniendo un acuerdo válido para un servicio en conflicto no podría solamente asegurar el cumplimiento con los requisitos de la facturación consolidada, también podría proveer un vehículo para resolver el conflicto.

- **El segundo problema** envuelve al residente quien temporalmente sale del centro de enfermería especializada con permiso para ausentarse, acompañado por un familiar o amigo. Mientras esté fuera, el residente (o familiar o amigo actuando a nombre del residente) obtiene servicios sujetos a los requisitos de la facturación consolidada, pero no cumple con notificar el centro de enfermería especializada.

Como en el problema anterior, esto resulta en los servicios que se le ofrecerán al residente por una entidad externa en la ausencia de un acuerdo válido con el centro de enfermería especializada.

Skilled Nursing Facility

resident's SNF stay is noncovered, the supplier inappropriately submits a separate Part B claim for the service, and only learns of the actual status of the resident's Medicare-covered SNF stay when that Part B claim is denied. In this scenario, even though the supplier made reasonable efforts to ascertain from the SNF both the beneficiary's status as an SNF resident and the specific nature of the beneficiary's SNF stay, the information from the SNF (on which the supplier relied) proved to be inaccurate.

While it is recognized that inadvertent errors may occasionally occur in the course of furnishing such information, an SNF should not only make a good faith effort to furnish accurate information to its supplier, but should have a written agreement in place that provides for direct reimbursement of the supplier once such an error is called to its attention.

*By contrast, in the scenario at issue, the SNF refuses to pay the supplier for the service even **after** being apprised of the inaccuracy of its initial information. As discussed previously, having a valid arrangement in place for the disputed service would not only ensure compliance with the consolidated billing requirements, but also would provide a vehicle for resolving the dispute itself.*

- **The second problem scenario** involves a resident who temporarily departs from the SNF on a brief leave of absence, typically accompanied by a relative or friend. While briefly offsite, the resident (or the relative or friend, acting on the resident's behalf) obtains services that are subject to the consolidated billing requirement, but fails to notify the SNF.

As in the previous scenario, this results in the services being furnished to the resident by an outside entity in the absence of a valid arrangement with the SNF. In addition, such a practice impedes the SNF from meeting its responsibility to provide comprehensive oversight of the resident's care and treatment.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Además, esta práctica impide que el centro de enfermería especializada asuma su responsabilidad de proveer supervisión exhaustiva del tratamiento y cuidado del residente.

Los centros de enfermería especializada pueden actuar para prevenir problemas que surjan asegurándose de que cada residente (y, si aplica, su representante) tenga conocimiento de los requisitos que aplican.

Por ejemplo, la ley de Medicare⁹ garantiza al beneficiario una libre elección de cualquier entidad cualificada que esté dispuesta a ofrecer servicios al beneficiario. Sin embargo, al seleccionar un centro de enfermería especializada, el beneficiario ha ejercido este derecho de libre selección con relación a todos los servicios para los cuales el centro de enfermería especializada es responsable bajo el requisito de facturación consolidada, incluyendo el uso de cualquier suplidor externo del cual el centro de enfermería especializada escogió obtener los servicios.

Además, los requisitos de instituciones que participan del programa de cuidado prolongado¹⁰ ordena al centro de enfermería especializada comunicarle a cada residente, de la admisión y durante la estadía, de cualquier cargo por servicios que Medicare no cubre.

Al comunicarle esta información periódicamente a través de la estadía de cada residente, el centro de enfermería especializada debería tomar cuidado de incluir a cualquier residente que esté por abandonar temporalmente el centro, para asegurarse que el residente (y, si aplica, el representante del residente) entienda la necesidad de consultar el centro de enfermería especializada antes de obtener servicios fuera de la institución.

Además, mientras el centro de enfermería especializada tome los pasos necesarios para prevenir problemas que surjan, el suplidor también es responsable de conocer y de cumplir con los requisitos de una facturación consolidada.

Esto significa que antes de ofrecer los servicios a un beneficiario de Medicare, **el suplidor debe verificar si el beneficiario está recibiendo**

⁹ Social Security Act, Section 1802.

¹⁰ Code of Federal Regulations, 42 CFR 483.10(b)(6).

Skilled Nursing Facility

SNFs can act to prevent such problems from arising by ensuring that each resident (and, if applicable, his or her representative) is fully aware of the applicable requirements.

*For example, the Medicare law⁹ guarantees a beneficiary's free choice of any qualified entity that is willing to furnish services to the beneficiary. However, in selecting a particular SNF, the beneficiary has effectively exercised this right of free choice with respect to the **entire package** of services for which the SNF is responsible under the consolidated billing requirement, including the use of any outside suppliers from which the SNF chooses to obtain such services.*

In addition, the Long Term Care (LTC) facility participation requirements¹⁰ direct the SNF to advise each resident, on or before admission and periodically during the stay, of any charges for services not covered by Medicare.

In providing such advice periodically throughout each resident's stay, the SNF should take particular care to include any resident who is about to leave the facility temporarily, in order to ensure that the resident (and, if applicable, the resident's representative) understands the need to consult the SNF before obtaining any services offsite.

Moreover, while the SNF itself should take reasonable steps to prevent such problems from arising, the supplier is also responsible for being aware of and complying with the consolidated billing requirements.

*This means that prior to furnishing services to a Medicare beneficiary, **the supplier should routinely as certain whether the beneficiary is currently receiving any comprehensive Medicare benefits (such as SNF or home health benefits) for which Medicare makes a bundled payment that could potentially include the supplier's services.** If the supplier ascertains that a particular beneficiary is, in fact, a resident of an*

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

algún beneficio de Medicare (como beneficios de centro de enfermería especializada o beneficios de salud en el hogar) para los cuales Medicare hace un pago global que podría incluir los servicios del suplidor. Si el suplidor investiga que un beneficiario es un residente de un centro de enfermería especializada con el cual el suplidor no tiene un acuerdo válido, el suplidor puede comunicarse con el centro de enfermería especializada antes de ofrecer los servicios al beneficiario.

Implantación

La fecha de implantación es el 1 de julio de 2004.

Información Adicional

Se revisó el Manual de Procesamiento de Reclamaciones, Pub. 100-04, Capítulo 6 (SNF Inpatient Part A Billing), Sección 10.3 (Types of Services Subject to the Consolidated Billing Requirement for SNFs). Se añadieron las siguientes nuevas secciones:

- Sección 10.4 (Furnishing Services that are Subject to SNF Consolidated Billing Under an "Arrangement" with an Outside Entity);
- Sub-sección 10.4.1 (Written Agreement); y
- Sub-sección 10.4.2 (SNF and Supplier Responsibilities)

Estas partes nuevas/revisadas del Manual se incluyen con la instrucción oficial emitida a su contratista con relación a este cambio. Puede encontrar esta instrucción (CR-3248) en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. Desde esta página electrónica, observe el CR-3248 en la columna CR NUM que se encuentra a la derecha y oprima en el archivo de este CR.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con su contratista o intermediario fiscal a su teléfono libre de cargos, el cual puede encontrar en la siguiente dirección electrónica: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/tollnums.asp>. Puede encontrar el Manual Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement, Pub. 100-1, Capítulo 5 (Definitions), Sección 10.3 (Under Arrangements) en la siguiente dirección electrónica: www.cms.hhs.gov/manuals/cmsindex.asp.

Skilled Nursing Facility

SNF with which the supplier does not have a valid arrangement in place, then the supplier should contact the SNF before actually furnishing services to that beneficiary.

Implementation

The implementation date for this instruction is July 1, 2004.

Additional Information

The Medicare Claims Processing Manual, Pub 100-04, Chapter 6 (SNF Inpatient Part A Billing), Section 10.3 (Types of Services Subject to the Consolidated Billing Requirement for SNFs) has been revised. The following new sections have also been added:

- Section 10.4 (Furnishing Services that are Subject to SNF Consolidated Billing Under an "Arrangement" with an Outside Entity);
- Subsection 10.4.1 (Written Agreement); and
- Subsection 10.4.2 (SNF and Supplier Responsibilities).

These revised/new portions of the manual are attached to the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR3248) may be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. From that web page, look for CR3248 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/intermediary at their toll-free number, which may be found at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/tollnums.asp>. The Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual, Pub. 100-1, Chapter 5 (Definitions), Section 10.3 (Under Arrangements) can be found at the following CMS Online Manuals Website: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/cmsindex.asp>

Pub. 100-04/MCP Trans. 183/CR-3248/May 21, 2004/DGE

Centro de Enfermería Especializada

ACTUALIZACIÓN AL ARCHIVO DE ASISTENCIA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Proveedores Afectados:

Proveedores y suplidores de servicios a los Centros de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria del Proveedor:

Ninguna. Este artículo es sólo para su información. Ya está disponible, para su uso, la actualización al Archivo de Asistencia del año calendario 2004 de los SNFs.

Trasfondo:

Anualmente, luego de completar la actualización al Sistema de Codificación Común de Procedimientos del Cuidado de la Salud (HCPCS, por sus siglas en inglés), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) también proveen un archivo de asistencia SNF. Este archivo le ayudará a determinar cuales son los servicios que caen dentro de la facturación consolidada bajo la Parte A e identificar el fundamento para el pago de los servicios bajo la Parte B. Igualmente, contribuirá a un mejor entendimiento de la explicación de su Intermediario Fiscal sobre los resultados de los éditos en sus reclamaciones.

Este archivo, una extensa hoja de cálculo "Microsoft Excel" que indica el estatus de sobre 11,900 códigos HCPCS y CPT para la facturación y pago a los Centros de Enfermería Especializada, también se actualiza, según sea necesario, en otras ocasiones durante el año cuando surgen importantes cambios al archivo HCPCS.

Información Adicional:

Usted podrá encontrar más información sobre este archivo actualizado en los Capítulos 6 y 7 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

Skilled Nursing Facility

UPDATED SKILLED NURSING FACILITY HELP FILE AVAILABLE FOR CY 2004

Provider Types Affected

Providers and suppliers of skilled nursing facility (SNF) services

Provider Action Needed

None. This article provides information only. It alerts you to the CY 2004 SNF Help File that is now available for your use.

Background

Annually, after the major Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) updates are completed, CMS also provides you with an SNF Help File, so that you can see which services are included in SNF consolidated billing under Part A, identify the basis of payment for services under Part B, and better understand your fiscal intermediary's (FIs) explanation of edit results on your claims.

This file, a large Microsoft Excel® spreadsheet that specifies the status of over 11,900 HCPCS and CPT codes for SNF billing and payment, is also updated, as necessary, at other times during the year when there are significant changes to the HCPCS file.

Additional Information

You can find more information about this updated file in Chapters 6 and 7 of the Medicare Claims Processing Manual at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

El siguiente enlace le llevará al Archivo de Asistencia SNF directamente: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c06snfhelp.pdf (este archivo está dirigido a los Centros de Enfermería Especializada y suplidores).

Además, podrá conocer más sobre la facturación consolidada de los SNFs en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp> (esta página es para aquellos que facturan al contratista Parte B).

Skilled Nursing Facility

The following link will take you directly to the SNF Help File: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c06snfhelp.pdf (This file is directed toward SNFs and suppliers.)

In addition, you can learn more about SNF consolidated billing at: www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp (This site is for individuals billing carriers).

CR3252/Pub.100-04MCP/Transmittal 189/May 28, 2004/ELS

Servicios de Salud en el Hogar

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE OCTUBRE DE 2004 PARA CÓDIGOS DE SALUD EN EL HOGAR DEL SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTO COMÚN (HCPCS) USADOS EN LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA COMPULSORIA PARA LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR

Proveedores Afectados:

Médicos, profesionales de la salud y suplidores que facturan por servicios a los contratistas de Medicare.

Acción Necesaria del Proveedor:

El código **G0329** del Sistema de Codificación de Procedimiento Común (HCPCS, por sus siglas en inglés) se añadirá a la facturación consolidada compulsoria para los Servicios de Salud en el Hogar (HH, por sus siglas en inglés).

Lo Que Necesita Saber:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) periódicamente actualizan las listas de los códigos HCPCS sujetos a la disposición de la facturación consolidada del Sistema de Pagos Prospectivos de Servicios de Salud en el Hogar (HH PPS, por sus siglas en inglés). Este artículo refleja la actualización de octubre de 2004.

Lo Que Debe Hacer:

Los proveedores afectados deben conocer que a partir del 1 de octubre de 2004 el código **G0329** no se pagará por separado para los beneficiarios en un episodio de Salud en el Hogar.

Trasfondo:

El "Balanced Budget Act" de 1997 hizo necesaria la facturación consolidada para todos los servicios de HH mientras el beneficiario esté bajo un plan de cuidado de HH autorizado por un médico. Consecuentemente, se debe facturar por todos los artículos y servicios a una sola Agencia de Servicios de Salud en el Hogar (HHA, por sus siglas en inglés) que supervisa dicho plan. Para

Home Health Services

OCTOBER 2004 QUARTERLY UPDATE OF HOME HEALTH COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODES USED FOR HOME HEALTH CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT

Provider Types Affected:

Physicians, practitioners, and suppliers billing Medicare carriers for services

Provider Action Needed:

*The HCPCS code **G0329** is being added to Home Health (HH) consolidated billing enforcement.*

What You Need to Know:

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) periodically updates the lists of HCPCS codes subject to the consolidated billing provision of the Home Health Prospective Payment System (HH PPS). This article reflects the October 2004 update.

What You Need to Do:

*Affected providers should be aware that **G0329** will not be separately payable for beneficiaries in a Home Health episode as of October 1, 2004.*

Background

The Balanced Budget Act of 1997 required consolidated billing of all HH services while a beneficiary is under a HH plan of care authorized by a physician. As a result, billing for all such items and services is to be made

Cont. on next page

Servicios de Salud en el Hogar

propósitos de facturación, esta HHA se conoce como la agencia primaria para el Sistema de Pagos Prospectivos de Servicios de Salud en el Hogar (HH PPS).

Medicare publica periódicamente las Notificaciones de las Actualizaciones Rutinarias que consisten en las listas más recientes de los códigos de artículos no de rutina y de terapia que se deben incluir en la facturación consolidada de HH. Las listas siempre se actualizan anualmente, vigentes el 1 de enero, como resultado de cambios en los códigos HCPCS que Medicare también divulga anualmente. Las listas también se pueden actualizar tan frecuentemente como trimestralmente, si es necesario, por la creación de nuevos códigos HCPCS a mediados de año.

En esta actualización, el código G0329, "Electromagnetic Tx for Ulcers", se añadirá a la facturación consolidada compulsoria para HH para así reflejar la actualización de mediados de año a las listas de los códigos HCPCS. A partir del 1 de octubre de 2004 las reclamaciones para este código estarán sujetas a esta imposición.

