

¡Qué Bueno Que Preguntó!

ACTUALIZACIÓN A LAS TARIFAS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL AÑO 2005 Y LOS SERVICIOS DE LABORATORIOS SUJETOS A LA METODOLOGÍA DE PAGO POR CARGOS RAZONABLES

Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos

Acción Necesaria de Parte del Proveedor:

Este artículo y las peticiones de cambios (CR's por sus siglas en inglés) relacionadas al CR3526 incluyen información con respecto a la actualización del 2005 de la Tarifa Anual para los Laboratorios Clínicos. Es importante que los laboratorios afectados entiendan que estos cambios son para asegurar que los pagos de Medicare sean correctos.

Cont. en página 4

We Are Glad You Asked!

2005 ANNUAL UPDATE FOR CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE AND LABORATORY SERVICES SUBJECT TO REASONABLE CHARGE PAYMENT

Provider Types Affected

Clinical Laboratories

Provider Action Needed

This article and related CR3526 contains important information regarding the 2005 annual updates to the clinical laboratory fee schedule and for laboratory costs related to services subject to reasonable charge payments. It is important that affected laboratories understand these changes to assure correct and accurate payments from Medicare.

Cont. on page 4

Emission Date: November 28, 2004

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



Volume 80 / Oct., Nov., and Dec. 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!

Actualización a las Tarifas de Laboratorio Portada y
Página 4

Remesa de Pago

Guía con Respecto a la Eliminación del Viejo Formato
de la Remesa de Pago 10

"Medicare Advantage"

Cobertura de las Organizaciones de "Medicare
Advantage" 12

Deducible Anual - Parte B

Actualización a los Deducibles, Co-Aseguros y Primas
de las Tarifas 14

Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores Que Deciden No Pertener al Programa
Medicare 18

La Oficina del Inspector General (OIG) Alerta

OIG Alerta Sobre Cargos Adicionales por Servicios
Cubiertos 19

Boletín Medicare Informa

Suscripción al Boletín 22

Tarifas Fijas 2005

Manual de Tarifas Fijas para el 2005 en CD-ROM .. 23

Recursos de Información y Educación

Recursos de Información y Educación para los
Proveedores, Suplidores y Médicos de Medicare 26

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.

HIPAA

Proveedores/ "Vendors" que Pasaron Pruebas HIPAA
Formato X12N 33
Códigos de Estatus de Reclamaciones 36

Política Médica

Revisión a la Facturación de Tratamiento Activo/
Correctivo y Terapia de Mantenimiento 39
Requisitos de Facturación para el Transplante de
Celúlas del Islote de Langerhans 42
Billing Requirements for PET Scans 44
Atención Proveedores de Servicios de Salud Mental
en Puerto Rico e Islas Vírgenesl 47
Aclaración en los Procedimientos de Facturación de
Epoetin Alfa y Códigos ESRD 50
Tratamiento de la Obesidad 54
Espectroscopia de Resonancia Magnética 56

Políticas de Pago

Tercera Actualización a la Base de Datos de las
Tarifas Fijas del 2004 para Médicos 58
Actualización Trimestral a la Iniciativa de Codificación
Correcta, Versión 10.3 63
Tarifas de las Vacunas Contra la Influenza 65
Actualización del Cargo Razonable del 2005 para
Entablillados, Yesos, Equipo 66
Reembolso de las Pruebas en Equipo Automático de
Canales Múltiples para la Enfermedad Renal 68

Mamografía

Mensajes y Códigos de Denegación del Resumen de
Medicare para Mamografía 73

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Implementación Propuesta a un Bono HPSA 75

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

Servicios Incidentales 80

Medicare Pagador Secundario (MSP)

Aclaración de las Reglas MSP 85
Medicare Pagador Secundario para Ex-cónyuges .. 86

Medicamentos

Instrucciones para la Facturación de Advate Rahf-pfm
en Reclamaciones de Medicare 88
Límite de Pago para Código J1000 90

Centro de Enfermería Especializada

Correcciones a las Reclamaciones de los Centros de
Enfermería Especializada 92

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Tarifas de Pago y Valores de Índice de ASC 95

Contrato

Proveedores Sancionados 97

MOA-2004

AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

TABLE OF CONTENTS

We are Glad you Asked!

2005 Annual Update for Clinical Laboratory Cover and page 4

Remittance Advice

Guidance Regarding Elimination of Standard Paper Remittance Advice Notices in the Old Format 10

Medicare Advantage

Coverage by Medicare Advantage Organizations for NCD Services 12

Annual Parte B Deductible

Update to Medicare Deductible, Coinsurance 14

Opt-Out Providers from the Medicare Program

Medicare Program OPT-OUT Providers 18

Office of the Inspector General (OIG) Alerts

OIG Alerts about Charging Extra for Covered Services 19

Medicare Informa Bulletin

Bulletin Subscription 22

2005 Fee Schedule

2005 Physician Fee Schedules in CD-ROM..... 23

Information and Education Resources

Information and Education Resources for Medicare Providers, Suppliers, and Physicians 26

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.

HIPAA

Vendors/Providers that Has Tested X12N Format ... 33
Update of Health Care Claims Status Codes 36

Medical Policy

Revised Requirements for Chiropractic 39
Billing Requirements for Islet Cell Transplantation . 42
Billing Requirements for PET Scans 44
Attention Puerto Rico and US Virgin Island Providers of Mental Health Services 47
Clarification of Epoetin Alfa 50
Treatment of Obesity 54
Magnetic Resonance Spectroscopy 56

Billing Policies

Third Update to the 2004 Medicare Physician Fee Schedule Database 58
Quarterly Update to CCI Edits, Version 10.3..... 63
Payment Amounts for the Influenza Virus Vaccine . 65
Reasonable Charge Update for 2005 for Splints, Casts, Dialysis Supplies 66
End Stage Renal Disease Reimbursement for Automated Multi-Channel Chemistry Tests 68

Mammography

Messages and Reason Codes for Mammography ... 73

Health Professional Shortage Area (HPSA)

Proposed Implementation of the Physician Scarcity Bonus (HPSA) 75

Services Incident to the Ordering Physician

Incident to Services 80

Medicare Secondary Payer (MSP)

Clarification of MSP Rules 85
MSP Provision to Former Spouses 86

Drugs

Billing Instructions for Advate Rahf-pfm on Medicare Claims 88
Payment Limits for Code J1000 90

Skilled Nursing Facility

Implementation of SNF Claim Edits for Therapy 92

Ambulatory Surgical Center (ASC)

ASC Payment Rates and Wage Index Values 95

Enrollment

Sanctioned Providers 97

MOA-2004

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Viene de la Portada...

Trasfondo

Actualización a las Tarifas a los Laboratorios Clínicos

De acuerdo con §1833(h)(2)(A)(i) del Acta de Seguro Social (el Acta) según enmendada por la Sección 628 de la “Medicare Prescription and Drug, Improvement and Modernization Act” (MMA, por sus siglas en inglés) del 2003, la actualización anual a las tarifas de laboratorios clínicos del 2005 es cero (0) por ciento.

La Sección §1833(a)(1)(D) del Acta provee que el pago para las pruebas de laboratorios clínicos es el menor del cargo real facturado, la tarifa local o la Cantidad Limitada Nacional (NLA, por sus siglas en inglés.) Para una Citología Vaginal o Cervical (Papanicolau o PAP Smear), §1833(h)(7) del Acta requiere que el pago sea menor que la tarifa local o la NLA, pero no menor que la cantidad mínima nacional pagada (descrita mas adelante.) Sin embargo, para una citología cervical o vaginal, el pago no puede exceder el cargo real.

El deducible y co-aseguro de la parte “B” no aplica para los servicios pagados bajo la tarifa asignada de laboratorio clínico.

Cantidad de Pago Mínimo Nacional

Para una prueba de citología cervical o vaginal §1833(h)(7) del Acta requiere que el pago sea menor que la tarifa local o la NLA, pero no menor que la cantidad del pago mínimo nacional. Además, el pago no puede exceder el cargo real. El pago mínimo nacional para el año 2005 es \$14.76 (\$14.76 más el cero por ciento para la actualización del 2005.) Los códigos afectados por el pago mínimo nacional incluyen los siguientes:

88142	88143	88147	88148	88150	88152	88153
88154	88164	88165	88166	88167	88174	88175
G0123	G0143	G0144	G0145	G0147	G0148	P3000

We Are Glad You Asked!

From the Cover Page...

Background

Update to Clinical Laboratory Fees

In accordance with §1833(h)(2)(A)(i) of the Social Security Act (the Act), as amended by Section 628 of the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) of 2003, the annual update to the local clinical laboratory fees for 2005 is zero (0) percent.