Información Adicional:

Esta notificación recurrente de las actualizaciones provee la actualización trimestral de la facturación consolidada para HH vigente al 1 de octubre de 2004. Para abril y julio de 2004 no fueron necesarias las actualizaciones trimestrales. Los próximos cambios a la lista de códigos para la facturación consolidada para HH llegarán con la actualización anual para el año calendario 2005.

El descriptor completo para G0329 es como sigue:

Código	Descripción del Código
G0329	"Electromagnetic Tx for Ulcers" – Terapia electromagnética a una o más áreas para las etapas crónicas III y IV de las úlceras de presión, úlceras arteriales, úlceras diabéticas y úlceras de la estasis venosa que no demuestran signos mensurables de curación después de 30 días de tratamiento convencional como parte de un plan de terapia de cuidado.

Home Health Services

to a single HHA overseeing that plan. This HHA is known as the primary agency for Home Health Prospective Payment System (HH PPS) for billing purposes.

Medicare periodically publishes Routine Update Notifications which contain updated lists of non-routine supply and therapy codes that must be included in HH consolidated billing. The lists are always updated annually, effective January 1, as a result of changes in HCPCS codes which Medicare also publishes annually. The lists may also be updated as frequently as quarterly if required by the creation of new HCPCS codes mid-year.

In this update, G0329 code, Electromagnetic Tx for Ulcers, is being added to enforcement of HH consolidated billing to reflect a mid-year update to the HCPCS lists. Claims for this code for services on or after October 1, 2004, will be subject to this enforcement.

Additional Information

This recurring update notification provides the quarterly HH consolidated billing update effective October 1, 2004. Quarterly updates were not needed for April or July 2004. This is the only quarterly update for calendar year 2004. The next changes to the HH consolidated billing code list will come with the annual update for calendar year 2005.

The full descriptor for G0329 is as follows:

Code	Description of Code
G0329	Electromagnetic Tx for Ulcers - 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.

Cont. on next page

Servicios de Salud en el Hogar

Hay una lista maestra de códigos para la facturación consolidada para Servicios de Salud en el Hogar en el sitio de la Red de CMS. Usted puede acceder esta lista en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/hhapps/#billing>.

Para la instrucción oficial emitida a su contratista referente a este cambio, puede ir a: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

En dicha página de la Red, busque el CR-3350 en la columna de "CR NUM" a la derecha y seleccione ese CR.

Home Health Services

There is a home health consolidated billing master code list available on the CMS Web site. You may access this list by going to: <http://www.cms.hhs.gov/providers/hhapps/#billing>.

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.

From that web page, look for CR-3350 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

CR3350/Transmittal 226/Pub. 100-04 MCP/July 9, 2004/EM/els

Proceso Apelativo

MMA- SECCIÓN 937 - CORRECCIÓN A ERRORES MENORES Y OMISIONES SIN PROCESO APELATIVO

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores

Acción Necesaria del Proveedor

Entender que Medicare le permite al proveedor corregir errores menores y omisiones en las reclamaciones sometidas sin tener que pasar por el proceso apelativo. Este artículo le proveerá información para realizar correcciones mínimas a las reclamaciones dentro de los procedimientos existentes.

Trasfondo

La Sección 937 del "Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act de 2003 (MMA), Public Law 108-73" requiere que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos establezca un proceso para los médicos, proveedores y suplidores para corregir errores menores y omisiones de reclamaciones sin tener que seguir el proceso apelativo formal. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) actualmente proveen los siguientes pasos para hacer estas correcciones:

1. Corregir Reclamaciones Sometidas que están Incompletas o Nulas

Actualmente Medicare le provee una oportunidad a los médicos, suplidores y proveedores de corregir errores u omisiones en una reclamación sometida sin la necesidad de iniciar un proceso apelativo formal, como una revisión o reconsideración. Estos procesos se resumen en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Pub. 100-04, Capítulo 1 - Requisitos Generales de Facturación, Sección 80.3.2 - Manejo de Reclamaciones Incompletas o Nulas y la Sección 70.2.3.1 - Reclamaciones Entregadas Incompletas o Nulas.

Appeals Process

MMA- SECTION 937 - CORRECTION OF MINOR ERRORS AND OMISSIONS WITHOUT APPEALS

Provider Types Affected

All Medicare physicians, providers, and suppliers

Provider Action Needed

Understand the Medicare rules that enable you to correct minor errors and omissions on Medicare claims without having to go through the appeals process. This article will provide information needed to make such minor corrections to Medicare claims within existing procedures.

Background

Section 937 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA), Public Law 108-73, requires the Secretary of the Department of Health and Human Services to establish a process for physicians, providers, and suppliers to correct minor errors and omissions in claims without pursuing the formal appeals process. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) currently provides the following ways to make such corrections:

1. Correcting Incomplete or Invalid Claims Submissions

Medicare instructions currently provide an opportunity for physicians, suppliers, and providers to correct errors or omissions in a submitted claim without the need to initiate a formal appeal, such as a review or, reconsideration. These processes are outlined in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4, Chapter 1 - General Billing Requirements, section 80.3.2- Handling Incomplete or Invalid Claims and section 70.2.3.1- Incomplete or Invalid Submissions.

Cont. on next page

Proceso Apelativo

Las instrucciones proveen la base para determinar si la reclamación (Formulario CMS-1450, CMS-1500 o su equivalencia electrónica) se considera completa para propósitos de procesamiento y establecen las acciones a tomarse por los contratistas una vez reciban reclamaciones incompletas o nulas.

Fundamentalmente, las instrucciones identifican las reclamaciones incompletas como reclamaciones sometidas con falta de la información requerida, como nombre del proveedor. Las reclamaciones nulas sometidas también son reclamaciones que contienen información completa y necesaria, pero la información es ilógica o incorrecta (Ej. Número HIC incorrecto o código de procedimiento nulo) o no cumple con el formato requerido para someter reclamaciones.

Las siguientes definiciones pueden aplicarse para determinar si la información de las reclamaciones sometidas está incompleta o nula.

- **Necesaria** - Cualquier información necesaria para procesar la reclamación sometida, como el nombre del proveedor.
- **No Necesaria** - Cualquier información opcional o no necesaria para procesar la reclamación sometida, como el estado civil del beneficiario.
- **Condicional** - Cualquier información que debe completarse si existen otras condiciones (Ej. Si existe un seguro primario a Medicare, se debe incluir en la reclamación el nombre y el número del seguro primario). Si estas condiciones existen, la información es necesaria.

Basado en estas instrucciones, si una reclamación se somete con información incompleta o incorrecta para ciertos encasillados, ésta se considera no procesable y se le devolverá al proveedor. Devolver una reclamación como no procesable no significa que se le devuelva cada reclamación al proveedor. El término “devolver como no procesable” o “devolver al proveedor” se

Appeals Process

The instructions provide the rationale for determining whether a claim (Forms CMS-1450, CMS-1500 or their electronic equivalent) is considered complete for processing purposes and outlines the actions to be taken by contractors upon receipt of incomplete or invalid claim submissions.

Basically, the instructions identify incomplete claims as ones submitted with required information missing, such as the provider's name. Invalid submissions also are claims that contain complete and required information, but the information is illogical or incorrect (e.g., incorrect HIC# or invalid procedure code) or the information does not conform to required claim formats.

The following definitions may be applied to determine whether data on submitted claims are incomplete or invalid:

- **Required** - Any data element that is needed in order to process the submission, such as provider name.
- **Not Required** - Any data element that is optional or is not needed to process the submission, such as the patient's marital status.
- **Conditional** - Any data element that must be completed if other conditions exist (e.g., if there is insurance primary to Medicare, then the primary insurer's group name and number must be entered on a claim). If these conditions exist, the data element becomes required.

Based on these instructions, if a claim is submitted with missing or incorrect information for certain specified items, it is considered to be unprocessable and is to be “returned” to the provider. Returning a claim as unprocessable does not mean that every claim is physically returned to the provider. The terms “return as unprocessable” or “return to

Cont. on next page

Proceso Apelativo

refiere a los procesos utilizados para comunicarle al proveedor o al suplidor de servicio que su reclamación no puede procesarse y que la misma debe corregirse o someterse nuevamente.

Diferentes contratistas usan varias técnicas para devolver reclamaciones como no procesables. A continuación le presentamos dos ejemplos:

- Si se detecta información incompleta o nula al comienzo del proceso de reclamaciones, la reclamación podría devolverse al proveedor identificando el error y explicando como corregir los errores antes de someterla nuevamente.
- Si la información incompleta o nula se detecta al comienzo del proceso de las reclamaciones, la reclamación podría suspenderse y desarrollarse; la documentación médica y/o las correcciones requeridas deben someterse dentro del período de 45 días. Luego de recibir la información, la reclamación se procesará.

De lo contrario, la parte suspendida se devuelve y se le comunica al proveedor o suplidor a través de la remesa de pago.

Bajo estas instrucciones los contratistas e intermediarios fiscales acostumbran suspender las reclamaciones recibidas con información incorrecta para que el proveedor las corrija o devuelven la reclamación al proveedor señalándole los encasillados incompletos o con errores para que se corrijan y se sometan nuevamente. Las reclamaciones sometidas que se devuelven al proveedor no se consideran reclamaciones bajo las regulaciones de Medicare. Por lo tanto, ninguno de estos procesos permite una audiencia.

Para más detalles sobre estas secciones, puede dirigirse al Capítulo 1, Secciones 70.2.3.1 y 90.3.2 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones, Pub. 100-04, en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp. Una vez esté en esta página, puede desplazarse hacia abajo hacia el Capítulo 1 y oprimir el archivo que usted desee descargar.

Appeals Process

provider” refer to the many processes utilized for notifying the provider or supplier of service that their claim cannot be processed, and that it must be corrected or resubmitted.

Different contractors use various techniques for returning claims as unprocessable. Following are just two examples:

- *If incomplete or invalid information is detected at the front-end of claims processing, the claim may be returned to the provider identifying the error(s) and explaining how to correct the errors prior to resubmission.*
- *If incomplete or invalid information is detected at the front-end of the claims processing system, the claim may be suspended and developed; requested corrections and/or medical documentation must be submitted within a 45-day period. After the requested information is received, the claim is processed.*

Otherwise, the suspended portion is returned and the supplier or provider of service is notified by means of the remittance advice.

Under these instructions, carriers and fiscal intermediaries (FIs) typically either suspend claims with defective data for development and correction by the provider or send the claim back to the provider, noting the missing or incorrect items, for correction and resubmission. Claims submissions that are returned to the provider are not considered claims under Medicare regulations. Therefore, neither of these processes allows for the initiation of an appeal.

For more details on these sections, you may view Chapter 1, Sections 70.2.3.1 and 80.3.2, of the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp. Once at that site, scroll down to Chapter 1 and click on the file type you wish to download.

Cont. on next page

Proceso Apelativo

2. Corregir Errores en Reclamaciones Procesadas Anteriormente

El Proceso de Solicitud de Ajuste es otro proceso que el proveedor puede utilizar. Las peticiones de ajuste son el mecanismo más común para los intermediarios fiscales cambiar una factura aceptada anteriormente. El Proceso de Ajuste de Pago se resume en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones, Pub. 100-04, Capítulo 3 - *Inpatient Hospital Billing, Sección 50, Adjustment Bills*. **Se requieren los ajustes cuando las facturas se aceptan y se anotan como error en un expediente en particular.**

Usted también puede dirigirse a esta sección del Manual para obtener detalles adicionales sobre los ajustes visitando la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

Una vez esté en esta página, puede desplazarse hacia abajo hacia el Capítulo 3 y oprimir el archivo que usted desee descargar.

3. Reapertura de Reclamaciones

El Proceso de Reapertura de Reclamaciones es el tercer proceso que los proveedores pueden utilizar. La Sección 1869(b)(1)(G) del Acta provee para la reapertura y revisión de cualquier determinación inicial de acuerdo con las guías ordenadas por el Secretario. El Manual de Reclamaciones de Medicare, Pub. 100-04, Capítulo 29 - *Appeals of Claims Decisions, Sección 6027 - Reopening and Revision of Claims Determinations and Decisions*, diferencia el proceso de reapertura del proceso de audiencia.

El propósito de una reapertura debe ser cambiar las determinaciones o decisiones que resultan en pagos en exceso o pagos insuficientes. Las reaperturas son mal interpretadas a nivel del proceso apelativo.

Appeals Process

2. Correcting Mistakes in Previously-Processed Claims

*Another process a provider can use is the Adjustment Request Process. Adjustment requests are the most common mechanism for FIs to change a previously accepted bill. The Adjustment Payment Process is outlined in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4, Chapter 3 - Inpatient Hospital Billing, section 50, Adjustment Bills. **Adjustments are required when bills have been accepted and posted in error to a particular record.***

You may also view this section of the manual to obtain further details on adjustments by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

Once at that page, scroll down to Chapter 3 and click on the type of file you wish to download.

3. Reopening Claims

A third process that providers can use is the Reopening Process. Section 1869(b)(1)(G) of the Act provides for the reopening and revision of any initial determination according to guidelines prescribed by the Secretary. The Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4, Chapter 29 - Appeals of Claims Decisions, section 60.27 - Reopening and Revision of Claims Determinations and Decisions, distinguishes the reopening process from the appeals process.

The purpose for a reopening should be to change the determinations or decisions that result in either overpayments or underpayments. Reopenings have been misconstrued as a level of the appeals process.

Cont. on next page

Proceso Apelativo

Una reapertura no es un derecho apelativo; es una acción discrecional, según se define en la Sección 42 CFR 405.841.

Las peticiones para ajustes de reclamaciones como resultado de errores clericales deben manejarse a través del proceso de reapertura. La solicitud debe hacerse dentro de un año a partir de la fecha de la notificación de la determinación inicial.

El proveedor tiene cuatro (4) años para iniciar una reapertura después de la fecha de la determinación inicial si existe una causa que lo amerite.

4. Corregir Asuntos de Cumplimiento con HIPAA

El cuarto proceso se relaciona al proceso existente de CMS para evaluar una reclamación que cumpla con HIPAA. Este proceso lo puede encontrar en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Pub. 100-04, Capítulo 24 - *EDI Support Requirements, Sections 30.6 - Translators; 70.1 - FI Requirements; and 70.2 - Carrier/DMERC Requirements.*

Actualmente, los traductores del contratista de Medicare convalidaron la sintaxis de acuerdo al estándar X12N837. El expediente completo se descartará cuando la sintaxis del expediente esté incorrecta. El contratista le enviará al proveedor el "Functional Acknowledgment" X12N 997 para informar los errores de sintaxis. Si la sintaxis del expediente está correcta, se llevará a cabo la implantación de la guía de cumplimiento de HIPAA. La validación de éditos relacionados a la guía de cumplimiento de HIPAA incluye la verificación de varios elementos como por ejemplo "loops" y segmentos requeridos, uso de fechas válidas, indicadores y calificadores según descrito en la guía de cumplimiento de HIPAA. A los proveedores se les rechazarán las reclamaciones individuales cuando las mismas contengan errores. Estos errores luego se informarán en un informe de errores del contratista.