Section 1833(a)(1)(D) of the Act provides that payment for a clinical laboratory test is the lesser of the actual charge billed for the test, the local fee, or the National Limitation Amount (NLA). For a cervical or vaginal smear test (pap smear), §1833(h)(7) of the Act requires payment to be the lesser of the local fee or the NLA, but not less than a national minimum payment amount (described below). However, for a cervical or vaginal smear test (pap smear), payment may also not exceed the actual charge.

The Part B deductible and coinsurance do not apply for services paid under the clinical laboratory fee schedule.

National Minimum Payment Amounts

For a cervical or vaginal smear test (pap smear), §1833(h)(7) of the Act requires payment to be the lesser of the local fee or the NLA, but not less than a national minimum payment amount. Also, payment may not exceed the actual charge. The 2005 national minimum payment amount is \$14.76 (\$14.76 plus zero percent update for 2005). The affected codes for the national minimum payment amount include the following:

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Cantidades Nacionales Limitadas (Máximo)

Las pruebas para las cuales se establecieron NLA antes del 1ro de enero de 2001, son el 74 por ciento de la mediana de las tarifas locales. Las pruebas para las cuales se establecieron NLA después del 1ro de enero de 2001, la NLA es 100 por ciento de la mediana de las tarifas locales de acuerdo a §1833(h)(4)(B)(viii) del Acta.

Acceso a la Tarifa Clínica de Laboratorio para el 2005

Podrán acceder las tarifas de laboratorio clínico para el 2005 después del 18 de noviembre de 2004, en: <http://www.cms.hhs.gov/paymentsystems>.

Proveedores interesados deberán utilizar la Red para recuperar las Tarifas de Laboratorio Clínico para el 2005. Ésta estará disponible en varios formatos: Excel, texto y "comma delimited".

Comentarios Públicos

El 26 de julio de 2004, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) celebró una reunión pública para solicitar sugerencias sobre la relación de pagos del 2004, los nuevos códigos del 2005 y los Códigos de Procedimiento (CPT, por sus siglas en inglés.) El anuncio de la reunión se publicó en el **Registro Federal** (FR, por sus siglas en inglés) el 28 de mayo de 2004, en las páginas 30658-30659, y en la página electrónica de CMS.

Se recibieron muchas recomendaciones de individuos representando laboratorios, manufactureros y sociedades médicas. CMS publicó el resumen de la reunión y las determinaciones del pago tentativo en su sitio Web: <http://www.cms.hhs.gov/paymentsystems>. Se aceptaron comentarios escritos adicionales del público hasta el 24 de septiembre de 2004.

We Are Glad You Asked!

National Limitation Amounts (Maximum)

For tests for which NLAs were established before January 1, 2001, the NLA is 74 percent of the median of the local fees. For tests for which NLAs are first established on or after January 1, 2001, the NLA is 100 percent of the median of the local fees in accordance with §1833(h)(4)(B)(viii) of the Act.

Access to 2005 Clinical Laboratory Fee Schedule

Internet access to the 2005 clinical laboratory fee schedule data file should be available after November 18, 2004, at: <http://www.cms.hhs.gov/paymentsystems>.

Interested providers should use the Internet to retrieve the 2005 clinical laboratory fee schedule. It will be available in multiple formats: Excel, text, and comma delimited.

Public Comments

*On July 26, 2004, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) hosted a public meeting to solicit input on the payment relationship between 2004 codes and new 2005 Current Procedural Terminology (CPT) codes. The meeting announcement was published in the **Federal Register** on May 28, 2004, pages 30658-30659, and on the CMS web site.*

Recommendations were received from many attendees, including individuals representing laboratories, manufacturers, and medical societies. CMS posted a summary of the meeting and the tentative payment determinations on its web site at <http://www.cms.hhs.gov/paymentsystems>. Additional written comments from the public were accepted until September 24, 2004.

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Comentarios después del lanzamiento de las Tarifas de Laboratorios del año 2005 podrán enviarse a la siguiente dirección. CMS considerará éstos para desarrollar las Tarifas de Laboratorios del 2006:

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

Center for Medicare Management
Division of Ambulatory Services
Mailstop: C4-07-07
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Estos comentarios deben someterse por escrito y deben incluir la información de códigos y costos clínicos. Deben enviarse no más tarde del 1ro de agosto del 2005 para que CMS y sus contratistas puedan cumplir con la fecha de implementación del 3 de enero de 2006.

Información Adicional de Costos

Las Tarifas de Laboratorios para el 2005 incluyen tarifas para ciertos métodos de toma de muestras (código 36415, P9612, P9615.) Para las fechas de servicio a partir del 1ro de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2005 el pago al personal para la toma de muestras será de \$.45 por milla. Para las fechas de servicio desde el 1ro de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2005, la tarifa para el millaje estándar por transportación es de \$0.385. El pago del 2005 para el código P9603 es de \$.835 y por el código P9604 es de \$8.35.

Las Tarifas Fijas de Laboratorio del 2005 incluyen además códigos que tienen el modificador QW para identificar el código y determinar el pago para pruebas realizadas por un laboratorio registrado con el certificado de dispensa del "Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA, por sus siglas en inglés).

El código 36415 "Collection for venous blood by venipuncture specimen(s)" ahora está cubierto por Medicare, sin embargo el código 36416 "collection by capillary blood specimen(s)", (Ej. dedo, talón, lóbulo de la oreja) como un servicio separado permanece no cubierto para propósitos de Medicare.

We Are Glad You Asked!

Comments after the release of the 2005 laboratory fee schedule can be submitted to the following address, so that CMS may consider them for the development of the 2006 laboratory fee schedule.

A comment should be in written format and include clinical, coding, and costing information. To make it possible for CMS and its contractors to meet a January 3, 2006 implementation date, comments must be submitted before August 1, 2005.

Additional Pricing Information

The 2005 laboratory fee schedule includes separately payable fees for certain specimen collection methods (codes 36415, P9612, and P9615). For dates of service January 1, 2005 through December 31, 2005, the personnel payment is \$.45 per mile. For dates of service January 1, 2005 through December 31, 2005, the standard mileage rate for transportation costs is \$.385. The 2005 payment for code P9603 is \$.835 and for code P9604 it is \$8.35.

The 2005 laboratory fee schedule also includes codes that have a "QW" modifier to both identify codes and determine payment for tests performed by a laboratory registered with only a certificate of waiver under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA).

CPT code 36415 for Collection of venous blood by venipuncture is now payable by Medicare, but code 36416 Collection of capillary blood specimen (e.g., finger, heel, ear stick) remains as not payable by Medicare as a separate service.

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Paneles de Órganos Enfermedad

Al igual que en años anteriores, el pago durante el 2005 para cada panel de órgano o enfermedad y los códigos de prueba evocativa/supresiva se deriva de la suma más baja de la tarifa o la cantidad del límite nacional (NLA, por sus siglas en inglés) incluida en el código del panel.

We Are Glad You Asked!

Organ or Disease Oriented Panel Codes

Similar to prior years, the 2005 pricing amounts for certain organ or disease panel codes and evocative/suppression test codes were determined by Medicare by summing the lower of the fee schedule amount or the NLA for each individual test code included in the panel code.

Pareo de Información para Códigos Nuevos y Revisados Mapping Information for New and Revised Codes

Código Nuevo: New Code:	Con la misma tarifa que: Is Priced at the same rate as:
82045	83880
82656	83516
83009	83013
83630	83516
84163	84702
84166	la suma de 84165 y 87015 <i>the sum of 84165 and 87015</i>
84450 QW	84450
86064	86359
86335	la suma de 86334 y 87015 <i>the sum of 86334 and 87015</i>
86379	86359
86587	86359
87807	87804

Los Códigos de Laboratorios sujetos a la Metodología de Pago por Cargos Razonables en el año 2005

Para los pacientes ambulatorios, los códigos en las siguientes tablas se pagan bajo el método de pago por cargo razonable. De acuerdo a §42 CFR 405.502-405.508, el cargo razonable no deberá exceder el cargo real más bajo o el acostumbrado, o el cargo prevaleciente por los 12 meses previos al periodo que culmina el 30 de junio, actualizado por el índice de inflación.

El índice de inflación actualizado para el año 2005 es de 3.3 por ciento

El manual de instrucciones para determinar el pago por el cargo razonable puede localizarse en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones

Laboratory Costs Subject to Reasonable Charge Payment in 2005

For outpatients, the codes in the following tables are paid under a reasonable charge basis. In accordance with §42 CFR 405.502 – 405.508, the reasonable charge may not exceed the lowest of the actual charge or the customary or prevailing charge for the previous 12-month period ending June 30, updated by the inflation-indexed update.

The inflation-indexed update for year 2005 is 3.3 percent.

Manual instructions for determining the reasonable charge payment can be found in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, chapter 23, §80-80.8. (The Web

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

de Medicare, Pub. 100-04, Capítulo 23, §80-80-8. (El sitio Web para este manual está bajo Información Adicional en la sección inferior.) Si los datos del cargo de un código no son suficientes, las instrucciones permiten considerar el cargo de servicios similares y lista de costos similares.

Cuando estos servicios se prestan a pacientes de diálisis en Centros Independientes, el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Pub. 100-04, Capítulo 8, §60.3 indica que aplica el pago por cargo razonable. Sin embargo, cuando estos servicios se suministran a pacientes de diálisis en un Centro Hospitalario de Diálisis Renal, el pago se hace basándose en costo razonable.

Asimismo, cuando estos servicios se ofrecen a pacientes ambulatorios de un hospital, el pago se hace bajo el Sistema de Pagos Prospectivos de Servicios Ambulatorios del Hospital (OPPS, por sus siglas en inglés.)

We Are Glad You Asked!

address for this manual is provided in the "Additional Information" section below.) If there is insufficient charge data for a code, the instructions permit considering charges for other similar services and price lists.

When these services are performed for independent dialysis facility patients, Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, chapter 8, §60.3 instructs that the reasonable charge basis applies. However, when these services are performed for hospital based renal dialysis facility patients, payment is made on a reasonable cost basis.

Also, when these services are performed for hospital outpatients, payment is made under the hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS).

Productos de Blood Products

P9010	P9011	P9012	P9016	P9017	P9019	P9020
P9021	P9022	P9023	P9031	P9032	P9033	P9034
P9035	P9036	P9037	P9038	P9039	P9040	P9044
P9050	P9051	P9052	P9053	P9054	P9055	P9056
P9057	P9058	P9059	P9060			

A los siguientes códigos se le deberá aplicar el deducible de sangre según instrucciones de Pub. 100-01, Capítulo 3, §20.5-20.54:

Also, the following codes should be applied to the blood deductible as instructed Pub. 100-01, Chapter 3, §20.5-20.54:

P9010	P9016	P9021	P9022	P9038	P9039	P9040
P9051	P9054	P9056	P9057	P9058		

Nota: Los productos biológicos no pagados a base del costo o pago prospectivo se pagarán según la §1842(o) del Acta. Los límites de pagos basados en la Sección 1842(o), incluyendo el límite de pago para los códigos P9041, P9043, P9045, P9046, P9047, P9048, deben obtenerse de los archivos de precios de Medicamentos de la Parte B de Medicare.

Note: *Biologic products not paid on a cost or prospective payment basis are paid based on §1842(o) of the Act. The payment limits based on section 1842(o), including the payment limits for codes P9041 P9043 P9045 P9046 P9047 P9048, should be obtained from the Medicare Part B Drug Pricing Files.*

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

We Are Glad You Asked!

Medicamentos de Transfusión

Transfusion Medicine

86850	86860	86870	86880	86885	86886	86890
86891	86900	86901	86903	86904	86905	86906
86920	86921	86922	86927	86930	86931	86932
86945	86950	86965	86970	86971	86972	86975
86976	86977	86978	86985	G0267		

Procedimientos de Medicina Reproductiva

Reproductive Medicine Procedures

89250	89251	89253	89254	89255	89257	89258
89259	89260	89261	89264	89268	89272	89280
89281	89290	89291	89335	89342	89343	89344
89346	89352	89353	89354	89356		

Implementación

Los cambios para el 2005 se implementarán el 3 de enero de 2005.

Información Adicional

Instrucciones para calcular cargos razonables están localizados en el Manual de Procesamientos de Reclamaciones de Medicare (Pub. 100-04) capítulo 23, secciones 80-80.8 en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp

La publicación de la instrucción oficial para su contratista/intermediario relacionado con el cambio puede ser localizada en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

En esa página de Web buscar el CR3526 en la columna "CR Num." marque el expediente para el CR deseado.

Para información adicional relacionado con esta publicación, puede comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Implementation

The changes for 2005 will be implemented on January 3, 2005.

Additional Information

Instructions for calculating reasonable charges are located in the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04) chapter 23, sections 80-80.8. at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp

The official instruction issued to your carrier/intermediary 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 CR3526 in the CR NUM column on the right, and click on the file for the desired CR.

For additional information relating to this issue, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR3526//Trans.363/Pub.100-04/MCP/November5,2004/ECR/els

Remesa de Pago

GUÍA CON RESPECTO A LA ELIMINACIÓN DEL VIEJO FORMATO DE LA REMESA DE PAGO ESTÁNDAR EN PAPEL (SPR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Entérese de que sólo se utilizará la versión más reciente de la Remesa de Pago Estándar en papel (SPR, por sus siglas en inglés). El archivo 4010A1 de la versión 835 es el formato correcto para producir las SPRs. Además, no deben incluirse datos en la Remesa de Pago en papel que no estén incluidos en la Remesa de Pago Electrónica (ERA, por sus siglas en inglés).

Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) prohíben incluir en la Remesa de Pago en papel datos que no estén incluidos en las transacciones de la Remesa de Pago Electrónica. La versión más reciente del SPR y la ERA abarcan la misma información en los campos comparables y elementos de fecha, inclusive, los mismos códigos. Se debe utilizar el mismo archivo para producir tanto el SPR como la versión 835 4010A1 del ERA.

CMS emitió un memorando a todos los contratistas e intermediarios fiscales de Medicare, incluso a los contratistas de equipo médico duradero e intermediarios regionales de salud en el hogar, en el cual afirmó que a partir del 1 de enero de 2005 sólo el archivo 835 de la versión 4010A1 se usará para producir los SPRs; no se usará otro formato.

Implementación

1 de enero de 2005

Remittance Advice

GUIDANCE REGARDING ELIMINATION OF STANDARD PAPER REMITTANCE (SPR) ADVICE NOTICES IN THE OLD FORMAT

Provider Types Affected

All Medicare physicians, providers, and suppliers.

Provider Action Needed

Be advised that only the most recent version of the Standard Paper Remittance (SPR) Advices will be used. The 835 version 4010A1 flat file is the appropriate format to produce SPRs. Also, no data may be included in paper remittance advices that are not included in an electronic remittance advice (ERA).

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) prohibits the inclusion of data in paper remittance advice notices that is not included in the ERA transactions. The most recent version of the SPR Advice and the ERA contain the same information in the comparable fields and date elements, including the same codes. The same flat file is supposed to be used to produce both the SPR and 835 version 4010A1 ERA.

CMS has issued a memorandum to all Medicare carriers and fiscal intermediaries, including durable medical equipment carriers and regional home health intermediaries, stating that, effective January 1, 2005, only the 835 version 4010A1 flat file is to be used to produce the SPRs; no other format for SPRs will be used.

Implementation

January 1, 2005

Cont. on next page

Remesa de Pago

Información Adicional

Refiérase al Capítulo 22 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones, Publicación 100-4 en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c22.pdf

Información adicional tocante al archivo 835 de la Parte A del Intermediario Fiscal, que incluye un ejemplo del formato más reciente del SPR, está disponible en la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 3344. Usted puede ver ese CR en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R252CP.pdf

Si tiene alguna pregunta con respecto al recibo de o las conversiones a ERAs, puede llamarnos al 1-877-715-1921.

Remittance Advice

Additional Information

Refer to Chapter 22 of the Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-4, which can be found online at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c22.pdf

Additional information regarding the Fiscal Intermediary Part A 835 flat file, including a sample of the most recent SPR format, is available in CR 3344. You may view that CR at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R252CP.pdf

If you have any questions regarding receipt of or conversion to ERAs, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

SE0451/September 27, 2004/EM/els

Cont. on next page

MEDICARE ADVANTAGE

COBERTURA DE LAS ORGANIZACIONES DE “MEDICARE ADVANTAGE” PARA SERVICIOS DE DETERMINACIÓN DE CUBIERTA NACIONAL NO INCLUIDOS PREVIAMENTE EN LAS TARIFAS COMPUESTAS DE “MEDICARE ADVANTAGE”

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan por los servicios mencionados más adelante.

Acción Necesaria de parte del Proveedor

Las tarifas de “Medicare Advantage “ (MA, por sus siglas en inglés) se ajustaron recientemente para justificar tres servicios de Determinación de Cubierto Nacional (NCD, por sus siglas en inglés). Estos servicios son: defibriladores automáticos que se implantan (con vigencia desde el 1 de octubre de 2003), dispositivos de ayuda ventricular (en vigor desde el 1 de enero de 2004) y la cirugía de reducción del volumen pulmonar (con vigencia desde el 1 de enero de 2004). Las organizaciones de MA son responsables del pago por estos servicios de NCD a partir del 1 de enero de 2005 en adelante.