Appeals Process

A reopening is not an appeal right; it is a discretionary action as defined under 42 CFR 405.841.

Requests for adjustments to claims resulting from clerical errors must be handled through the reopening process. The request must be made within one year from the date of the notice of the initial determination.

A provider has a four-year timeframe to initiate a reopening after the date of the initial determination if good cause exists.

4. Correcting HIPAA Compliance Issues

The fourth process relates to CMS's existing process for evaluating a claim's HIPAA compliance. This process can be found in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4, Chapter 24 - EDI Support Requirements, sections 30.6 - Translators; 70.1 - FI Requirements; and 70.2 - Carrier/DMERC Requirements.

Currently, Medicare contractor translators validate the syntax compliance of the X12N 837 standard. The entire file will be rejected when the file is syntactically incorrect. The contractor will send to the provider the X12N 997 Functional Acknowledgment to report the syntax errors. If the file is syntactically correct, HIPAA implementation guide-compliance validation of the X12N 837 is performed. Compliance validation edits check for required loops and segments, appropriate segments within a loop, valid calendar dates, qualifiers, and so on. Individual claims are rejected to the provider when they contain errors. The errors are then reported on contractor specific error reports.

Cont. on next page

Proceso Apelativo

Para ver las secciones del Manual sobre información de reapertura o sobre información HIPAA, puede usar la misma dirección electrónica provista anteriormente y desplazarse hacia los Capítulos 29 y 24, respectivamente. Una vez esté en cada capítulo, puede seleccionar la versión del expediente que desee revisar.

Información Adicional

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

Appeals Process

To view the manual sections on reopening information or for the HIPAA information, use the same Web address as provided above and scroll to Chapters 29 and 24, respectively. Once at each chapter, select the version of the file you wish to review.

Additional Information

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

SE-0420/ER/JS

IMPORTANCIA DE SOMETER DOCUMENTACIÓN MÉDICA CON SU APELACIÓN

Diariamente recibimos muchas solicitudes de revisión o de audiencia que carecen de la documentación necesaria y adecuada para sustentar la razón de apelación. Usted, como proveedor, es responsable de proveer toda la documentación para justificar su desacuerdo con la determinación tomada por el contratista. Si usted falla en proveer dicha documentación al momento de someter su apelación, esto demora el proceso de una revisión y, como consecuencia, el pago de aquellos servicios que así lo ameriten.

En el caso de que usted no pueda enviar la documentación médica al momento de someter su apelación, es necesario que responda con prontitud a nuestra petición de información. Existen unos tiempos límites para someter la información requerida dependiendo en qué nivel esté el proceso de una reclamación. De no recibir esa documentación dentro del tiempo que se le concede, la evaluación o revisión puede basarse sólo en la información disponible y conllevar la denegación del pago de los servicios.

THE IMPORTANCE OF SUBMITTING DOCUMENTATION WITH YOUR APPEAL

Daily we receive many requests for review without the necessary and accurate documentation to support the appeal petition. You, as a provider, are responsible for providing the documentation that justifies your disagreement with the determination taken by the carrier. If you fails in provide such documentation when submitting your appeal request, the review process will be delayed and, as a result of that, the adjudication of those services that might warrant payment.

When you cannot send the medical documentation with your appeal, it is necessary that you respond with promptness upon our request for such information. There is a time limit for the provider to submit the required information depending the level of the claim process. If the documentation is not received within this time limit, the evaluation or revision may be based only on the information available and might involve the services payment denial.

Cont. on next page

Proceso Apelativo

Sería conveniente que junto con su solicitud de apelación someta toda la documentación médica sin esperar a que se le solicite la misma. Por otra parte, el que usted tenga éxito en su solicitud de apelación depende de que someta la documentación médica adecuada para sustentar su alegación. Por ejemplo:

TIPO DE SERVICIO <i>SERVICE TYPE</i>	INFORMACIÓN NECESARIA <i>NECESSARY INFORMATION</i>
Servicios radiológicos o de laboratorio diagnóstico <i>Radiology services or diagnostic laboratory services</i>	Orden médica y resultado <i>Medical order and result</i>
Servicios de evaluación y manejo <i>Evaluation and Management services</i>	Notas de progreso, reporte de consulta, etc. <i>Progress notes, consult report, etc.</i>
Cirugías <i>Surgeries</i>	Reporte quirúrgico <i>Surgical report</i>
Anestesia <i>Anesthesia</i>	Reporte de anestesia <i>Anesthesia report</i>

Le recordamos que la documentación sometida debe estar:

- Legible
- Identificada con el nombre del paciente
- Fechada
- Firmada por el médico

Le exhortamos a que orienten a su personal de facturación sobre la importancia de someter la documentación junto con su petición de apelación. Esto le ayudará a manejar sus solicitudes sin ninguna dilación.

Appeals Process

It would be convenient that, with your appeals request, you submit the supporting documentation and not wait until we requested it. The success of your appeal request depends on the submission of the accurate information, which sustain your allegation. Example:

We remind you that the submitted documentation must be:

- *Legible*
- *Identified with the beneficiary name*
- *Dated*
- *Signed by the physician*

We exhort you to educate your billing personnel about the importance of submitting the documentation with the appeals request. This will help you manage your requests without delay.

By: María del C. Colón and Miosotis Mass
Community Relations Department

Ambulancia

IMPLANTACIÓN DE LA SECCIÓN 414 DEL MMA DE 2003

NOTA: ESTE ARTÍCULO ES UNA RE-PUBLICACIÓN QUE REFLEJA LOS CAMBIOS REALIZADOS EN EL CR-3099 EMITIDO ANTERIORMENTE EN EL BOLETÍN **MEDICARE INFORMA** #78, PÁGINAS 80-81.

Proveedores Afectados

Todos los proveedores de servicios de ambulancia, incluyendo proveedores voluntarios, municipales, privados, independientes e institucionales tales como hospitales, hospitales de acceso crítico y centros de enfermería especializada.

Acción a Tomar por el Proveedor

El nuevo *Medicare Prescription Drug, Improvements, and Modernization Act de 2003 (MMA)* hizo varios cambios importantes en el pago de Medicare a los servicios de ambulancia ofrecidos después del 1 de julio de 2004.

Qué Necesita Saber

Durante el período de cinco años, 1 de julio de 2004 al 31 de diciembre de 2009, las tarifas fijas incluirán aumentos temporeros en los pagos.

Qué Necesita Hacer

Debe asegurarse que su personal de facturación entienda los nuevos cambios y facture de acuerdo a estos cambios para que reciban el pago correcto.

Trasfondo

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

Ambulance

MMA-IMPLEMENTATION OF SECTION 414 OF MMA OF 2003

NOTE: THIS IS A RE-RELEASE OF THIS ARTICLE TO REFLECT THE CHANGES MADE IN THE RE-RELEASE OF THE CR-3099. THE CHANGES ARE SHOWN IN THIS ARTICLE AS RED PRINT AND ARE ITALICIZED.

Providers Affected

All Ambulance services including volunteer, municipal, private, independent, and institutional providers such as hospitals, critical access hospitals and skilled nursing facilities.

Provider Action Needed

The new *Medicare Prescription Drug, Improvements, and Modernization Act of 2003 (MMA)* makes a number of important changes to Medicare payment for ambulance services rendered on or after July 1, 2004.

What You Need to Know

During the five - year period, July 1, 2004 - December 31, 2009 Fee Schedule will include certain temporary increases in payment.

What You Need to Do

Make sure your billing staff understands the new changes and bill according to those changes to assure receipt of accurate payment.

Background

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

Cont. on next page

Ambulancia

un bono de 25 por ciento en la tarifa del millaje para transportación terrestre de 51 millas o más. Estos cambios de pagos solamente aplican para transportación terrestre; para los servicios de ambulancia aérea la tarifa base y el millaje permanecen igual. *Todos los aumentos se basan en por cientos y son acumulativos.*

A continuación más detalles sobre estos cambios:

Tarifa de Pago de Ambulancia Regional para Transportación en Ambulancia Terrestre

Para discutir estos cambios, comenzamos con lo estipulado en relación a la base para la tarifa de pago de ambulancia regional para servicios de transportación terrestre. Para servicios prestados durante el período del 1 de julio de 2004 al 31 de diciembre de 2009, la porción base de la tarifa del pago bajo las tarifas fijas de ambulancia para transportación terrestre está sujeta a una cantidad mínima. Esta cantidad depende del área del pueblo en el cual se prestó el servicio.

Básicamente, 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. Donde la tarifa fija regional es mayor que la tarifa fija nacional, las tarifas base para transportación de ambulancia terrestre son determinadas por una combinación de la tarifa fija nacional y la tarifa regional de acuerdo con el siguiente itinerario:

Año Year	Por ciento Tarifa Fija Nacional National FS Percentage	Por ciento 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 - and thereafter	100%	0%

Donde la tarifa regional no es mayor a la tarifa nacional, no hay que hacer una combinación y sólo aplica la cantidad de la tarifa fija nacional.

Ambulance

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 and mileage rates remain unchanged. All increases are percentage increases and are cumulative.

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

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

Cont. on next page

Ambulancia

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 por ciento 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.

El 50 por ciento de aumento aplicado a la tasa de millaje de la tarifa fija de ambulancia rural para las primeras 17 millas del punto de recogida continúa aplicándose como siempre bajo la tarifa fija.

Para servicios prestados durante el período del 1 de enero de 2004 hasta el 30 de junio de 2004, para todas las millas terrestres mayores de 17 millas, la tarifa del fija iguala el millaje urbano por milla.

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, hay un 22.6 por ciento de aumento en la porción de la tarifa fija del pago base para servicios de ambulancia terrestre en áreas rurales de densidad poblacional baja. Estos aumentos aplican donde el punto de recogida está en un área rural (o Goldsmith Area); ésto comprende el cuartilo menor por población de tales áreas rurales determinado por la densidad de la población. Estas áreas rurales se identifican por un código postal con un indicador B en el archivo del código postal nacional.

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

Las tarifas de pagos bajo las tarifas fijas para transportación de ambulancia terrestre (tanto para la tarifa base, como para la cantidad de millaje) son aumentadas para servicios prestados durante el período del 1 de julio de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2006. Para servicios

Ambulance

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.

The 50 percent increase applied to the rural ambulance FS mileage rate for the first 17 miles of a rural Point of Pickup (POP) continues to apply as it always has under the FS.

For services furnished during the period January 1, 2004 through June 30, 2004, for all ground miles greater than 17 miles, the FS rate equals the urban mileage rate per mile.

Adjustments for FS Payment Rate for Certain Rural Ground Ambulance Transports

For services furnished during the period July 1, 2004 through December 31, 2009, there is a 22.6 percent increase in the FS portion of the base payment for ground ambulance services in low population density rural areas. This increase applies where the POP is in a rural county (or Goldsmith Area) that is comprised by the lowest quartile by population of all such rural areas arrayed by population density. These rural areas are identified by a zip code with a "B" indicator on the national zip code file.

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

Cont. on next page

Ambulancia

prestados donde el punto de recogida es urbano, las tarifas aumentaron un uno por ciento y para los servicios ofrecidos donde el punto de recogida es rural, las tarifas aumentaron dos por ciento.

La siguiente tabla resume los cambios en pagos para los servicios de ambulancia terrestre del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) de 2003 vigentes del 1 de julio de 2004 en adelante.

Servicios Services	Fechas vigentes Effective Dates	Aumento en pago* Payment Increase*
Todo millaje rural <i>All rural miles</i>	7/1/04-12/31/06	2%
Millaje rural de 51 en adelante <i>Rural miles 51+</i>	7/1/04-12/31/08	25%**
Todo millaje urbano <i>All urban miles</i>	7/1/04-12/31/06	1%
Millaje urbano de 51 en adelante <i>Urban miles 51+</i>	7/1/04-12/31/08	25%**
Tasa base para todo millaje rural <i>All rural base rates</i>	7/1/04-12/31/06	2%
Tasa base rural (cuartilo más bajo) <i>Rural base rates (lowest quartile)</i>	7/1/04-12/31/09	22.6%**
Tasa base para millaje urbano <i>All urban base rates</i>	7/1/04-12/31/06	1%
Tasa base en total <i>All base rates (regional fee schedule blend)</i>	7/1/04-12/31/09	Floor

* Todos los pagos son a base de aumentos en los por cientos y todos son acumulativos.

** El sistema de los contratistas e intermediarios desarrolla estos cálculos. Todos los otros aumentos son incorporados en el archivo de tarifas fijas de ambulancia de Medicare. Sin embargo, los contratistas e intermediarios continuarán aplicando la tarifa fija y los por cientos del cargo razonable combinados para determinar las tarifas de pago hasta el 31 de diciembre de 2005, de acuerdo a la regla del período de transición.

Ambulance

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.

The following chart summarizes the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) of 2003 payment changes for ground ambulance services that becomes effective on July 1, 2004:

* All payments are percentage increases and all are cumulative.

** Carrier/intermediary systems perform this calculation. All other increases are incorporated into the Medicare Ambulance FS file. However, carriers and intermediaries will continue to apply the applicable FS and reasonable charge/cost blended percentages to determine the payment rates through December 31, 2005, in accordance with the rules of the transition period.

Cont. on next page

Ambulancia

Información Adicional

El reembolso para servicios de ambulancia se basará en la combinación de dos cantidades. Primero, la porción del pago de la tarifa fija se basa en la combinación de la tarifa fija nacional y regional. Segundo, la porción de la tarifa fija se combina con el cargo razonable durante el período de transición.

Para más información, puede acceder las instrucciones emitidas en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R220CP.pdf.

Fechas Importantes

Estos cambios aplican comenzando con servicios prestados desde el 1 de julio de 2004 en adelante.

MM-3099/June 25, 2004/ERO
Pub. 100-04/MCPTrans. 88/CR-3099/February 6, 2004/ERO

Ambulance

Additional Information

Reimbursement for ambulance services will be based on two blended amounts. First, the FS portion of the payment is based on a blend of the national and regional FS amounts. Second, the FS portion is then blended with the reasonable charge/reasonable cost portion during the transition period.

For further information, you may wish to view the actual re-released instruction issued to your Medicare contractor. That instruction can be seen at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R220CP.pdf

Important Dates

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

Laboratorio

RESPUESTAS ESTANDARIZADAS A LAS PREGUNTAS DE LOS PROVEEDORES SOBRE EL MÓDULO DE CORRECCIÓN DE LAS DETERMINACIONES DE COBERTURA NACIONAL (NCDs) NEGOCIADAS

Proveedores Afectados

Todos los proveedores

Acción Necesaria del Proveedor

Esta instrucción provee respuestas a preguntas comúnmente hechas con respecto a las Determinaciones de Cobertura Nacional (NCDs, por sus siglas en inglés) de laboratorio negociadas y al Módulo de Corrección usado para implementar las NCDs uniformemente. Los contratistas y los intermediarios fiscales (FIs) pueden optar por utilizar este lenguaje al responder a las preguntas en su organización y así promover nacionalmente la estandarización de la acción relacionada con los servicios diagnósticos de laboratorio clínico.