Lo Que Usted Necesita Saber

Medicare efectuará el pago basándose en honorario-por-servicio para los inscritos en el plan de MA por los servicios prestados antes del 1 de enero de 2005 relacionados a los tres servicios de NCD ya mencionados. Observe que antes del 1 de enero de 2005, los beneficiarios no son responsables de los deducibles de la parte A o B asociados a estos servicios, aunque son responsables de las cantidades de co-aseguro asignadas bajo las reglas de honorario-por-servicio de Medicare.

COVERAGE BY MEDICARE ADVANTAGE ORGANIZATIONS FOR NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) SERVICES NOT PREVIOUSLY INCLUDED IN THE MEDICARE ADVANTAGE’S CAPITATED RATES

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers billing for the services mentioned below.

Provider Action Needed

Medicare Advantage (MA) rates were recently adjusted to account for three National Coverage Determination (NCD) services. These services are implantable automatic defibrillators (effective 10/1/03), ventricular assist devices (effective 1/1/04), and lung volume reduction surgery (effective 1/1/04). MA organizations are liable for payment for these NCD services beginning January 1, 2005.

What You Need to Know

For services rendered prior to January 1, 2005, payment for services relating to the three NCD services mentioned above are paid by Medicare on a fee-for-service basis for MA plan enrollees. Note that, prior to January 1, 2005, beneficiaries are not responsible for Part A or Part B deductibles associated with these services, although they are responsible for coinsurance amounts appropriate under Medicare fee-for-service rules.

Cont. on next page

MEDICARE ADVANTAGE

Lo Que Usted Debe Hacer

Entérese que a partir del 1 de enero de 2005 estos servicios no se pagarán basándose en honorario-por-servicio. En su lugar, el plan de "Medicare Advantage" será responsable de hacer el pago. Observe también que los suscriptores de MA deben recibir los servicios de cirugía de reducción de la capacidad pulmonar en los hospitales designados.

Trasfondo

Cuando Medicare inicialmente publicó estas Determinaciones de Cubierta Nacional e introdujo la nueva cubierta, el costo de ésta no se reflejó en las tarifas pagadas a los planes "Medicare Advantage". Por lo tanto, Medicare pagó por estos servicios por separado a base de un honorario-por-servicio hasta que el costo pudiera considerarse al determinar las tarifas de MA. Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) considerará estos costos en las tarifas de pago de MA a partir del 1 de enero de 2005. Desde ese momento, Medicare no pagará más por estos servicios basándose en honorario-por-servicio.

Información Adicional

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

What You Need to Do

Be aware that these services will not be paid on a fee-for-service basis for dates of service on or after January 1, 2005. Instead, the MA plan will be responsible for making payment. Note also that MA enrollees receiving services for lung volume reduction surgery services must receive these services in designated hospitals.

Background

When Medicare initially issued these NCDs, new coverage was introduced and the cost of that coverage was not reflected in the rates paid to MA plans. Thus, Medicare paid for these services separately on a fee-for-service basis until such time as the cost could be considered in determining MA rates. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will factor these costs into the MA payment rates as of January 1, 2005. At that time, Medicare will no longer pay for these services on the fee-for-service basis.

Additional Information

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

CR3301/Trans. 247/Pub. 100-04 MCP/July 23, 2004/EM/els

Deducible Anual - Parte B

ACTUALIZACIÓN A LOS DEDUCIBLES, CO-ASEGUROS Y PRIMAS DE LAS TARIFAS DE MEDICARE PARA EL AÑO NATURAL 2005

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Esta instrucción actualiza los deducibles, los co-aseguros y las primas de las tarifas de Medicare para el año natural 2005.

Trasfondo

La mayoría de las personas de 65 años de edad y mayores (y muchas personas discapacitadas menores de 65 años) están aseguradas bajo el Seguro de Salud (HI, por sus siglas en inglés) o Parte A para recibir beneficios sin el pago de una prima. La Ley del Seguro Social provee que ciertas personas de edad avanzada y personas discapacitadas que no estén aseguradas puedan registrarse voluntariamente, pero ellos están sujetos al pago de una prima mensual. Desde el 1994 los suscriptores voluntarios pueden calificar para una prima reducida si han cubierto de 30 a 39 trimestres de empleo. **Cuando el registro voluntario ocurre luego de más de 12 meses del período de inscripción inicial de la persona para los beneficios de HI, la prima mensual se aumenta un 10 por ciento.**

Bajo el plan de Seguro Médico Suplementario (SMI, por sus siglas en inglés) o Parte B, todos los suscriptores están sujetos a una prima mensual. La mayoría de los servicios del SMI están sujetos a un deducible anual y co-aseguro (por ciento de gastos que el suscriptor debe pagar) y estos se establecen por ley (estatuto). **Cuando el registro voluntario para los beneficios de SMI ocurre luego de más de 12 meses del período de inscripción inicial de la persona, la prima mensual aumenta un 10 por ciento por cada período de 12 meses durante el cual la persona pudo inscribirse, pero no lo estuvo.**

Annual Part B Deductible

UPDATE TO MEDICARE DEDUCTIBLE, COINSURANCE, AND PREMIUM RATES FOR CALENDAR YEAR (CY) 2005

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers

Provider Action Needed

This instruction updates Medicare deductibles, coinsurance, and premium rates for CY 2005.

Background

*Most individuals age 65 and older (and many disabled individuals under age 65) are insured for Health Insurance (HI) or Part A benefits without a premium payment. The Social Security Act provides that certain aged and disabled persons who are not insured may voluntarily enroll, but they are subject to the payment of a monthly premium. Since 1994, voluntary enrollees may qualify for a reduced premium if they have 30-39 quarters of covered employment. **When voluntary enrollment takes place more than 12 months after a person's initial enrollment period for HI benefits, the monthly premium is increased by 10 percent.***

*Under the Supplementary Medical Insurance (SMI) plan or Part B, all enrollees are subject to a monthly premium. Most SMI services are subject to an annual deductible and coinsurance (percent of costs that the enrollee must pay) that are set by statute. **When SMI enrollment by a beneficiary takes place more than 12 months after the initial enrollment period, the monthly premium increases by 10 percent for each full 12-month period during which the individual could have been enrolled, but was not.***

Cont. on next page

Deducible Anual - Parte B

Los beneficiarios que utilizan servicios cubiertos de Parte A pueden estar sujetos a los requisitos de deducible y co-aseguro.

Servicios de Estadía en Hospital

El beneficiario es responsable del deducible por hospitalización y los servicios provistos durante un episodio de enfermedad (que se deduce de la cantidad que el Programa de Medicare le paga al hospital).

- **Más de 60 Días.** Cuando un beneficiario recibe tales servicios por más de 60 días durante un episodio de enfermedad, ella/él es responsable por una cantidad de co-aseguro equivalente a una cuarta parte de la cantidad del deducible por hospitalización diaria por el 61° a los 90° días.
- **Después de 90 Días.** Una persona tiene una reserva de por vida de 60 días de cubierta, los cuales ella o él pueden elegir utilizar luego del día 90 en un período de enfermedad. La cantidad de co-aseguro para estos días es igual a la mitad del deducible por hospitalización.
- **Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (21 a 100 días).** El beneficiario es responsable por una cantidad de co-aseguro diario igual a un octavo de la cantidad de deducible por hospitalización diaria por los días 21° a los 100 de servicios de SNF provistos durante un período de enfermedad.

Para el Año Natural 2005 las cantidades de prima, deducible y co-aseguro son las siguientes:

Deducible, Co-aseguro y Prima Parte A de Medicare para el año 2005:

- Deducible: \$912.00 por período de beneficio
- Co-aseguro:
 - \$228.00 diarios para los días 61° a los 90° en cada período
 - \$456.00 diarios para los días 91° a los 150° por cada día de reserva de por vida utilizado

Annual Part B Deductible

Beneficiaries who use covered Part A services may be subject to deductible and coinsurance requirements.

Inpatient Hospital Services

A beneficiary is responsible for an inpatient hospital deductible amount for inpatient hospital services furnished in a spell of illness (which is deducted from the amount payable by the Medicare program to the hospital).

- **More than 60 Days.** When a beneficiary receives such services for more than 60 days during a spell of illness, he/she is responsible for a coinsurance amount equal to one-fourth of the inpatient hospital deductible per day for the 61st-90th day spent in the hospital.
- **After the 90th Day.** An individual has 60 lifetime reserve days of coverage, which he or she may elect to use after the 90th day in a spell of illness. The coinsurance amount for these days is equal to one-half of the inpatient hospital deductible.
- **Skilled Nursing Facility (SNF) (21st through 100th day).** A beneficiary is responsible for a coinsurance amount equal to one-eighth of the inpatient hospital deductible per day for the 21st through the 100th day of SNF services furnished during a spell of illness.

For CY 2005, the premium, deductible, and coinsurance amounts are as follows:

Year 2005 Medicare Part A Deductible, Coinsurance, and Premium Amounts:

- *Deductible: \$912.00 per benefit period*
- *Coinsurance:*
 - \$228.00 a day for days 61-90 in each period
 - \$456.00 a day for days 91-150 for each lifetime reserve day used

Cont. on next page

Deducible Anual - Parte B

- \$114.00 diarios en un SNF para los días 21° a los 100 en cada período de beneficio
- Prima mensual:
 - \$375.00 para aquéllos que deben pagar una prima
 - \$412.50 para aquéllos que deben pagar tanto una prima como un aumento del 10 por ciento
 - \$206.00 para aquéllos que tienen cubierta de 30 a 39 trimestres
 - \$226.60 para aquéllos que tienen cubierta de 30 a 39 trimestres y deben pagar un 10 por ciento de aumento

Deducible, Co-aseguro y Prima Parte B de Medicare para el Año 2005:

- Deducible: \$110.00 por año
- Co-aseguro: 20 por ciento
- Prima mensual: \$78.20

La siguiente tabla compara los Deducibles, Co-aseguros y Primas de la Parte A de Medicare para los años 2001 al 2005:

Año Year	Deducible Estadía de Hospital, 1eros 60 Días (\$) <i>Inpatient Hospital Deductible, 1st 60 Days (\$)</i>	Co-aseguro de Estadía de Hospital, 61- 90 Días (\$) <i>Inpatient Hospital Coinsurance, 61st-90th Days (\$)</i>	Co-aseguro de 60 Días de Reserva de por Vida (\$) <i>60 Lifetime Reserve Days Coinsurance (\$)</i>	Co-aseguro de SNF (\$) <i>SNF Coinsurance (\$)</i>
2001	792	198	396	99
2002	812	203	406	101.5
2003	840	210	420	105
2004	876	219	438	109.5
2005	912	228	456	114

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2005.

Annual Part B Deductible

- \$114.00 a day in a SNF for days 21-100 in each benefit period
- Premium per month:
 - \$375.00 for those who must pay a premium
 - \$412.50 for those who must pay both a premium and a 10 percent increase
 - \$206.00 for those who have 30-39 quarters of coverage
 - \$226.60 for those with 30-39 quarters of coverage who must pay a 10 percent increase

Year 2005 Medicare Part B Deductible, Coinsurance, and Premium Amounts:

- Deductible: \$110.00 per year
- Coinsurance: 20 percent
- Premium per month: \$78.20

The following table compares Medicare Part A Deductible, Coinsurance, and Premium Amounts for Years 2001 through 2005:

Implementation

The implementation date for this instruction is January 3, 2005.

Cont. on next page

Deducible Anual - Parte B

Instrucciones Relacionadas

La Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 3121 (“Transmittal” 3), Nuevo Deducible Anual Parte B, se publicó el 12 de marzo de 2004. El CR 3121 actualizó el deducible del 2005 de la Parte B basado en la Sección 629 del “Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act”. La información del CR 3121 se incluye en el CR 3463. Por lo tanto, el CR 3463 reemplaza al CR 3121 para evitar consecuencias no intencionales que puedan resultar por implementar juntamente el CR 3463 y el CR 3121.

Información Adicional

El Capítulo 3 (“Deductibles, Coinsurance Amounts, and Payment Limitations”) del Manual General de Información, Elegibilidad y Autorización de Medicare (Pub. 100-01), se revisó. Las instrucciones actualizadas del manual están adjuntas a la instrucción oficial comunicada a su contratista/intermediario. Usted puede ver esa instrucción al ir a: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Desde esa página de la Red, busque el CR 3463 en la columna de CR NUM a la derecha y seleccione ese CR.

Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al 1-877-715-1921.

Annual Part B Deductible

Related Instructions

CR 3121 (Transmittal 3), “New Part B Annual Deductible,” was issued on March 12, 2004. CR 3121 updated the 2005 Part B deductible based on section 629 of the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act. The same information held in CR 3121 is being communicated in CR 3463.

Therefore, CR 3463 is replacing CR 3121 to prevent unintended consequences that may result from implementing both CR 3463 and CR 3121 together.

Additional Information

The Medicare General Information, Eligibility, and Entitlement Manual (Pub. 100-01), Chapter 3 (Deductibles, Coinsurance Amounts, and Payment Limitations) has been revised and the updated manual instructions are attached to the official instruction released to your carrier/intermediary. You may view that instruction by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that Web page, look for CR3463 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.

CR 3463/Transmittal 10/Pub. 100-01 MGIE&E/EMD/els

Proveedores fuera del Programa Medicare

PROVEEDORES QUE DECIDEN NO PERTENECER AL PROGRAMA MEDICARE

A continuación la lista de los Proveedores para Puerto Rico e Islas Vírgenes que decidieron no pertenecer al Programa Medicare desde el 30 de septiembre de 2004:

Opt-Out Providers from the Medicare Program

MEDICARE PROGRAM OPT-OUT PROVIDERS

Following are the Opt-Out Providers for Puerto Rico and the US Virgin Islands as of September 30, 2004:

PROVIDER NAME	PROVIDER ADDRESS	OPT-OUT PERIOD	
Puerto Rico			
Dr. Sharee A. Umpierre Catinch	Centro Europa Ste 718 Ave. Ponce De Leon 1492 San Juan, PR	10/1/2003	9/30/2005
Dr. Juan L. Romero Basso	Capital Center Ste 806 3 Ave Arterial Hostos Hato Rey, PR 00918	1/13/2003	1/12/2005
Dr. Flor Díaz	Cond. Plaza Del Condado Suite #6 Ave Condado #64 San Juan, PR 00907	1/1/2003	12/31/2004
Dr. Vicente Lopez Hidalgo	Cond. El Centro II Ste 606 500 Ave Muñoz Rivera San Juan, PR 00918	2/25/2003	2/24/2005
Dr. José M. Montañez	First Pine Center 1451 Ave Ashford San Juan, PR 00907	10/23/2003	10/22/2005
U.S. Virgin Islands			
Dr. James P. Clayton	6500 Red Hook Plaza Ste 205 St. Thomas, VI 00802	10/10/2003	10/9/2005
Dr. Thomas G. Anderson	Roy L. Schneider Hospital 9048 Sugar Estate St Thomas, VI 00802	4/15/2003	4/14/2005
Dr. Angela W. Lui	9150 Estate Thomas Ste A211 VI Med Foundation St Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2005
Dr. Brian Cheetham	9150 Estate Thomas Ste A211 VI Med Foundation St Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2005

Rev. 11/01/04/DG/SS

La Oficina del Inspector General (OIG) Alerta

OIG ALERTA SOBRE CARGOS ADICIONALES POR SERVICIOS CUBIERTOS

Tipo de Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores

Acción Necesaria del Proveedor

Los médicos, proveedores y suplidores participantes que consideren cobrarle a los pacientes de Medicare tarifas adicionales deben tener en mente que están sujetos a multas monetarias si solicitan pago por servicios ya cubiertos aparte del deducible y el coaseguro.

Trasfondo

El 31 de marzo de 2004 la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) emitió una alerta enfocada en los médicos que están cobrando dinero adicional por servicios cubiertos por Medicare. La alerta destaca que estos cargos adicionales más allá del coaseguro y el deducible de Medicare constituyen una violación a la asignación.

En la alerta OIG le acuerda a los médicos participantes del Programa Medicare las responsabilidades potenciales a que se expone por facturar a pacientes de Medicare por servicios ya cubiertos. Cobrar dinero adicional por servicios ya cubiertos es un abuso a la confianza de los pacientes de Medicare haciéndoles pagar nuevamente por servicios ya pagados por Medicare.

Los proveedores participantes de Medicare pueden cobrarle a los beneficiarios por servicios no cubiertos por Medicare. Además, pueden cobrarle a los beneficiarios cualquier deducible y coaseguro de Medicare sin violar los términos de los acuerdos de asignación.

Sin embargo, cuando los proveedores participantes solicitan pagos añadidos para servicios cubiertos de los pacientes de Medicare, ellos son responsables de grandes penalidades y de la exclusión del Programa

Office of the Inspector General (OIG) Alerts

OIG ALERT ABOUT CHARGING EXTRA FOR COVERED SERVICES

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers

Provider Action Needed

Participating physicians, suppliers, and providers who consider charging Medicare patients additional fees should be mindful that they are subject to civil money penalties if they request any payment for already covered services from Medicare patients other than the applicable deductible and coinsurance.

Background

On March 31, 2004, the Office of the Inspector General (OIG) issued an Alert that focused on physicians charging extra for services covered by Medicare. The Alert noted that these extra contractual charges beyond Medicare's deductible and coinsurance constituted a potential assignment violation.

In the Alert, the OIG reminded Medicare participating physicians of the potential liabilities posed by billing Medicare patients for services that are already covered by Medicare. Charging extra fees for already covered services abuses the trust of Medicare patients by making them pay again for services already paid for by Medicare.