Trasfondo

Las NCDs para los servicios diagnósticos de laboratorios clínicos se desarrollaron por el Comité del Proceso Formativo Negociado de Laboratorio y se publicó como una ley final el 23 de noviembre de 2001.

La aplicación nacionalmente uniforme la desarrolló la Corporación de Ciencias de Computadora (CSC, por sus siglas en inglés) y se incorporó en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare, conocidos como sistemas compartidos, de manera que las reclamaciones de laboratorio sujetas a uno de las 23 NCDs de laboratorio se procesen uniformemente a través de la nación. En un esfuerzo por estandarizar más la acción de los contratistas e intermediarios de Medicare con respecto a las reclamaciones sujetas a una de las NCDs, CSC desarrolló

Laboratory

STANDARDIZED RESPONSES TO PROVIDER INQUIRIES REGARDING THE NEGOTIATED NATIONAL COVERAGE DETERMINATIONS (NCDs) EDIT MODULE

Provider Types Affected

All providers

Provider Action Needed

This instruction provides responses to commonly asked questions regarding the negotiated laboratory NCDs and the edit module used to implement the NCDs uniformly. Carriers and fiscal intermediaries (FIs) may elect to use this language in responding to inquiries in their organization to help further standardize action nationally related to clinical diagnostic laboratory services.

Background

The NCDs for clinical diagnostic laboratory services were developed by the laboratory negotiated rulemaking committee and published as a final rule on November 23, 2001.

Nationally uniform software has been developed by Computer Sciences Corporation (CSC) and incorporated in the Medicare claims processing systems, known as shared systems, so that laboratory claims subject to one of the 23 laboratory NCDs are processed uniformly throughout the nation. In an effort to further standardize the action of Medicare carriers and intermediaries regarding claims subject to one of the NCDs, CSC has developed language that can be used to respond to inquiries related to the NCDs and the edit module used to implement them.

Cont. on next page

Laboratorio

un lenguaje que puede utilizarse para contestar preguntas relacionadas con las NCDs y el Módulo de Corrección que se usa para implementarlas.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 4 de octubre de 2004.

Información Adicional

Las preguntas más frecuentes (FAQs) y sus respuestas son como siguen:

1. ¿Qué es una Determinación de Cobertura Nacional (NCD)?

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) establecen NCDs para conceder, limitar o excluir la cobertura de Medicare para un servicio médico, un procedimiento o un dispositivo específico. NCDs se realizan bajo la Sección 1862(a) (1) de la Ley del Seguro Social (La Ley) o de otras provisiones aplicables de la Ley. Las decisiones de cobertura nacional aplican a toda la nación y son obligatorias para todos los contratistas de Medicare, Fls, organizaciones del mejoramiento de la calidad, organizaciones del mantenimiento de la salud, planes médicos competitivos y planes de pre-pago del cuidado médico para propósitos de la cobertura de Medicare.

2. ¿Qué es una Tabla de Corrección de Laboratorio Clínico y cuál es su propósito?

La Tabla de Corrección NCD de Laboratorio Clínico establece la relación diagnósticos-a-procedimientos usada por todos los contratistas de Medicare para procesar las reclamaciones. El propósito de la Tabla de Corrección es asegurar que las reclamaciones de Medicare sujetas a una de las NCDs negociadas de laboratorio se procesen uniformemente a través de la nación.

Laboratory

Implementation

The implementation date for this instruction is October 4, 2004.

Additional Information

The frequently asked questions (FAQs) and their answers are as follows:

1. What is a National Coverage Determination (NCD)?

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) makes NCDs granting, limiting, or excluding Medicare coverage for a specific medical service, procedure, or device. NCDs are made under section 1862(a) (1) of the Social Security Act (the Act) or other applicable provisions of the Act. The national coverage decisions apply nationwide and are binding on all Medicare carriers, Fls, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, and health care prepayment plans for purposes of Medicare coverage.

2. What is a Clinical Laboratory Edit Table, and what is its purpose?

The Clinical Laboratory NCD Edit Table is a diagnosis-to-procedure code edit table used by all Medicare contractors to process Medicare claims. The purpose of the edit table is to ensure that the Medicare claims subject to one of the negotiated laboratory NCDs are processed uniformly throughout the nation.

Cont. on next page

Laboratorio

3. ¿Cuándo entró en vigencia la Tabla de Corrección de Laboratorio Clínico?

La Tabla de Corrección de Laboratorio Clínico entró en vigor el 1 de enero de 2003. Las NCDs negociadas de laboratorio entraron en vigencia el 25 de noviembre de 2002.

4. ¿Cuán a menudo y por qué se actualiza la Tabla de Corrección de Laboratorio Clínico?

La Tabla de Corrección de Laboratorio Clínico se actualiza trimestralmente, según la necesidad, para reflejar las actualizaciones de codificación, los cambios de la codificación ministerial y los cambios sustantivos a las NCDs desarrolladas a través del proceso de NCD.

Las Actualizaciones a la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, de la Modificación Clínica (ICD-9-CM, por sus siglas en inglés) y de la Terminología Procesal Actual (CPT, por sus siglas en inglés) se incorporan en el Módulo de Corrección para no cambiar sustantivamente las NCDs. Los códigos que surgen de las indicaciones narrativas de las NCDs, pero que inicialmente no se incluyeron, se pueden añadir mediante los análisis de codificación que se publican en el sitio de la Red de la cobertura para el comentario público. Los cambios de política importantes que resultan de NCDs nuevas o modificadas para los servicios de laboratorio clínico se pueden desarrollar también e incorporar en las actualizaciones trimestrales al Módulo de Corrección.

5. ¿Por qué se iniciaron las NCDs negociadas de laboratorio?

Las NCDs negociadas de laboratorio se iniciaron para promover la integridad del programa y la uniformidad nacional y para simplificar los requisitos administrativos para los servicios diagnósticos clínicos.

Laboratory

3. *When did the Clinical Laboratory Edit Table become effective?*

The Clinical Laboratory Edit Table became effective January 1, 2003. The negotiated laboratory NCDs became effective on November 25, 2002.

4. *How often and why is the Clinical Laboratory NCD Edit Table updated?*

The Clinical Laboratory NCD Edit Table is updated quarterly as necessary to reflect coding updates, ministerial coding changes, and substantive changes to the NCDs developed through the NCD process.

Updates to the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) and Current Procedural Terminology (CPT) are incorporated into the edit module so as not to substantively change the NCDs. Codes that flow from the narrative indications of the NCDs, but that were not initially included, may be added through coding analyses that are published on the coverage Internet site for public comment. Substantive policy changes resulting from new or modified NCDs for clinical laboratory services may also be developed and incorporated in the edit module quarterly updates.

5. *Why were the negotiated laboratory NCDs initiated?*

The negotiated laboratory NCDs were initiated to promote program integrity and national uniformity and to simplify administrative requirements for clinical diagnostic services.

Cont. on next page

Laboratorio

6. ¿Dónde puedo encontrar la lista de códigos de procedimiento y la documentación de cobertura de la NCD de Laboratorio Clínico?

Hay una lista completa de códigos de procedimiento e información de cobertura disponible en el sitio de CMS en la Red. El enlace para acceder a los manuales de Política de la Codificación de la NCD, a las Reglas Finales del **Registro Federal** y a los Memorandos del Programa de CMS es como sigue: <http://www.cms.hhs.gov/ncd/labindexlist.asp>.

7. ¿Cómo debe un laboratorio facturar por servicios que no están cubiertos por razones distintas a la de necesidad médica?

La codificación del Sistema de Codificación de Procedimiento Común (HCPCS, por sus siglas en inglés) provee para que se utilice un modificador GY para indicar un artículo o servicio que se excluye reglamentariamente o que no cumple con la definición de ningún beneficio de Medicare. La lista de códigos no cubiertos para procedimientos de laboratorio sujetos a las NCDs negociadas pueden encontrarse en los manuales de codificación en la sección de "Códigos ICD-9-CM no Cubiertos para Todas las Correcciones de NCD. Estos son los únicos códigos que deberán facturarse con el modificador GY para los servicios sujetos a las NCDs negociadas de laboratorio. Para información, vaya a: <http://www.cms.hhs.gov/ncd/labindexlist.asp>.

8. ¿Hay algún procedimiento a seguir si estoy en desacuerdo con la política de cobertura de alguna de las NCDs negociadas de laboratorio?

Si está solicitando un cambio significativo en una NCD, usted debe seguir el proceso de NCD que requiere evidencia científica. Información concerniente al proceso de NCD está disponible en la Red en: <http://www.cms.hhs.gov/coverage>.

Laboratory

6. Where can I find the list of Clinical Laboratory NCD procedure codes and coverage documentation?

There is a complete list of procedure codes and coverage information available on the CMS web site. The link to access the NCD Coding Policy Manuals, Federal Register Final Rules, and related CMS Program Memoranda is as follows: <http://www.cms.hhs.gov/ncd/labindexlist.asp>.

7. How should a laboratory bill for services that are non-covered for reasons other than medical necessity?

Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) coding provides for a GY modifier to be used to indicate an item or service that is statutorily excluded or does not meet the definition of any Medicare benefit. The list of non-covered codes for laboratory procedures subject to the negotiated NCDs can be found in the coding manuals in the "Non-covered ICD-9-CM Codes for All NCD Edits" section. These are the only codes that should be billed with the GY modifier for services subject to the negotiated laboratory NCDs. For information go to: <http://www.cms.hhs.gov/ncd/labindexlist.asp>.

8. Is there a procedure to follow if I disagree with the coverage policy of any of the negotiated laboratory NCDs?

If you are requesting a substantive change in an NCD, you must follow the NCD process that requires scientific evidence. Information regarding the NCD process is available on the Internet at: <http://www.cms.hhs.gov/coverage>.

Cont. on next page

Laboratorio

Seleccione el enlace del proceso de cobertura.

CMS desarrolló un eficiente proceso para realizar los cambios de la codificación que surjan de la indicación narrativa de las NCDs negociadas de laboratorio. Esto se publicó en el **Registro Federal** el 24 de diciembre de 2003 (68 FR 74607). Bajo este proceso, un análisis de codificación se puede realizar después del período de 30 días de comentario público para determinar si los códigos están enumerados adecuadamente en las listas de códigos de NCD.

Los análisis de codificación no requieren evidencia científica, pues la esencia del NCD no se altera. Para solicitar un análisis de codificación, usted debe someter una petición que identifique la disposición en la narrativa de NCD que usted entiende sustenta el código. Envíe la petición al Grupo de Cobertura y Análisis, CMS, C1-09-06, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.

9. ¿Cuáles códigos de diagnóstico se usan para las NCDs negociadas de laboratorio?

Cada código ICD-9-CM cae en una de las tres listas posibles usadas en el Módulo de Corrección para las NCDs negociadas de laboratorio. Las tres listas incluyen: Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare, Códigos ICD-9-CM No Cubiertos por Medicare y Códigos ICD-9-CM que No Sustentan la Necesidad Médica.

10. ¿Qué ocasiona que un código no tenga validez?

Un código es inválido si no se codifica al máximo de los dígitos requeridos para ese código ("Coding Clinic 1995 4th Quarter"). Cualquier serie de números que no se enlaza a una descripción en el libro de ICD-9-CM, es un código inválido.

Laboratory

Click on the coverage process link.

*CMS has developed a streamlined process for making coding changes that flow from the narrative indication of the negotiated lab NCDs. This was announced in the **Federal Register** on December 24, 2003 (68 FR 74607). Under this process, a coding analysis may be performed after a 30-day public comment period to determine if codes are appropriately listed in NCD code lists.*

Coding analyses do not require scientific evidence, as the substance of the NCD is not altered. To request a coding analysis, you must submit a request identifying the provision in the NCD narrative you believe supports the code. Send the request to the Coverage and Analysis Group, CMS, C1-09-06, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850

9. What diagnosis codes are used for the negotiated laboratory NCDs?

Every ICD-9-CM code falls into one of the three possible lists used in the edit module for the negotiated laboratory NCDs. The three code lists include: ICD-9-CM Codes Covered by Medicare, ICD-9-CM Codes Not Covered by Medicare, and ICD-9-CM Codes That Do Not Support Medical Necessity.

10. What causes an invalid code?

A code is invalid if it has not been coded to the full number of digits required for that code (Coding Clinic 1995 4th Quarter). Any series of numbers that is not linked to a description in the ICD-9-CM book is an invalid code.

Cont. on next page

Laboratorio

11. ¿Cómo se codifican los diagnósticos probables, sospechados, cuestionables, excluidos o de trabajo?

Los diagnósticos documentados como probables, sospechados, cuestionables, excluidos o de trabajo no se deben codificar como si existieran. Más bien, codifique la condición (condiciones) al grado más alto de certeza para ese/a encuentro/visita, tal como los signos, los síntomas y los resultados anormales de prueba, la exposición a enfermedad transmisible u otras razones para la visita.

12. ¿Cómo puedo facturar por una prueba preoperatorio para pacientes a someterse a una cirugía ahora que las NCDs eliminaron la serie V72 de los códigos ICD-9-CM?

Hacer prueba antes de cualquier intervención médica asociada con un riesgo de sangrado y trombosis (con la excepción de la terapia “trombolítica” (para romper los coágulos de sangre)) generalmente se considera médicamente necesario solamente cuando hay signos o síntomas de un sangrado o anomalía “trombótica” o un historial personal de sangrado o trombosis o una condición asociada con una enfermedad de la coagulación. Las políticas específicas, protocolos y otros de hospitales/clínicas en y para ellos solamente no pueden justificar la cobertura.

Señale los códigos ICD-9-CM que describen los signos, síntomas o condiciones que justifican la necesidad para la prueba. Si los signos, síntomas o condiciones no están en la lista de los Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare, se pueden someter con la documentación de necesidad médica necesaria para sustentar la prueba. Si no hay signos, síntomas o condiciones ocultas presentes, se debe utilizar un código de prueba exploratoria. Al momento, Medicare no cubre el código de prueba exploratoria y el pago será responsabilidad del beneficiario.

Laboratory

11. How are probable, suspected, questionable, rule-out, or working diagnoses coded?

Diagnoses documented as probable, suspected, questionable, rule-out, or working should not be coded as though they exist. Rather, code the condition(s) to the highest degree of certainty for that encounter/visit, such as signs, symptoms, and abnormal test results, exposure to communicable disease or other reasons for the visit.

12. How can I bill for a preoperative test for patients about to undergo surgery now that the NCDs have removed the V72 series of ICD-9-CM codes?