Medicare participating providers can charge Medicare beneficiaries extra for items and services that are not covered by Medicare. In addition, participating providers may charge beneficiaries for any Medicare deductibles and coinsurance without violating the terms of their assignment agreements.

However, when participating providers request added payment for covered services from Medicare patients, they are liable for substantial penalties and exclusion from

Cont. on next page

La Oficina del Inspector General (OIG) Alerta

Medicare y otros programas federales de salud. Los servicios especiales para los pagos añadidos se conocen por distintos nombres y pueden incluir “conciERGE care,” “boutique medicine,” “retainer practice,” o “platinum practice.”

Por ejemplo, OIG recientemente informó el caso de un médico que violó su acuerdo de asignación cuando ofreció a sus pacientes, incluyendo beneficiarios de Medicare, un “contrato personal de cuidado médico” que requiere un pago anual de \$600. El médico calificó los servicios que se proveerán bajo el contrato como “no cubiertos” por Medicare y los servicios ofrecidos bajo este contrato incluyen lo siguiente:

- Coordinación de cuidado con otros proveedores;
- Una evaluación completa y un plan de salud; y
- Tiempo adicional utilizado en el cuidado del paciente

OIG declaró que, basado en los hechos y las circunstancias específicas de este caso, al menos algunos de estos servicios contratados se cubrieron y reembolsaron por Medicare. Por lo tanto, OIG informó que cada contrato presentado a este médico de pacientes de Medicare constituyó una solicitud de pago por servicios ya cubiertos aparte del deducible y el coaseguro y, por lo tanto, fue una violación del acuerdo de asignación del médico. Para solucionar estas alegaciones el médico estuvo de acuerdo en pagarle a OIG y en no ofrecer estos contratos a sus pacientes.

Los médicos participantes, proveedores y suplidores que consideren cobrarle a los pacientes de Medicare tarifas adicionales deben tener en mente que están sujetos a multas monetarias si solicitan pago por servicios ya cubiertos a pacientes de Medicare aparte del deducible y el coaseguro que aplica.

Office of the Inspector General (OIG) Alerts

Medicare and other Federal health care programs. The special services for added payment are known by various names and may include “conciERGE care,” “boutique medicine,” “retainer practice,” or “platinum practice.”

For example, the OIG recently alleged that a physician violated his assignment agreement when he offered his patients, including Medicare beneficiaries, a “Personal Health Care Medical Care Contract” that required payment of an annual \$600 fee. The physician characterized the services to be provided under the contract as “not covered” by Medicare, and the services offered under this contract included:

- *Coordination of care with other providers;*
- *A comprehensive assessment and plan for optimum health; and*
- *Extra time spent on patient care.*

The OIG alleged that based on the specific facts and circumstances of this case, at least some of these contracted services were already covered and reimbursable by Medicare. Therefore, OIG alleged that each contract presented to this physician’s Medicare patients constituted a request for payment for already covered services, other than the coinsurance and deductible, and was therefore a violation of the physician’s assignment agreement. To resolve these allegations, the physician agreed to pay a settlement amount to the OIG, and to stop offering these contracts to his patients.

Participating physicians, suppliers, and providers who consider charging Medicare patients additional fees are reminded that they are subject to civil money penalties if they request any payment for already covered services from Medicare patients other than the applicable deductible and coinsurance.

Cont. on next page

La Oficina del Inspector General (OIG) Alerta

Observe que un proveedor participante es un proveedor de servicios cubiertos por Medicare el cual está de acuerdo en aceptar el cargo aprobado por Medicare para todos los servicios cubiertos para los pacientes de Medicare. Un proveedor participante “acepta la asignación” para todos los servicios pagaderos a Medicare.

Observe, además, que los proveedores no participantes pueden también estar sujetos a multas y a la exclusión por cobrarle a los beneficiarios servicios ya pagados. Esto es correcto si el proveedor acepta la asignación para un servicio determinado en cuyo caso el cargo del proveedor se limita al “cargo límite”.

Instrucciones Relacionadas

La página electrónica de “*The Physicians Information Resource for Medicare*” es extensa e incluye información sobre *Medicare Participation, Participating Physician Directory, Policies and Regulations, including the CMS Quarterly Provider Update, Medicare Coverage Issues Manual, Medicare National Determination Manual, Physician Fee Schedule, Practicing Physician Advisory Council, Medicare Learning Network* y mucho más. Puede acceder esta página electrónica en: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/>.

Publicación Adicional

Puede encontrar la alerta de OIG del 31 de marzo de 2004 titulada [OIG Alerta Sobre Cargos Adicionales por Servicios Cubiertos](http://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/2004/FA033104AssignViolationI.pdf) en la siguiente dirección electrónica: <http://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/2004/FA033104AssignViolationI.pdf>.

Office of the Inspector General (OIG) Alerts

Note that a participating provider is a provider of Medicare covered items and services who agrees to accept the Medicare-approved charge for all covered services to Medicare patients. A participating provider “accepts assignment” for all Medicare-payable services.

Also note that non-participating providers may also be subject to penalties and exclusion for overcharging beneficiaries for covered services. This is true whether the provider accepts assignment for a given service or not, in which case the provider’s charge is limited to the “limiting charge.”

Related Instructions

The Physicians Information Resource for Medicare website is extensive and includes information about Medicare Participation, Participating Physician Directory, Policies and Regulations, including the CMS Quarterly Provider Update, Medicare Coverage Issues Manual, Medicare National Determination Manual, Physician Fee Schedule, Practicing Physician Advisory Council, Medicare Learning Network, and much more. This website can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/>

Additional Information

The OIG Alert, dated March 31, 2004 and titled “OIG Alerts Physicians About Added Charges for Covered Services,” can be found at the following website: <http://oig.hhs.gov/fraud/docs/alertsandbulletins/2004/FA033104AssignViolationI.pdf>

SE-0421

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 RECORDATORIO

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

2005 Fee Schedule

MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE FOR 2005 IN CD-ROM REMINDER

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

- Recibir información adicional de reclamaciones y facturación sin conectarse a la Red (“Internet”).

¿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

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

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.

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. 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.

Recursos de Información y Educación para Proveedores

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LOS PROVEEDORES, SUPLIDORES Y MÉDICOS DE MEDICARE

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo es únicamente para información. La intención es avisarle a los médicos y otros proveedores de Medicare acerca de los recursos de información y de educación que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) desarrollaron para ayudarles con las necesidades de su negocio para cumplir con los requisitos de Medicare.

Trasfondo

Una de las metas de CMS es darle a los 1.2 millones de médicos y otros proveedores de Medicare la información que ellos necesitan para entender el programa, conocer sobre los cambios al programa y que facturen correctamente. Al hacer los recursos de información y educación fácilmente accesibles, comprensibles y tan oportunos como sea posible, los médicos y otros proveedores podrán someter reclamaciones correctamente la primera vez, recibir los reembolsos más rápidamente y pasarán menos tiempo manejando el papeleo. Todo esto puede resultar en mayor tiempo para dedicar al cuidado del paciente. CMS está comprometido con cumplir este objetivo al ofrecerle a médicos y otros proveedores de Medicare una variedad de productos educativos y servicios; y, al utilizar varios sistemas de distribución de información alcanzar lo más adecuadamente posible a un público más amplio.

Enfoque de Información y de Alcance al Proveedor

CMS confía en los esfuerzos cooperativos de sus contratistas de Medicare, Oficinas Regionales y en el personal de comunicaciones a los proveedores de la Oficina Central para llevar información con fluidez y de alcance a médicos y otros proveedores de Medicare.

Information and Education Resources for Providers

INFORMATION AND EDUCATION RESOURCES FOR MEDICARE PROVIDERS, SUPPLIERS, AND PHYSICIANS

Provider Types Affected

All Medicare physicians, providers, and suppliers

Provider Action Needed

This article is informational only and is intended to notify Medicare physicians and other providers about the information and education resources that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) have developed to help meet their Medicare business needs.

Background

One of the goals of CMS is to give Medicare's 1.2 million physicians and other providers the information they need to understand the program, be aware of changes, and bill correctly. By making information and education resources easily accessible, understandable, and as timely as possible, physicians and other providers will be better able to submit bills correctly the first time, receive reimbursements more quickly, and spend less time dealing with paperwork. All of this can result in more time to spend on patient care.

We are committed to accomplishing this goal by offering Medicare physicians and other providers a variety of educational products and services and using various information delivery systems to reach the broadest and most appropriate audiences possible.