Testing prior to any medical intervention associated with a risk of bleeding and thrombosis (other than thrombolytic therapy) will generally be considered medically necessary only when there are signs or symptoms of a bleeding or thrombotic abnormality or a personal history of bleeding, thrombosis, or a condition associated with a coagulopathy. Hospital/clinic-specific policies, protocols, etc., in and of themselves cannot alone justify coverage.

Assign the ICD-9-CM codes describing the signs, symptoms, or conditions that justify the need for the test. If the signs, symptoms or conditions are not on the ICD-9-CM Codes Covered by Medicare list, they can still be submitted with the appropriate medical necessity documentation to substantiate the test. If no underlying signs, symptoms, or conditions are present, a screening code must be used. In this instance, Medicare does not cover the screening code test, and payment will be the responsibility of the beneficiary.

Cont. on next page

Laboratorio

13.No puedo encontrar la lista de diagnósticos cubiertos para el conteo de sangre. ¿Dónde está?

La política para el conteo de sangre enumera los Códigos ICD-9-CM No Cubiertos por Medicare y los Códigos ICD-9-CM Que No Apoyan Necesidad Médica. La lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos Por Medicare para conteos de sangre es cualquier código de diagnóstico que no está en las listas de No Cubiertos o No Medicamente Necesarios.

14.Me preocupa que mis reclamaciones por pruebas de sensibilidad para muestras con excepción de pruebas de orina se denieguen, ya que la lista de cubierta para los códigos 87184 y 87186 sólo incluye diagnósticos que apoyan la/s sensibilidad/es del cultivo de orina.

Las reclamaciones por las pruebas de sensibilidad para muestras con la excepción de pruebas de la orina no se denegarán como no médicamente necesarias si no tienen un diagnóstico de la lista de los Códigos ICD-9-CM Cubiertos de Medicare para cultivos de la orina. El Módulo de Corrección no edita estos códigos del CPT. Mas bien, el propósito de la NCD es educar a los proveedores sobre las indicaciones adecuadas para efectuar una prueba de sensibilidad de un cultivo de la orina.

15. ¿Por qué Medicare no cubre una prueba de Antígeno Específico de la Próstata (PSA, siglas en inglés) para mis pacientes con una hipertrofia prostática benigna (BPH)?

El código para BPH, 600.00, no está en la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para un diagnóstico PSA. Sin embargo, Medicare sí cubre una prueba preventiva anual para hombres mayores de 50 años. Las reclamaciones de hombres con BPH que reciben una

Laboratory

13.I can't find the list of covered diagnoses for blood counts. Where is it?

The blood counts policy lists the ICD-9-CM Codes Not Covered by Medicare and the ICD-9-CM Codes That Do Not Support Medical Necessity. The list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for blood counts is any diagnosis code not listed in either non-covered or not medically necessary lists.

14.I'm concerned that my claims for sensitivity testing for specimens other than urine will deny as the covered list for codes 87184 and 87186 include only diagnoses that support urine culture sensitivities.

Claims for sensitivity testing on specimens other than urine will not deny as not medically necessary if they do not have a diagnosis from the ICD-9-CM Codes Covered by Medicare list of covered diagnoses for urine cultures. The edit module does not edit for these CPT codes. Rather, the NCD is intended to educate providers as to the appropriate indications to perform a urine culture sensitivity test.

15.Why doesn't Medicare cover a Prostate Specific Antigen (PSA) test for my patients with benign prostatic hypertrophy (BPH)?

The code for BPH, 600.00, is not on the ICD-9-CM Codes Covered by Medicare listing for a diagnostic PSA. Medicare does, however, cover an annual screening PSA test for men over 50. Men with BPH receiving an annual PSA screening should have their claims coded with procedure code G0103 in lieu of CPT code 84153. This screening procedure code requires a diagnosis code of V76.44 that must appear on the claim form. If the patient

Cont. on next page

Laboratorio

prueba preventiva anual de PSA deben codificarse con el código de procedimiento G0103 en vez del código CPT 84153. Este código de procedimiento preventivo requiere un código diagnóstico de V76.44 que debe aparecer en el formulario de reclamación. Si el paciente tiene síntomas de carcinoma de la próstata junto con BPH, tales como as hematuria, nocturia, frecuencia urinaria y corriente lenta, un PSA diagnóstico se puede cubrir. Puede encontrar información más detallada en el Memorando del Programa AB-03-132 en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB03132.pdf.

16. Mi contratista retiró una Determinación de Cobertura Local (LCD, por sus siglas en inglés) relacionada a una de las NCDs. ¿Puedo obtener todavía pago por los diagnósticos cubiertos en la LCD?

Las NCDs son obligatorias para todos los contratistas que procesan reclamaciones de Medicare. Los contratistas e intermediarios fiscales no deben tener políticas locales que estén en conflicto con una NCD. Puesto que las NCDs para las pruebas de laboratorio que se negociaron son específicas al ámbito del código, no es posible que una política local se desvíe de la lista de los códigos ICD-9-CM de diagnósticos cubiertos por Medicare sin estar en conflicto. Sin embargo, los contratistas pueden pagar diagnósticos en la lista de códigos ICD-9-CM que no apoyan la necesidad médica si el laboratorio somete documentación satisfactoria junto con la reclamación. Además, los contratistas pueden desarrollar políticas locales en áreas donde la NCD no es tácita.

CR3374/Transmittal 234/Pub. 100-04 MCP/July 23, 2004/EM/els

Laboratory

has symptoms of prostate carcinoma along with the BPH, such as hematuria, nocturia, urinary frequency, and slow stream, a diagnostic PSA can be covered. More detailed information can be found in Program Memorandum AB-03-132 at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB03132.pdf.

16. My contractor retired a Local Coverage Determination (LCD) related to one of the NCDs. Can I still get payment for the diagnoses covered in the LCD?

NCDs are binding on all Medicare claims processing contractors. Carriers and FIs may not have local policies that conflict with an NCD. Since the NCDs for the lab tests that were negotiated are specific to the code level, it is not possible for a local policy to deviate from the ICD-9-CM Codes Covered by Medicare list of diagnoses without being in conflict. However, contractors are authorized to pay for diagnoses on the ICD-9-CM Codes That Do Not Support Medical Necessity list if the laboratory submits satisfactory documentation along with the claim. In addition, contractors may develop local policies in areas where the NCD is silent.

Laboratorio

CAMBIOS A LA DETERMINACIÓN NACIONAL DE COBERTURA DE LABORATORIO (NCD) CORRECCIÓN AL “SOFTWARE” PARA OCTUBRE DE 2004

Proveedores Afectados:

Laboratorios Diagnósticos Clínicos

Acción Necesaria del Proveedor:

Los laboratorios deben conocer los cambios que se efectuarán a los códigos de ICD-9-CM como parte de la Actualización de Corrección del “Software” de la Determinación Nacional de Cobertura de Laboratorio (NCD, por sus siglas en inglés) en octubre de 2004.

Qué Necesita Saber:

Estos cambios son necesarios de manera que la corrección del módulo de laboratorio (“lab edit module”) procese adecuadamente las reclamaciones al utilizar los códigos ICD-9-CM vigentes al 1 de octubre de 2004. Estos cambios también implementan modificaciones a la lista de códigos cubiertos que se desarrollaron mediante el proceso público del análisis de codificación.

Qué Debe Hacer:

Adopte los nuevos códigos en su proceso de facturación a partir del 1 de octubre de 2004. Comience a usarlos para los servicios a dicha fecha o posteriormente y así asegura el pago puntual y correcto de su reclamación.

Trasfondo:

El Comité del Proceso Normativo Negociador de Laboratorio desarrolló los NCDs para los servicios diagnósticos de laboratorios clínicos que se publicaron como regla final el 23 de noviembre de 2001. La Corporación de Ciencias de Computadora desarrolló e incorporó al sistema de proceso de reclamaciones de Medicare una aplicación nacionalmente uniforme para que las facturas de laboratorio se procesen conforme a uno de los 23 NCDs indistintamente a través de la nación a partir del 1 de enero de 2003.

Laboratory

CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR OCTOBER 2004

Provider Types Affected:

Clinical Diagnostic Laboratories

Provider Action Needed:

Laboratories must be aware of changes being made to the ICD-9-CM codes as part of the NCD Edit Software Update in October, 2004.

What You Need to Know

These changes are necessary so that the lab edit module will appropriately process claims using the most current ICD-9-CM codes effective October 1, 2004. They also implement changes to the list of covered codes developed through the coding analysis public process.

What You Need to Do:

Adopt the new codes in your billing process effective October, 2004 and begin using them for services on or after that time to assure prompt and accurate payment of your claim.

Background:

The NCDs for clinical diagnostic laboratory services were developed by the laboratory negotiated rulemaking committee and published as a final rule on November 23, 2001. Nationally uniform software has been developed by Computer Sciences Corporation and incorporated in the Medicare’s claims processing systems so that laboratory claims subject to one of the 23 NCDs are processed uniformly throughout the nation effective January 1, 2003.

Cont. on next page

Laboratorio

El módulo de corrección de laboratorio para los NCDs se actualiza trimestralmente, cuando sea necesario, para reflejar las actualizaciones de codificación ministeriales y los cambios sustantivos que se desarrollan mediante el proceso de NCD. (Véase Publicación 100-4, Capítulo 16, §120.2.)

Implementación:

Este artículo describe los próximos cambios a la lista de códigos negociados vinculados a los 23 NCDs de laboratorio. La mayoría de los cambios son resultado de los nuevos códigos de ICD-9-CM que estarán vigentes el 1 de octubre de 2004. Mientras que algunos de los cambios son resultado del análisis de codificación que se llevó a cabo como consecuencia del proceso público que se anunció en el **Registro Federal** el 24 de diciembre de 2003.

De acuerdo con el análisis de codificación, los siguientes servicios de laboratorio tendrán cambios de codificación:

1. Se eliminarán los siguientes códigos de diagnóstico de la lista de los "Códigos de ICD-9-CM Cubiertos por Medicare" para el NCD de cultivo de orina:
 - 584.5 Fallo renal agudo con lesión de la necrosis tubular;
 - 584.9 Fallo renal agudo, sin especificar; y
 - 586 Fallo renal sin especificar.

La cobertura para estos códigos terminará para los servicios provistos del 1 de octubre de 2004 en adelante.

2. Se añadirá el código de diagnóstico 729.81 *Hinchazón de una extremidad*, a la lista de los "Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare" para los NCDs del tiempo de protrombina (PT) y del tiempo parcial de tromboplastina (PTT). La cobertura para este código comenzará para servicios provistos el 1 de octubre de 2004 en adelante.
3. Se añadirá el código de diagnóstico 600.01, *Hipertrofia benigna de la próstata con obstrucción urinaria*, a la lista de los "Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare" para el

Laboratory

The laboratory edit module for the NCDs is being updated quarterly as necessary to reflect ministerial coding updates and substantive changes to the NCDs developed through the NCD process. (See Pub. 100-4, Chapter 16, §120.2.)

Implementation:

*This article describes upcoming changes to the list of codes associated with the 23 negotiated laboratory NCDs. Most of the changes are a result of new ICD-9-CM codes that become effective on October 1, 2004. A few changes are the result of coding analysis that were conducted through the public process announced in the December 24, 2003 **Federal Register**.*

In accordance with the coding analysis, the following laboratory services will have coding changes:

1. *Deleting the following diagnosis codes from the list of "ICD-9-CM Codes Covered by Medicare" for the urine culture NCD:*
 - 584.5 Acute renal failure with lesion of tubular necrosis;
 - 584.9 Acute renal failure, unspecified; and
 - 586 Unspecified renal failure.

Coverage for these codes will terminate for services furnished on or after October 1, 2004.

2. *Adding diagnosis code 729.81 Swelling of limb, to the list of "ICD-9-CM Codes Covered by Medicare" for the prothrombin time (PT) and partial thromboplastin time (PTT) NCDs. Coverage for this code will begin for services furnished on or after October 1, 2004.*
3. *Adding diagnosis code 600.01, Benign prostate hypertrophy with urinary obstruction, to the list of "ICD-9-CM Codes Covered by Medicare" for the*

Cont. on next page

Laboratorio

NCD de la prueba de antígeno específico de la próstata (PSA). La cubierta de este código comenzará para servicios provistos a partir del 1 de octubre de 2004 en adelante.

Para aplicar los nuevos cambios de codificación de ICD-9-CM que entrarán en vigor a partir del 1 de octubre de 2004, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) realizará los siguientes cambios al módulo de corrección.

Estos cambios estarán vigentes para los servicios provistos el 1 de octubre de 2004 en adelante.

- CMS añadirá el nuevo código ICD-9-CM 788.38 a la lista de los “Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare” para el NCD de cultivo de orina.
- CMS añadirá los nuevos códigos ICD-9-CM 070.70, 070.71, 588.81, 588.89, V01.71, y V01.79 a la lista de los “Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare” para el NCD de prueba (diagnóstica) de HIV. Se pondrá fin a la cubierta de los códigos ICD-9-CM V01.7 y 588.8 con los servicios provistos el 1 de octubre de 2004 en adelante.
- CMS añadirá los siguientes códigos ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM que no apoyan la necesidad médica para el NCD de los conteos de sangre: 521.06, 521.07, 521.08, 521.10-521.15, 521.20-521.25, 521.30-521.35, 521.40-521.42, 521.49, 524.07, 524.20-524.37, 524.39, 524.50-524.57, 524.59, 524.64, 524.75, 524.76, 524.81, 524.82, 524.89, 525.20-525.26, 618.00-618.05, 618.09, 618.81- 618.83, 618.89, 692.84, V72.40, y V72.41. Se eliminará de esa lista los siguientes códigos ICD-9-CM que ya no son válidos: 521.1, 521.2, 521.3, 521.4, 524.2, 524.3, 524.5, 524.8, 525.2, 618.0, 618.8, y V72.4.
- CMS añadirá los siguientes nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de “Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare” para el NCD del tiempo parcial de tromboplastina: 070.70, 070.71, 453.40-453.42.

Laboratory

prostate specific antigen (PSA) test NCD. Coverage for this code will begin for services furnished on or after October 1, 2004.

In order to accommodate the new ICD-9-CM coding changes that become effective on October 1, 2004, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is making the following changes to the edit module.

These changes become effective for services furnished on or after October 1, 2004.

- *CMS is adding new ICD-9-CM code 788.38 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for urine culture NCD.*
- *CMS is adding new ICD-9-CM codes 070.70, 070.71, 588.81, 588.89, V01.71, and V01.79 to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for HIV testing (diagnosis). We are terminating coverage of ICD-9-CM codes V01.7 and 588.8 with services furnished on or after October 1, 2004.*
- *CMS is adding the following new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM codes that do not support medical necessity for the blood counts NCD: 521.06, 521.07, 521.08, 521.10-521.15, 521.20-521.25, 521.30-521.35, 521.40-521.42, 521.49, 524.07, 524.20-524.37, 524.39, 524.50-524.57, 524.59, 524.64, 524.75, 524.76, 524.81, 524.82, 524.89, 525.20-525.26, 618.00-618.05, 618.09, 618.81-618.83, 618.89, 692.84, V72.40, and V72.41. We are removing the following ICD-9-CM codes that are no longer valid from that list: 521.1, 521.2, 521.3, 521.4, 524.2, 524.3, 524.5, 524.8, 525.2, 618.0, 618.8, and V72.4.*
- *CMS is adding the following new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for the partial thromboplastin time NCD: 070.70, 070.71, 453.40-453.42.*

Cont. on next page

Laboratorio

- CMS añadirá los siguientes nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de códigos de diagnóstico cubiertos para el NCD del tiempo de protrombina: 070.70, 070.71, 453.40-453.42, 530.86 y 530.87.
- CMS añadirá los siguientes nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de códigos de diagnóstico cubiertos para el NCD de estudio de hierro sérico: 070.70 y 070.71.
- CMS añadirá los siguientes nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de códigos de diagnóstico cubiertos para el NCD de enlaces de colágeno: 252.00-252.02 y 252.08. Se eliminará de esa lista el código ICD-9-CM 252.0 que ya no es un código válido.
- CMS añadirá los siguientes nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de códigos de diagnóstico cubiertos para el NCD de la prueba de glucosa en sangre: 491.22, 707.00-707.07, 707.09 y V58.67. Se eliminará de esa lista el código ICD-9-CM 707.0 que ya no es un código válido.
- CMS añadirá el nuevo código ICD-9-CM V58.67 a la lista de diagnósticos cubiertos para hemoglobina glucosilada.
- CMS añadirá nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de códigos de diagnósticos cubiertos para el NCD de pruebas de lípidos: 588.81 y 588.89. Se eliminará de esa lista el código ICD-9-CM 588.8 que ya no es un código válido.
- CMS añadirá nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de códigos de diagnósticos cubiertos para el NCD de ensayos de niveles terapéuticos de digoxin: 588.81 y 588.89. Se eliminará de esa lista el código ICD-9-CM 588.8 que ya no es un código válido.
- CMS añadirá el nuevo código ICD-9-CM 273.4 a la lista de diagnósticos cubiertos para alfa feto proteína.
- CMS añadirá los siguientes nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de códigos de diagnósticos cubiertos para el NCD de transferasa de gama glutamina: 070.70,

Laboratory

- *CMS is adding the following new ICD-9-CM codes to the list of covered diagnoses for the prothrombin time NCD: 070.70, 070.71, 453.40-453.42, 530.86, and 530.87.*
- *CMS is adding the following new ICD-9-CM codes to the list of covered diagnoses for the serum iron studies NCD: 070.70 and 070.71.*
- *CMS is adding the following new ICD-9-CM codes to the list of covered diagnoses for the collagen crosslinks NCD: 252.00-252.02, and 252.08. We are removing ICD-9-CM code 252.0, which is no longer a valid code, from that list.*
- *CMS is adding the following new ICD-9-CM codes to the list of covered diagnoses for the blood glucose testing NCD: 491.22, 707.00-707.07, 707.09, and V58.67. We are removing ICD-9-CM code 707.0, which is no longer a valid code, from that list.*
- *CMS is adding new ICD-9-CM code V58.67 to the list of covered diagnoses for glycosylated hemoglobin.*
- *CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of covered diagnoses for the lipid testing NCD: 588.81, and 588.89. We are removing ICD-9-CM code 588.8, which is no longer a valid code, from that list.*
- *CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of covered diagnoses for the digoxin therapeutic drug assay NCD: 588.81, and 588.89. We are removing ICD-9-CM code 588.8, which is no longer a valid code, from that list.*
- *CMS is adding new ICD-9-CM code 273.4 to the list of covered diagnoses for alpha-fetoprotein.*
- *CMS is adding the following new ICD-9-CM codes to the list of covered diagnoses for the gamma glutamyl transferase NCD: 070.70,*

Cont. on next page

Laboratorio

070.71, 252.00-252.02, 252.08, 273.4, 453.40-453.42, 588.81 y 588.89. Se eliminará de esa lista los códigos ICD-9-CM 252.0 y 588.8 que ya no son códigos válidos.

- CMS añadirá los siguientes nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de códigos de diagnósticos cubiertos para el NCD del panel de hepatitis: 070.70 y 070.71.
- CMS añadirá el nuevo código ICD-9-CM V58.66 a la lista de códigos de diagnósticos cubiertos para la prueba de sangre oculta en heces fecales.

Instrucciones Relacionadas:

Podrá encontrar la instrucción oficial emitida a su contratista con respecto a este cambio en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Una vez este en dicha página busque la Petición de Cambio CR-3358 (CR, por sus siglas en inglés) en la columna con título "CR NUM" y presione en el archivo correspondiente al CR.

Información Adicional:

La Ley de Portabilidad y de Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) requiere que los conjuntos de códigos médicos cumplan con el requisito de la fecha-de-servicio. Dado que ICD-9-CM es un conjunto de códigos médicos vigentes para fechas de servicios a partir del 1 de octubre de 2004, CMS ya no proveerá un período de gracia de 90 días para que los proveedores facturen utilizando códigos de diagnósticos ICD-9-CM descontinuados en las reclamaciones de Medicare.

Los códigos ICD-9-CM actualizados se publican en el **Registro Federal** en abril/mayo de cada año como parte de los Cambios Propuestos a los Sistemas de Pago Prospectivo para Paciente Hospitalizado en la Tabla 6 y entran en vigor cada 1 de octubre.

Los contratistas y los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs, por sus siglas en inglés) tienen que eliminar de sus sistemas el período de gracia de los códigos

Laboratory

070.71, 252.00-252.02, 252.08, 273.4, 453.40-453.42, 588.81, and 588.89. We are removing ICD-9-CM code 252.0 and 588.8, which are no longer valid codes, from that list.

- CMS is adding the following new ICD-9-CM codes to the list of covered diagnoses for the hepatitis panel NCD: 070.70 and 070.71.
- CMS is adding new ICD-9-CM code V58.66 to the list of covered diagnoses for the fecal occult blood test.

Related Instructions:

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.

From that web page, look for CR-3358 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

Additional Information:

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 must eliminate the ICD-9-CM diagnosis code grace period from their system effective with the October 1, 2004 update. Carriers and DMERCs will no longer accept discontinued diagnosis codes

Cont. on next page

Laboratorio

ICD-9-CM de diagnóstico para la actualización a partir del 1 de octubre de 2004. Los contratistas y DMERCs no aceptarán códigos de diagnóstico discontinuados para las fechas de servicios del 1 de octubre al 31 de diciembre de este año. Las reclamaciones que incluyan un código ICD-9-CM de diagnóstico discontinuado se devolverán como no aptas para procesar.

Los médicos, profesionales de la salud y suplidores deben utilizar el código de diagnóstico vigente y válido a partir del 1 de octubre de 2004. Luego de publicar los códigos ICD-9-CM en el **Registro Federal**, CMS coloca los códigos nuevos, revisados y discontinuados en la siguiente dirección de la Red: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>.

Laboratory

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 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>.*

CR3358/Transmittal 225/Pub. 100-04 MCP/July 9, 2004/EM/els

FACTURACIÓN PARA PRUEBAS REFERIDAS POR LABORATORIOS CLÍNICOS

Definiciones:

1. Medicare define un servicio o prueba referida de un laboratorio clínico como un servicio realizado por un laboratorio a petición de otro laboratorio.
2. Laboratorio que refiere se define como el laboratorio que envía 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, debe

CLINICAL LABORATORIES BILLING FOR REFERRED TEST

Definiciones:

1. Medicare defines a referred clinical laboratory service or 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 clinical laboratory that receives a specimen from another clinical 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:

Providers that submit paper claims (CMS 1500 claim form) may not combine on the same claim services that they performed with those they referred to another laboratory. If a billing laboratory performs some tests and refers the remaining tests to another laboratory to perform, the facility must split

Cont. on next page

Laboratorio

separar los servicios 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. Solamente se permiten reclamaciones por pruebas referidas a los 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 se combinan en el mismo formulario CMS 1500 servicios de laboratorio clínico realizados por ellos mismos con cualquier servicio referido a otro 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 del laboratorio que refiere deben estar en la 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 4010A1 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 que factura la prueba. El encasillado con el modificador 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 la misma reclamación servicios que ellos mismos hayan realizado y los 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:

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

Laboratory

the claim and submit two separate claims. On each claim, the CLIA number of the laboratory that is performing the tests must be reported in item 23 of the CMS 1500 form. Item 24 should indicate the referred test (CPT code) 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 of the CMS-1500 form to show where the service (test) was actually performed.

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

Electronic Claims:

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

For an ANSI electronic claim the CLIA number of the laboratory performing the test should be entered on 4010A1 "X12 837 (HIPAA version) loop 2300, REF02. REF01 = F4. An electronic claim for laboratory tests requires the presence of the performing and billing laboratory's name and address. The line item with modifier "90" requires provider information on X12N 837 in Loop 2400, REF 02. REF01 = F4.

Providers that submit claims in an electronic format (NSF) may not combine services that they performed with those that they referred to clinical 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:

EA0 - Field 39 Facility/Lab Name

Cont. on next page

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

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).

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

A partir del 1 de julio de 2004, la cantidad aprobada por Medicare para pruebas referidas estará basada en la tarifa fija vigente en donde se realizó la prueba, sin importar la jurisdicción de la reclamación procesada. Para servicios donde el contratista establece las tarifas, la cantidad del reembolso se basará en el precio establecido por el contratista que procesa la reclamación.

Además, para obtener el pago basado en las tarifas del lugar donde la prueba se realizó a se requiere el código postal. El código postal de los laboratorios clínicos que realizaron la prueba de referencia será el criterio para pagar de acuerdo a esta jurisdicción. Deberán indicar en el campo 32 del formulario CMS-1500 o su equivalente en el formato electrónico X12 el código postal correcto. Si le interesa saber las tarifas de los laboratorios clínicos de acuerdo a la jurisdicción, puede acceder la siguiente dirección electrónica: www.cms.hhs.gov/contacts/incardir.asp y seleccionar el contratista específico para obtener la dirección electrónica correspondiente; en esta dirección busque bajo "Fee Schedule".

Este artículo sustituye los que aparecen en nuestra página electrónica bajo los CRs 2193 y 3090, del 14 de noviembre de 2003 y del 1 de marzo de 2004 respectivamente. A su vez sustituye el artículo publicado en el boletín Medicare Informa, Volumen 78, páginas 82-83.

Laboratory

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

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).

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

Effective July 1, 2004 Medicare allowed amount for a referred test will be based on the fee schedule in effect where the test was performed, regardless of the jurisdiction where the claim is processed. For services that are carrier priced, the reimbursement amount will be based upon the price developed by the carrier processing the claim.

In addition, to obtain the payment based on the fees for the place where the test was performed the zip code is required. The zip code for the clinical laboratories that performed the reference test will be the criteria to pay according to that jurisdiction. You should indicate in field 32 of the CMS 1500 form or its equivalent in the X12 format the correct zip code. If you want to know the Clinical Lab fees according the jurisdiction, you could access the following Webpage www.cms.hhs.gov/contacts/incardir.asp and select the carrier to obtain the specific Web site, under that address search under Fee Schedule.

This article supersedes those posted at our webpage under CR-2193 and CR-3090 on November 14, 2003 and March 1, 2004 respectively. It also substitutes the article published in our Medicare Informa bulletin, Volume 78, pages 82-83.

Pub. 100-04 MCP/Trans. 85/CR-3090/Feb. 6, 2004/ICR
Pub 100-04 MCP/Trans.6/CR-2912/October 17, 2003/FMR/DG

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

Proveedores Excluidos del programa Medicare Providers Excluded from the Medicare Program		
NOMBRE NAME	DIRECCION ADDRESS	FECHA EFECTIVIDAD EFFECTIVE DATE
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
Collado Marcial, Jose L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Rio Piedras, PR 00925	August 19, 2004
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

Proveedores Excluidos del programa Medicare Providers Excluded from the Medicare Program		
NOMBRE NAME	DIRECCION ADDRESS	FECHA EFECTIVIDAD EFFECTIVE DATE
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

Contrato

LOS CENTROS DE SERVICIO DE MEDICARE Y MEDICAID (CMS) TRABAJANDO PARA MEJORAR EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES

Tipo de Proveedores Afectados

Todos los médicos y proveedores de Medicare

Acción Necesaria del Proveedor

El propósito de este artículo es principalmente informativo, pero los proveedores quieren asegurarse de entender los procesos disponibles para ayudarlos en la inscripción al Programa Medicare o para actualizar su información con Medicare. Este artículo trata mayormente con los problemas que están teniendo los contratistas al procesar las solicitudes nuevas de proveedores, los cambios en la información sobre inscripción del proveedor y las solicitudes para reasignar pagos a los proveedores.

Trasfondo

Por algún tiempo, los proveedores expresaron preocupación sobre la duración del proceso de inscribirse en Medicare y sobre el proceso que ellos deben llevar para realizar la inscripción. CMS también se ha preocupado sobre los pasos a tomar para mejorar el proceso, asegurándose que tiene la información necesaria para procesar las reclamaciones correctamente y para proteger los fondos de Medicare.

Como un paso para mejorar la infraestructura para los sistemas que apoyan la función de inscripción del proveedor, CMS lanzó un nuevo sistema nacional de inscripción, PECOS. Este sistema se implantó en julio de 2002 para los intermediarios fiscales de Medicare y el proceso empezó lentamente para los proveedores de los intermediarios fiscales.

El 3 de noviembre de 2003 CMS implantó PECOS para los contratistas, extendiendo el nuevo proceso a médicos y a otros proveedores que interactúan con los contratistas. Desgraciadamente, la extensión de PECOS a

Enrollment

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS) WORKING TO IMPROVE PROVIDER ENROLLMENT PROCESS

Provider Types Affected

All Medicare physicians and providers.

Provider Action Needed

This article is primarily for informational purposes, but providers want to be sure they understand the processes available to assist them when enrolling for Medicare or when updating their information with Medicare. This article deals mostly with problems carriers are having in processing new provider enrollment applications, changes in provider enrollment information, and applications for reassignment of payments by providers.

Background

For some time, providers have expressed concerns about the length of time it takes to enroll in Medicare and about the processes they must go through to accomplish that enrollment. CMS also has been concerned about ways to improve the process, while assuring it has the information needed to process claims correctly and the data needed to safeguard Medicare Trust Funds.

As a way to improve the overall infrastructure for the systems supporting the provider enrollment function, CMS launched a new national enrollment system, the Provider Enrollment and Chain/Ownership System, also referred to as PECOS. This system was implemented in July 2002 for Medicare fiscal intermediaries (FIs) and the process began rather smoothly for providers who deal with FIs.