Three-Pronged Provider Information and Outreach Approach

CMS relies on the cooperative efforts of its Medicare contractors, Regional Offices, and Central Office provider communications staff to deliver a seamless information and outreach approach to Medicare physicians and other providers.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

1. Contratistas de Medicare

Los contratistas de Medicare, conocidos también como intermediarios fiscales y contratistas, sirven como el primer punto de contacto para la mayoría de los médicos y otros proveedores de Medicare. Estos contratistas proveen líneas telefónicas libre de cargos para preguntas, llevan a cabo actividades de alcance y educación y a menudo interactúan con asociaciones profesionales locales. Sus actividades de alcance y educación incluyen seminarios en persona, boletines informativos, comunicados, conferenciantes y la diseminación rápida de información oportuna a través de sitios Web y listas electrónicas de servicio a proveedores específicos (“listservs”).

Si tiene preguntas sobre el Programa Medicare, usted debe ponerse en contacto con su contratista primero. Puede llamar al 1-877-715-1921.

2. Oficinas Regionales de CMS

El personal de las Oficinas Regionales supervisa a los contratistas de Medicare y juegan un papel clave en resolver asuntos que médicos y otros proveedores no consiguen resolver. Nuestras Oficinas Regionales están activas con las comunidades de médicos y otros proveedores en el ámbito nacional y local mediante sus relaciones con asociaciones nacionales y locales, los grandes agentes de facturación y a través de sus actividades de alcance. Algunas de estas actividades incluye: ser anfitriones de reuniones orientadas al proveedor y proveer oradores en conferencias profesionales.

Las Oficinas Regionales de CMS están localizadas en varios estados alrededor de la nación. Usted puede encontrar información sobre su contacto en: <http://www.cms.hhs.gov/about/regions/professionals.asp>

Information and Education Resources for Providers

1. Medicare Contractors

Medicare contractors, also called fiscal intermediaries and carriers, serve as the primary point of contact for most Medicare physicians and other providers. These contractors provide toll-free telephone lines for inquiries, conduct outreach and education, and often interact with local professional associations. Their outreach and education activities include in-person seminars, bulletins and newsletters, speaker appearances, and quick dissemination of timely information via web sites and provider-specific electronic listservs (mailing lists).

If you have questions about the Medicare Program, you should first get in touch with your carrier at 1-877-715-1921.

2. CMS Regional Offices

Staff at CMS' Regional Offices provide oversight of Medicare contractors and play a key role in resolving issues that physicians and other providers cannot get resolved. Our Regional Offices are active with the physician and other provider communities at State and local levels through their relationships with State and local associations and big billers, and through outreach activities such as hosting provider-oriented meetings and furnishing speakers at professional conferences.

CMS Regional Offices are located at various locations around the country. You can find their contact information at: <http://www.cms.hhs.gov/about/regions/professionals.asp>

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

3. Oficina Central de CMS en Baltimore, Maryland

El personal de Comunicaciones de la Oficina Central de CMS trabaja estrechamente con el personal del contratista de Medicare y de la Oficina Regional para asegurar que información y recursos coordinados de Medicare estén disponibles para todos los médicos y otros proveedores. Las prioridades primordiales de las actividades de educación y alcance de la Oficina Central de CMS dirigidas a las asociaciones nacionales son: uniformidad y conveniencia. Dados los horarios ajetrechos de los profesionales del cuidado médico de hoy, la mayoría de nuestras iniciativas actuales proponen fomentar un ambiente de autoservicio de manera que los médicos y otros proveedores puedan acceder información y educación 24 horas al día, 7 días de la semana. Como resultado, incrementamos significativamente el uso de la Red como una herramienta clave para el mejoramiento continuo del servicio al cliente.

Nuestros esfuerzos han resultado en una variedad de productos y servicios, tales como:

- **Artículos de “Medlearn Matters”** ~ Una de las mejores fuentes para la más reciente información de Medicare es “Medlearn Matters...Información para Proveedores de Medicare” artículos nacionales los cuales están disponibles en <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>. Estos artículos se diseñan para darle a los médicos y otros proveedores; y a su personal, información fácil de comprender relacionada con las nuevas reglas y políticas de Medicare o las modificaciones a las mismas. Los artículos se escriben en consulta con clínicos y expertos en facturación y se enfocan en cómo los cambios a las reglas y políticas de Medicare afectan las funciones de negocio del médico y otros proveedores. En el sitio Web de “Medlearn

Information and Education Resources for Providers

3. CMS Central Office in Baltimore, Maryland

The provider communications staff at the CMS Central Office work closely with both Medicare contractor and Regional Office staff to ensure that consistent and coordinated Medicare information and resources are available to all physicians and other providers. Education and outreach activities from the CMS Central Office are generally targeted to national associations with consistency and timeliness as our top priorities. Given the hectic schedules of today's health care professionals, most of our current initiatives are aimed at fostering a “self-service” environment so that physicians and other providers can access information and education 24 hours a day, 7 days a week. As a result, we have significantly increased the use of the Internet as a key tool for continuous-improvement customer service.

Our efforts have resulted in a variety of products and services, such as:

- **Medlearn Matters Articles** ~ One of the best sources for the latest Medicare information is “Medlearn Matters... Information for Medicare Providers” national articles, which are available at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>. These articles are designed to give physicians and other providers and their staff easy to understand information related to new and recently changed Medicare rules and policies. The articles are written in consultation with clinicians and billing experts and focus on how these changes affect physician and other provider business functions. On the Medlearn Matters Web page, you'll find a searchable table for easy access to each article and its corresponding Program instructions, if applicable. You can join the Medlearn Matters listserv to receive electronic

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Matters” usted encontrará una tabla en la que puede buscar con facilidad cada artículo y las instrucciones correspondientes al Programa, si aplica. Usted puede unirse a la lista electrónica de servicio (“listserv”) de “Medlearn Matters” para recibir notificación electrónica cuando se publican nuevos artículos. Los contratistas de Medicare también publican los artículos de “Medlearn Matters” en sus boletines y en sus sitios Web. Esta iniciativa de la Oficina Central sirve para realzar y apoyar los esfuerzos de los contratistas locales en la educación al proveedor al promover la disponibilidad de los nacionalmente uniformes materiales educativos.

- **Red de Aprendizaje de Medicare** (“Medicare Learning Network” (MLN, por sus siglas en inglés) ~ Los artículos de “Medlearn Matters” que se encuentran en la Red de Aprendizaje de Medicare son parte de un inventario más amplio de productos educativos para el médico y otros proveedores. La Red de Aprendizaje de Medicare es el nombre de marca para los productos educativos oficiales de CMS para los médicos y otros proveedores y se diseñó para promover la uniformidad nacional de la información desarrollada por iniciativas de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). La gama de productos comprende desde cursos de adiestramiento basados en el Web, guías de adiestramiento comprensivo, folletos, y hojas de datos para CD-ROMs y videos. Todos los productos de la MLN son gratuitos y pueden encargarse o transferirse los datos a un disco desde el sitio Web de “Medlearn” en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn>; del cual también se puede fácilmente acceder a otros recursos tales como guías educativas Web, listas electrónicas de servicio (“listservs”) y páginas específicas del sitio Web para el proveedor. Coteje a menudo la dirección electrónica para los más recientes productos, recursos y enlaces orientados al proveedor.

Information and Education Resources for Providers

notification when new articles are released. Medicare contractors also publish Medlearn Matters articles in their bulletins and on their web sites. This Central Office initiative serves to enhance and support contractors’ local provider education efforts by promoting the availability of nationally consistent educational materials.

- **Medicare Learning Network** ~ *The Medlearn Matters articles are part of a broader inventory of physician and other provider educational products found under the Medicare Learning Network. The Medicare Learning Network is the brand name for official CMS physician and other provider educational products and is designed to promote national consistency of Medicare provider information developed for CMS initiatives. Products range from web-based training courses, comprehensive training guides, brochures, and fact sheets to CD-ROMs and videos. All MLN products are free of charge and can be ordered or downloaded from the Medlearn Web page located at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn>, which also gives easy access to other resources such as educational web guides, electronic listservs, and provider-specific web pages. Check back often for the latest products, resources, and provider-oriented links.*
- **CMS Provider Web Pages** ~ *CMS has designed provider-specific web pages to assist individual physician and other provider types in obtaining information relevant to them more quickly. These web pages are a customized, one-stop web-based resource for the provider, supplier, and physician audience that also includes highlights on items such as new regulations and hot topics, links to general information on enrollment, billing,*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- **Páginas Electrónicas de CMS para el Proveedor** ~ CMS diseñó páginas específicas en sitios Web para ayudar individualmente al médico y otros proveedores a obtener información relevante más rápidamente. Estos sitios Web están hechos a la medida y son una única estación basada en el recurso Web para el público proveedor, suplidor y médico. También incluyen los puntos más culminantes en artículos tales como nuevas regulaciones y temas de última hora, enlaces a información general sobre la contratación, facturación, requisitos de participación, publicaciones, educación, datos y estadísticas y enlaces para información de “especialidad”. Por ejemplo, el sitio Web de Medicare para el Médico en <http://www.cms.hhs.gov/physicians> incluye enlaces a otros sitios Web, tales como: Herramienta de Búsqueda del Manual de Tarifas Fijas de Médicos de Medicare, Iniciativa Nacional de Codificación Correcta, Junta Consultiva de Médicos en Práctica Activa, Equipo de Médicos Especializados en Asuntos Reglamentarios, Base de Datos de Cubiertas de Medicare y el Manual Electrónico de CMS. También tenemos sitios Web de Especialidades Médicas donde añadiremos continuamente enlaces de interés particular para las diferentes especialidades médicas. El primer sitio Web de Especialidad Médica, Información de Medicare para Anestesiólogos está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/physicians/anesthesiologist/default.asp>.
- Desde el Portal de CMS en <http://www.cms.hhs.gov>, usted puede acceder y seleccionar otras páginas de médicos y proveedores del menú de “Professionals”. Usted también puede ver una lista completa de sitios Web de proveedores y suplidores al marcar en: <http://www.cms.hhs.gov/providers> o <http://www.cms.hhs.gov/suppliers>. Todas las páginas tienen una sección de comentarios para que usted someta sugerencias electrónicamente. Estamos siempre añadiendo nuevas páginas, así que, coteje el sitio a menudo.