On November 3, 2003, CMS implemented PECOS for carriers, extending the new process to physicians and other providers who interact with carriers. Unfortunately, the extension of

Cont. on next page

Contrato

los contratistas fue mucho más problemática que la implantación para los intermediarios fiscales. Algunos de los problemas con la fase de la implantación del contratista son los siguientes:

- Algunos contratistas se enfrentaron con trabajo acumulado en el área de reembolso y la llegada de PECOS inicialmente aumentó el trabajo atrasado.
- El sistema PECOS y su infraestructura no eran tan estables para el contratista como lo eran para el intermediario fiscal, mayormente debido a la gran población de proveedores que tienen los contratistas y por consecuencia al alto volumen de información y transacciones.
- La interacción entre PECOS y los sistemas de los contratistas causó más problemas que la interacción entre PECOS y los sistemas de los intermediarios fiscales.
- CMS subestimó el tiempo que el contratista necesitó para adiestrar en el sistema y el personal del contratista realmente necesitó más adiestramiento en el proceso de inscripción para poder usar el sistema PECOS efectivamente.

Para agravar estos problemas, CMS estuvo operando bajo una resolución de presupuesto en noviembre de 2003, lo que significó que no hubo autoridad presupuestaria que le permitiera a los contratistas contratar empleados temporeros o trabajar tiempo extra para manejar el aumento de trabajo. El resultado fue que muchos proveedores, intentando inscribirse con los contratistas o cambiar su información, se encontraron con atrasos indebidos en el procesamiento de sus solicitudes y esto ocasionó un gran problema para muchos de ellos. CMS lamentó estos problemas y trabajará fuertemente con la comunidad del contratista para eliminar cualquier obstáculo.

Información Adicional

Tan pronto CMS tuvo conocimiento del problema, tomó medidas para resolver los asuntos. A continuación las acciones que tomó CMS:

Enrollment

PECOS to the carriers was considerably more problematic than the implementation for FIs. Some of the problems with the carrier implementation phase included the following:

- *Some carriers were already facing backlogs of work in the enrollment area and the introduction of PECOS initially increased that backlog.*
- *The PECOS system and its supporting infrastructure was not as stable on the carrier side as on the FI side, mostly due to the much larger provider population on the carrier side, and a correspondingly higher volume of data and transactions.*
- *The interaction between PECOS and carrier systems was more problematic than the interaction between PECOS and FI systems.*
- *CMS may have underestimated the amount of time that carrier staff needed to train on the system and the carrier staff actually needed more training on the enrollment process itself in order to use PECOS effectively.*

To compound these problems, CMS was operating under a continuing budget resolution in November 2003, which meant it had no budgetary authority to enable the carriers to hire temporary staff or to work significant amounts of overtime to handle the increased and problematic workloads. The result was that many providers trying to enroll with carriers or change their enrollment information encountered undue delays in processing their requests and this caused a significant problem for many providers. CMS regrets these problems and has been working aggressively with the carrier community to eliminate the bottlenecks.

Additional Information

As soon as CMS became aware of the problems, it took measures to resolve the issues. CMS' actions included the following:

Cont. on next page

Contrato

- Un equipo de emergencia dirigido por un gerente superior de CMS, creado para identificar problemas específicos, visitar los contratistas con más casos atrasados y buscar soluciones.
- En febrero de 2004 CMS proveyó autoridad presupuestaria del año fiscal 2004 para los contratistas y recientemente dirigió a los contratistas para identificar los fondos necesarios y contratar personal temporero para reducir los casos atrasados y facilitar el proceso de inscripción.
- Se crearon equipos de trabajo especiales que constan de personal de CMS y personal de los contratistas de CMS que desarrollaron PECOS para comunicarse diariamente con los contratistas y solucionar problemas existentes e identificar nuevos problemas que necesiten solución.
- CMS instruyó a los contratistas a llevar a cabo algunos cambios básicos en su proceso de inscripción de manera que los pasos iniciales de dicho proceso se lleven a cabo a tiempo y que se pueda identificar la información que falta y obtenerla de los proveedores más rápido de lo que se hacía anteriormente.
- CMS instruyó a los contratistas a llevar a cabo cambios adicionales para racionalizar el proceso de inscripción en su totalidad, conservando la integridad y la precisión de estos procedimientos.

CMS y los contratistas creen que estos pasos iniciales resultarán en mejoras importantes, pero CMS también está consciente de que ésto tomará algún tiempo para reducir los atrasos y dar estabilidad a estos procesos. Si algún proveedor está confrontando un problema grave como consecuencia de esta situación, CMS le recomienda comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Además, a continuación CMS resume algunos pasos que los proveedores pueden llevar a cabo para acelerar los procesos de sus propias transacciones.

Enrollment

- *An emergency team, led by a senior CMS manager, was formed to identify the specific problems, visit the carriers with the more significant backlogs, and to formulate solutions.*
- *In February 2004, CMS was able to provide fiscal year 2004 budget authority to the carriers and, more recently, CMS directed the carriers to identify funding needs and to hire temporary staff to reduce the backlogs and expedite processing of enrollment actions.*
- *Special work teams, consisting of CMS staff and staff from the CMS contractor that developed PECOS, have been formed to communicate with the carriers daily to resolve known problems and to surface new problems for resolution.*
- *CMS has directed the carriers to make some basic changes to their enrollment processes so initial screenings of enrollment actions are made early and missing information can be identified and obtained from providers more quickly than was previously done.*
- *CMS has directed the carriers to make other changes to streamline the overall enrollment process, while preserving the integrity and accuracy of those processes.*

CMS and the carriers believe these initial steps will result in significant improvements, but CMS is also aware that it will take some time to reduce the backlogs and bring stability to these processes. If any provider is facing a severe problem as a result of this situation, CMS encourages them to contact their carrier at 1-877-715-1921.

In addition, CMS outlines some steps that providers can take to speed up the processes for their own transactions, such as the following:

Cont. on next page

Contrato

- Se recomienda a los proveedores someter la solicitud completada correctamente, incluyendo toda la información necesaria.
- Si su contratista se comunica con usted para solicitarle información adicional, debe estar listo para proveerla rápidamente.
- Cuando el contratista se comunique con usted a través de una carta para obtener más información, asegúrese de contestarle por carta a la dirección que aparece en la carta que recibió.
- Cuando se comunique por teléfono, pregúntele al contratista cual es la mejor manera de someterle la información (Ej. por teléfono, correo, correo electrónico o fax).
- Utilice la versión pdf de la solicitud de inscripción. Esta versión tiene éditos programados que ayudan a eliminar errores básicos. También puede encontrar este formulario en la siguiente dirección electrónica: **<http://www.cms.hhs.gov/providers/enrollment/forms>**.
- Recuerde que usted no necesita llenar una solicitud completa para cambiar una dirección. Puede llenar solamente las partes solicitadas para hacer el cambio.

CMS lamenta los inconvenientes que estos problemas le han ocasionado a los proveedores. No es extraño experimentar problemas cuando se instalan nuevos y mejorados programas de computadora. Sin embargo, CMS agradece que los proveedores puedan esperar un procesamiento rápido y correcto de sus transacciones. CMS y los contratistas están trabajando fuertemente para lograr esto.

Con el tiempo, los proveedores se beneficiarán del sistema PECOS porque este nuevo sistema le facilitará establecer oficinas adicionales con Medicare o inscribirse en varios sitios con Medicare.

Enrollment

- *Providers are encouraged to be sure to submit complete and correct applications, including all necessary information.*
- *If your carrier contacts you for additional information, be ready to provide it promptly.*
- *When the carrier contacts you by letter for more information, be sure to reply by letter to the specific address listed in the communication to you.*
- *When contacted by phone, ask the carrier how best to get the information back to them, i.e., by phone, mail, e-mail, or fax.*
- *Use the pdf version of the enrollment application. This pdf form has built-in edits that help eliminate basic errors. This form can also be found at: **<http://www.cms.hhs.gov/providers/enrollment/forms>**.*
- *Remember that you need not complete an entire form to change an address. Complete only the portions required to effect the change.*

CMS regrets the inconvenience and burden these problems have caused providers. It is not unusual to experience growing pains when new and improved computer systems are installed. Nonetheless, CMS appreciates that providers should expect prompt and correct processing of their transactions. CMS and the carriers are working aggressively to make that happen.

Eventually, providers will benefit from PECOS because the new system will make it much easier for providers to establish additional offices with Medicare or to enroll for multiple sites with Medicare.

SE-0417/06-02-04

Transferencia Electrónica de Fondos

MANUAL DE LOS CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID - PAGOS A BANCOS

Proveedores Afectados:

Proveedores y suplidores.

Acción Necesaria del Proveedor:

Familiarizarse con la revisión a la política relacionada a los pagos de Medicare que se envían al banco en nombre del proveedor/suplidor.

Hay un cambio en la política que permite a Medicare enviar un pago, para depósito, a la cuenta de banco de un proveedor individual o de un suplidor.

Si se cumple con ciertas condiciones, los pagos de Medicare a un proveedor o suplidor podrán enviarse al banco del proveedor (o institución financiera similar) para depósito directo en la cuenta del proveedor. Favor de referirse a la sección de Trasfondo más adelante para una revisión de estas condiciones.

Siga los criterios revisados si usted desea que Medicare le deposite los pagos directamente en su cuenta bancaria.

Trasfondo:

Los pagos de Medicare podrán enviarse al banco (o institución financiera similar) para depósito en la cuenta de un proveedor/suplidor mientras los siguientes requisitos se cumplan:

- El banco podrá proveer financiamiento al proveedor/suplidor siempre que el banco establezca por escrito, en el acuerdo prestatario, que cede el derecho a cobrar de la cuenta donde Medicare deposita los pagos al proveedor/suplidor (Esto le permite al banco prestar dinero al proveedor, así como depositar dinero de Medicare en la cuenta del proveedor/suplidor.)
- La cuenta de banco esté en nombre del proveedor/suplidor y solamente el proveedor/suplidor puede dar instrucciones en dicha cuenta.

Electronic Funds Transfer

CMS MANUAL SYSTEM - PAYMENT TO BANK

Provider Types Affected

Providers and suppliers.

Provider Action Needed

Become familiar with the revised policy regarding Medicare payments to be sent to a bank in the name of a provider/supplier.

There is a change in the policy allowing Medicare to send a payment to an individual provider or supplier's bank account for deposit.

If certain conditions are met, payments from Medicare to a provider or supplier may be sent to the provider's bank (or similar financial institution) for deposit into the provider's account. Please refer to the Background section for a review of these conditions.

Follow these revised criteria if you want Medicare to deposit payments directly into your bank account.

Background

Medicare payments may be sent to a bank (or similar financial institution) to be deposited into a provider/supplier's account so long as the following requirements are met:

- *The bank may provide financing to the provider/supplier as long as the bank states in writing, in the loan agreement, that it waives its right of offset. (This allows the bank to lend money to the provider as well as deposit money from Medicare into the provider/supplier's account.)*
- *The bank account is in the provider/supplier's name and only the provider/supplier may issue instructions on that account.*

Cont. on next page

Transferencia Electrónica de Fondos

- El banco sólo se compromete con las instrucciones del proveedor/suplidor.
- Ningún otro acuerdo que tenga el proveedor/suplidor con terceros podrá ejercer influencia sobre la cuenta. En otras palabras, si el banco tiene una orden permanente de parte del proveedor/suplidor de transferir fondos de la cuenta bancaria de este u otro banco, y el proveedor/suplidor anula esa orden, el banco honrará esa anulación a pesar de que el hecho es una violación al acuerdo del proveedor/suplidor con la entidad financiera.

Independientemente del lenguaje de cualquier acuerdo que el proveedor/suplidor tenga con terceros que provean financiamiento, este tercero no podrá comprar los cobros a Medicare.

Información adicional:

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

CR3079/Transmittal 213/Pub.100-04 MCP/June 25, 2004/SS/els

Electronic Funds Transfer

- *The bank should only be bound by the provider/supplier's instructions.*
- *No other agreement that a provider/supplier has with a third party can have any influence on the account. In other words, if a bank is under a standing order from the provider/supplier to transfer funds from the provider/supplier's account to the account of a financing entity in the same or another bank and the provider/supplier rescinds that order, the bank honors this rescission notwithstanding the fact that it is a breach of the provider/supplier's agreement with the financing entity.*

Irrespective of the language in any agreement a provider/supplier has with a third party that is providing financing, that third party cannot purchase the provider/supplier's Medicare receivables.

Additional Information

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

CAPÍTULO 5 – MANUAL DE GERENCIA FINANCIERA: SECCIÓN 420 – PROCEDIMIENTOS PARA RE-EXPEDIR Y CANCELAR (“STALE DATING”) CHEQUES DE MEDICARE

Tipo de Proveedor Afectado

Médicos, suplidores y proveedores

Acción Necesaria del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) están clarificando la política para re-expedir, cancelar y reportar cheques no pagados de Medicare.

Lo Que Usted Necesita Saber

Esta instrucción actualiza el Manual de Gerencia Financiera de Medicare (Publicación

CHAPTER 5 – FINANCIAL MANAGEMENT MANUAL: SECTION 420 – PROCEDURES FOR RE-ISSUANCE AND STALE DATING OF MEDICARE CHECKS

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is clarifying the policy for reissuing, stale dating, and reporting outstanding Medicare checks.

What You Need to Know

This instruction updates the Medicare Financial Management Manual (Pub. 100-06)

Cont. on next page

Transferencia Electrónica de Fondos

100-06) e incorpora el Change Request (CR) 1364 (Transmisión AB-01-122, 10 de septiembre de 2001) respecto a los procedimientos de CMS para re-expedir y cancelar cheques de Medicare.

Lo Que Usted Debe Hacer

Debe conocer estas instrucciones por si en el futuro se le extravía, le roban, se desfigura, mutila, destruye, falsifica o no cobra un cheque enviado a usted por su contratista o intermediario de Medicare.

Trasfondo

Esta instrucción actualiza el Manual de Gerencia Financiera de Medicare (Publicación 100-06) e incorpora el CR-1364 (Transmisión AB-01-122, 10 de septiembre de 2001) con respecto a los procedimientos de CMS para re-expedir y cancelar cheques de Medicare, la cual expiró en septiembre de 2002. La autoridad legal de la política de CMS para re-expedir y cancelar cheques se encuentra en las regulaciones publicadas en 42 CFR 424.352.

Introducción

Como parte del esfuerzo de CMS para mejorar los informes financieros, CMS está clarificando la política para re-expedir, cancelar y reportar cheques no pagados de Medicare.

Re-expedir Cheques de Medicare

En diciembre de 1993, CMS publicó el Código 42 de Regulaciones Federales (CFR) *Sub-parte M - Reemplazo y Reclamación de Pagos de Medicare 424.352: Cheques del intermediario y del contratista perdidos, robados, desfigurados, mutilados, destruidos o pagados con endosos falsificados. Todos los contratistas de Medicare deben re-expedir los cheques de acuerdo con 42 CFR 424.352.*

Las provisiones de esta regulación requieren que un contratista de Medicare (intermediario fiscal o portador) realice ciertas tareas luego de la notificación de un beneficiario de que un cheque se ha perdido, ha sido robado, desfigurado, mutilado, destruido o pagado con endosos falsificados. Estas tareas son como sigue:

Electronic Funds Transfer

and incorporates Change Request (CR) 1364 (Transmittal AB-01-122, September 10, 2001) regarding CMS procedures for re-issuance and stale dating of Medicare checks.

What You Need to Do

Be aware of these instructions in the event you have a problem in the future regarding lost, stolen, defaced, mutilated, destroyed, forged, or uncashed checks from your Medicare carrier/intermediary.

Background

This instruction updates the Medicare Financial Management Manual (Pub. 100-06) and incorporates Change Request (CR) 1364 (Transmittal AB-01-122, September 10, 2001) regarding the CMS procedures for re-issuance and stale dating of Medicare checks, which expired in September 2002. Legal authority for the CMS re-issuance and stale dated check policy is contained in Medicare regulations published at 42 CFR 424.352.

Introduction

As part of the CMS effort to improve financial reporting, CMS is clarifying the policy for reissuing, stale dating, and reporting outstanding Medicare checks.

Re-issuing Medicare Checks

In December 1993, CMS issued 42 Code of Federal Regulations (CFR) Subpart M - Replacement and Reclamation of Medicare Payments 424.352: Intermediary and carrier checks that are lost, stolen, defaced, mutilated, destroyed, or paid on forged endorsements. All Medicare contractors must re-issue checks in accordance with 42 CFR 424.352.

The provisions of this regulation require that a Medicare contractor (fiscal intermediary or carrier) perform certain tasks upon notification by a payee that a check has been lost, stolen, defaced, mutilated, destroyed, or paid on forged endorsements. These tasks are as follows:

Cont. on next page

Transferencia Electrónica de Fondos

- A. El contratista de Medicare debe contactar la institución financiera en la que el cheque se retiró para determinar si el cheque se ha negociado.
- B. Si el cheque **se ha** negociado:
1. El contratista de Medicare proveerá a la persona que debe recibir el pago una copia del cheque y de otra información pertinente (tal como un formulario para radicar la querrela, una declaración jurada o un cuestionario completado por la persona que debe recibir el pago) requeridos para proseguir la reclamación de acuerdo con la ley del estado y las regulaciones bancarias comerciales.
 2. Para proseguir la querrela, la persona que debió recibir el pago deberá examinar el cheque y certificar (al completar el formulario de reclamación, declaración jurada o el cuestionario) que el endoso no es suyo.
 3. El formulario para radicar la querrela y otra información pertinente se envía al contratista de Medicare para verificación y proceso de la querrela.
 4. El contratista de Medicare revisa la querrela de la persona que debe recibir el pago. Si el contratista de Medicare determina que la reclamación parece ser válida, transfiere la reclamación y una copia del cheque al banco que lo expide. El contratista de Medicare toma acción adicional para recuperar la suma del cheque de acuerdo con la ley y las regulaciones del estado.
 5. Una vez que el contratista de Medicare recupera la cantidad del cheque inicial, el contratista de Medicare expide un cheque de reemplazo a la persona que recibió el cheque.
 6. Si el banco del primer depósito rehúsa ajustar en el cheque por buena causa, la persona que debe recibir el pago debe proseguir su reclamación por su propia cuenta y el contratista de Medicare no re-expedirá el cheque.

Electronic Funds Transfer

- A. *The Medicare contractor must contact the financial institution on which the check was drawn to determine whether the check has been negotiated.*
- B. *If the check **has** been negotiated:*
1. *The Medicare contractor will provide the payee with a copy of the check and other pertinent information (such as a claim form, affidavit, or questionnaire to be completed by the payee) required to pursue the claim in accordance with State law and commercial banking regulations.*
 2. *To pursue the claim, the payee must examine the check and certify (by completing the claim form, affidavit, or questionnaire) that the endorsement is not the payee's.*
 3. *The claim form and other pertinent information are sent to the Medicare contractor for review and processing of the claim.*
 4. *The Medicare contractor reviews the payee's claim. If the Medicare contractor determines that the claim appears to be valid, it forwards the claim and a copy of the check to the issuing bank. The Medicare contractor takes further action to recover the proceeds of the check in accordance with State law and regulations.*
 5. *Once the Medicare contractor recovers the proceeds of the initial check, the Medicare contractor issues a replacement check to the payee.*
 6. *If the bank of first deposit refuses to settle on the check for good cause, the payee must pursue the claim on his or her own, and the Medicare contractor will not re-issue the check to the payee.*

Cont. on next page

Transferencia Electrónica de Fondos

C. Si el cheque no se ha negociado:

1. El contratista de Medicare acuerda con el banco detener el pago del cheque y
2. Excepto según provisto en el párrafo (D) de 42 CFR 424.352, el contratista de Medicare re-expide el cheque a la persona que debe recibir el pago.

D. Ningún cheque podrá re-expedirse bajo (C)(2) a menos que el contratista reciba una petición de reemplazo del cheque no más tarde de un año a partir de la fecha de emisión del cheque original, a no ser que la ley del estado (incluyendo cualesquiera leyes o regulaciones de actividades bancarias federales aplicables que puedan afectar el procedimiento relevante del estado) proporcione un período más largo, en cuyo caso aplicará esa ley del estado.

Los contratistas de Medicare pueden recibir pedidos de re-emisión de cheques de Medicare que tengan más de un año. De acuerdo con 42 CFR 424.352 (resumido arriba), los contratistas de Medicare deben informar a los beneficiarios y suplidores/proveedores con respecto a la posibilidad que la ley del estado pueda proporcionar un marco de tiempo más favorable para la re-expedición. Las solicitudes de la re-expedición basadas en la ley del estado se deben enviar por los contratistas de Medicare a su oficina regional. La oficina regional trabajará con la Oficina Regional del Consejo General para resolver estas peticiones sobre una base de caso-por-caso.

Los contratistas de Medicare reciben regularmente pedidos de re-emisión de cheques de Medicare que tienen más de un año. Bajo 42 CFR 424.352 muchas de estas peticiones deben denegarse. Sin embargo, 42 CFR 424.352 se aplica **solamente** a los cheques que se han perdido, han sido robados, desfigurados, mutilados o que se han pagado en un endoso falsificado.

Por consiguiente, los cheques de Medicare que están en posesión de la persona que debe recibir el pago que no se han desfigurado ni mutilado y que no se han negociado, no están conformes al límite de tiempo anual para la re-emisión requerida

Electronic Funds Transfer

C. If the check has not been negotiated:

1. The Medicare contractor arranges with the bank to stop payment on the check; and
2. Except as provided in paragraph (D) of 42 CFR 424.352, the Medicare contractor re-issues the check to the payee.

D. No check may be reissued under (C)(2) unless the claim for a replacement check is received by the contractor no later than one year from the date of issuance of the original check, unless State law (including any applicable Federal banking laws or regulations that may affect the relevant State proceeding) provides a longer period, in which case that State law will apply.

Medicare contractors may receive requests for re-issuance of Medicare checks that are older than one year. Based on 42 CFR 424.352 (summarized above), Medicare contractors should inform beneficiaries and providers/physicians/suppliers regarding the possibility that State law may provide a more favorable time frame for re-issuance. Requests for re-issuance based on State law should be forwarded by Medicare contractors to their Regional Office. The Regional Office will work with the Regional Office General Counsel to resolve these requests on a case-by-case basis.

Medicare contractors regularly receive requests for re-issuance of Medicare checks that are older than one year. Under 42 CFR 424.352 many of these requests must be denied. However, 42 CFR 424.352 applies **only** to checks that have been lost, stolen, defaced, mutilated, destroyed, or paid on a forged endorsement.

Accordingly, Medicare checks that are in the physical possession of the payee, have not been defaced or mutilated, and have not been negotiated are not subject to the one-year time limit for re-issuance required by 42

Cont. on next page

Transferencia Electrónica de Fondos

por 42 CFR 424.352 (d). Por lo tanto, si se cumple con los criterios abajo, tales cheques se pueden re-expedir por el contratista de Medicare incluso si tienen más de un año. Los criterios son los siguientes:

1. La persona que debe recibir el cheque (beneficiario, médico, suplidor, proveedor, etc.) y/o representante autorizado puede presentar el cheque (físico);
2. El contratista de Medicare puede confirmar que el cheque no se había reexpedido previamente y
3. El tener que emitirlo nuevamente no está impedido por estatutos de limitaciones federales y/o estatales.

Cualesquiera preguntas que los contratistas de Medicare tengan respecto a la aplicación de los criterios arriba descritos, deben enviarlas a su Oficina Regional. La Oficina Regional trabajará con la Oficina Regional del Consejo General para resolver las preguntas.

Cancelación de los Cheques - Se espera que los contratistas de Medicare revisen continuamente todos los cheques no cobrados, tomen la acción apropiada para los cheques de fecha caducada en conformidad con las regulaciones bancarias federales y/o locales del estado y ajusten los informes financieros para estas acciones. Los contratistas de Medicare deben advertir a su institución financiera del cambio en el estado de un cheque.

Los **cheques no pagados** son cheques que se han expedido como pago por beneficios de Medicare y que no se han presentado para pago a una institución financiera y subsiguientemente retirados de los fondos de fideicomisos de Medicare. Los cheques son "anulados" rindiéndolos no negociables físicamente o poniendo una detención de pago en ellos.

Los **cheques caducados** son los cheques que han alcanzado una edad específica a partir de la fecha de emisión (por ejemplo, un año a partir de la fecha de emisión) y que no se han presentado para el pago a una institución financiera y no se

Electronic Funds Transfer

CFR 424.352 (d). Therefore, if the below criteria below are met, such checks may be re-issued by the Medicare contractor even if they are older than one year. The criteria are:

1. *The payee (beneficiary, physician, supplier, provider, etc.) and/or authorized representative can present the physical check;*
2. *The Medicare contractor can confirm that the check was not previously reissued; and*
3. *Re-issuance is not barred by a Federal and/or State statute of limitations.*

Any questions that the Medicare contractors have regarding application of the above criteria should be forwarded to their Regional Office. The Regional Office will work with the Regional Office General Counsel to resolve the questions.

Stale Dating of Checks - *Medicare contractors are expected to continuously review all outstanding checks, take the appropriate action to stale date checks in conformance with Federal and/or State/local banking regulations, and adjust financial reporting for these actions. Medicare contractors must advise their financial institution of the change in the status of a check.*

Outstanding checks *are checks that have been issued as payment for Medicare benefits and have not been presented for payment to a financial institution and subsequently drawn from the Medicare trust funds. Checks are "voided" by rendering them non-negotiable either physically or by placing a stop payment on them.*

Stale dated checks *are checks that have reached a specific age from date of issue (e.g., one year from the date of issuance) and have not been presented for payment to a financial institution and subsequently drawn*

Cont. on next page

Transferencia Electrónica de Fondos

han retirado posteriormente de los fondos fiduciarios de Medicare. Además, una vez que un cheque ha caducado y ya no es negociable, se debe notificar por escrito a la institución financiera.

Cheques que no se Pueden Enviar

Los proveedores de Medicare, médicos, suplidores y los beneficiarios son responsables de proveer a su contratista de Medicare su dirección postal actual y correcta.

Los contratistas de Medicare deben cumplir con la política establecida por la Iniciativa de No Enviar ("Do Not Forward (DNF) Initiative.") Esta política requiere que los contratistas de Medicare re-expidan el cheque basado en el recibo de información de dirección verificada actualizada por el Formulario CMS-855; y si no se ha enviado ninguna información de dirección actualizada, entonces los contratistas de Medicare deben invalidar todo cheque devuelto. Los cheques inválidos debido a DNF pueden ser re-expedidos de acuerdo con las instrucciones en la sección precedente titulada "Re-emisión de Cheques de Medicare".

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 16 de agosto de 2004.

Instrucciones Relacionadas

El *Manual de Medicare de Gerencia Financiera, Pub. 100-06, Capítulo 5 (Reportes Financieros/ Sección 420-Procedimientos para Re-expedir y Fecha de Cancelación de Cheques de Medicare)* es nuevo. Estas instrucciones actualizadas del manual se incorporarán en la nueva Oficina solamente de Internet del Manual de Gerencia Financiera, pero ahora están disponibles como parte de la instrucción oficial publicada a su contratista/intermediario. Pueda encontrar esta instrucción (CR-2951) en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

De esa página electrónica busque el CR-2951 en la columna de la izquierda CR NUM y marque en el archivo para ese CR. Si tiene alguna pregunta, favor de contactarnos al 1-877-715-1921.

Electronic Funds Transfer

from the Medicare trust funds. Additionally, once a check has been stale dated and is no longer negotiable, the financial institution must be notified in writing.

Undeliverable Checks

Medicare providers, physicians, suppliers, and beneficiaries are responsible for providing their Medicare contractor with their current and accurate mailing address.

The Medicare contractors must comply with the policy established by the "Do Not Forward (DNF) Initiative."

This policy requires Medicare contractors to re-issue the check based on the receipt of updated verified address information per Form CMS-855; and if no updated address information has been submitted, then Medicare contractors must void any returned checks. Checks voided due to DNF may be re-issued in accordance with the instructions in the preceding section titled "Re-issuing Medicare Checks."

Implementation

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

Related Instructions

The Medicare Financial Management Manual, Pub. 100-06, Chapter 5 (Financial Reporting/ Section 420- Procedures for Re-issuance and Stale Dating of Medicare Checks) is new. These updated manual instructions will be incorporated into the new Internet-only Office of Financial Management Manual, but are available now as part of the official instruction issued to your carrier/intermediary. This instruction (CR2951) can be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

From that web page, look for CR2951 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.

Pub. 100-06/MFM Trans. 49 /CR- 2951/July 16, 2004/EMD

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/.

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/.

Reembolsos Voluntarios No Solicitados

La aceptación de un reembolso voluntario, como pago a reclamaciones específicas, de ninguna manera afecta o limita los derechos del gobierno federal o cualquiera de sus agencias o agentes para establecer cualquier acción legal o administrativa que estime necesaria.

CR1444/Pub.100-06/Transmittal 35/February 9, 2004/FC/els
CR3274/Pub.100-06/Transmittal 42/April 30, 2004/els

Unsolicited/Voluntary Refunds

The acceptance of a voluntary refund as settlement for the claims specified in no way affects or limits the rights of the Federal Government, or any of its agencies or agents, to pursue any appropriate criminal, civil, or administrative remedies arising from or relating to these or any other claims.

MEDICARE INFORMA

BOX 71391

SAN JUAN, PR 00936

RETURN POSTAGE REQUESTED

**PRSR STD
U.S. POSTAGE PAID
SAN JUAN, P.R.
PERMIT NO. 2563**