Information and Education Resources for Providers

conditions of participation, publications, education, data, and statistics, and links to “specialty” information. For example, the Medicare Physician Web Page at <http://www.cms.hhs.gov/physicians> includes links to the Medicare Physician Fee Schedule Look-Up Tool, National Correct Coding Initiative edits, Practicing Physicians Advisory Council, Physicians Regulatory Issues Team, Medicare Coverage Database, and the CMS Online Manual. We also have Specialty Physician Web Pages where we will continue to add links of special interest to physician specialties. The first Specialty Physician Web Page, “Medicare Information for Anesthesiologists,” is available at <http://www.cms.hhs.gov/physicians/anesthesiologist/default.asp>

- From the CMS Home Page at <http://www.cms.hhs.gov>, you can access select physician and other provider pages from the “Professionals” drop-down menu. You can also see a complete listing of available provider and supplier web pages by clicking on <http://www.cms.hhs.gov/providers> or <http://www.cms.hhs.gov/suppliers>. All pages have a comment section for you to electronically submit suggestions. We are always adding new pages, so check the site often.
- **Other Popular Provider Web Pages** ~ In addition to the pages mentioned above, other frequently visited pages include the CMS Online Manual System at <http://www.cms.hhs.gov/manuals>; the CMS Quarterly Provider Update at <http://www.cms.hhs.gov/providerupdate>, which gives a listing of regulations and major policies currently under development during the quarter, regulations and major policies completed or cancelled, and new or revised manual instructions; the Medicare Coverage

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- **Otros sitios Web muy común con los Proveedores** ~ Además de las páginas ya mencionadas, otras páginas visitadas frecuentemente incluyen el sistema del Manual Electrónico de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/manuals>; la Actualización Trimestral para el Proveedor (“Quarterly Provider Update”) en <http://www.cms.hhs.gov/providerupdate>, la cual enumera las regulaciones y políticas más notables bajo desarrollo durante el trimestre actual, regulaciones y políticas más notables completadas o canceladas, nuevas o revisadas e instrucciones del manual; el Portal de Cubiertas de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/coverage>, el cual incluye información completa sobre cubiertas y enlaces a la Base de Datos de Cubiertas de Medicare, las preguntas más frecuentes y listas de “¿Qué es lo Nuevo?”.
- **Mensaje de “Listserv”** ~ CMS tiene un número de “listservs” que difunden noticias y recordatorios importantes de Medicare a los suscriptores. Por ejemplo, los “listservs” se establecieron para la mayoría de los sitios Web específicos de proveedores. Así como también para las actualizaciones de la “Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003”, la Red de Aprendizaje de Medicare, y la Actualización Trimestral para el Proveedor. Para ver y suscribirse a uno de estos “listserv”, por favor, visite <http://www.cms.hhs.gov/maillinglists>.
- **Foro de Puertas Abiertas (“Open Door Forums”)** ~ CMS está muy interesado en oír de y en interactuar con los médicos y otros proveedores que prestan un cuidado médico de calidad a los beneficiarios de nuestro país. Continuamos enfatizando nuestra receptividad llevando a cabo una serie continua de Foros de Puertas Abiertas que proveen un ambiente para un diálogo interactivo. Altos oficiales de la Agencia presiden los foros y los co-presiden los oficiales de la Oficina Regional de CMS. Para más información, por favor, visite <http://www.cms.hhs.gov/opendoor>.

Information and Education Resources for Providers

Homepage at <http://www.cms.hhs.gov/coverage>, which contains complete coverage information including links to CMS coverage databases, frequently asked questions, and “What’s New” lists.

- **Listserv Messages** ~ CMS has a number of listservs that transmit important Medicare notices and reminders to subscribers. For example, listservs have been established for most provider-specific web pages as well as for updates on the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003, the Medicare Learning Network, and the Quarterly Provider Update. To view and subscribe to one or more listserv, please visit <http://www.cms.hhs.gov/maillinglists>.
- **Open Door Forums** ~ CMS is very interested in hearing from and interacting with the physicians and other providers who deliver quality health care to our nation’s beneficiaries. We continue to emphasize our responsiveness through an ongoing series of Open Door Forums that provide an environment for interactive dialogue. Forums are chaired by senior-level Agency officials and co-chaired by CMS Regional Office officials. For more information, please visit <http://www.cms.hhs.gov/opendoor>.
- **Exhibit Program** ~ CMS hosts exhibit booths at provider, supplier, and physician association meetings. The CMS Exhibit Program provides an excellent opportunity for CMS Central and Regional Office staff to have direct contact with the Medicare provider, supplier, and physician community to listen to issues, concerns, and challenges and to share

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- **Programa de Exhibidores “Exhibit Program”** ~ CMS patrocina exhibidores en las reuniones de asociaciones de proveedores, suplidores y médicos. El Programa de Exhibidores de CMS provee una oportunidad excelente para el personal de la sede de CMS y de la Oficina Regional de tener contacto directo con el proveedor, suplidor y la comunidad médica de Medicare para escuchar asuntos, inquietudes, debates y para compartir información oportuna y relevante. Si le interesa tener un exhibidor de CMS en su conferencia nacional, por favor, contacte a David Clark en: dclark@cms.hhs.gov.

Opiniones del Médico y Otros Proveedores

Aunque tratamos lo mejor que podemos de ser receptivos a las necesidades educativas e informativas de las comunidades de médicos y otros proveedores de Medicare, no podemos hacerlo solos. Su opinión en la efectividad y utilidad de nuestros recursos educativos es muy importante para nosotros, ya que nos ayuda a asegurar que “lo estamos haciendo bien”. Por favor, envíe sus comentarios o sugerencias en <http://www.cms.hhs.gov/providers>, seleccione la plantilla azul localizada en la parte superior de la página. También hay un enlace de opinión/reacción en el sitio Web “Medlearn” para sus sugerencias e ideas para productos educativos nuevos en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/suggestform.asp>. Esperamos sus comentarios.

Information and Education Resources for Providers

timely and relevant information. If you are interested in having a CMS exhibit at your national conference, please contact David Clark at dclark@cms.hhs.gov.

Physician and Other Provider Feedback

Although we try our best to be responsive to the Medicare physician and other provider community’s education and information needs, we can’t do it alone. Your feedback on the effectiveness and usefulness of our educational resources is very important to us as it helps ensure that we are “getting it right.” Please submit your comments or suggestions at <http://www.cms.hhs.gov/providers> by selecting “Feedback” from the blue template located at the top of the page. There is also a feedback link on the Medlearn Web Pages for your suggestions on new educational products at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/suggestform.asp>. We look forward to hearing from you.

MM SE0454 /September 13, 2004/ELS

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

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 de Medicare. Sus programas pueden ser utilizados 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.

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	-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 787-590-3686, 787-793-0046 Fax: 787-749-0552 air@puertorico.org	004010X098A1	9/15/2003

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date of HIPAA Tests
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	WebMD Envoy 26 Century Blvd. Nashville, TN 37214 877-469-3263 Contact: Lucy Savino LSavino@webmd.net	004010X098	6/30/2003
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5)	-Visit/Consultation -UPIN Data -Physical Therapy -Emergency procedures -Radiology Services -Anesthesia Procedures -Laboratory Services -Mammography Procedures	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
Lamars Computerized Services (Control Total, Versión HIPAA)	-Laboratory Procedure -UPIN	Urb. La Cumbre 9 Kennedy St. Río 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 -Anestesia -UPIN	PO Box 270030 San Juan, PR 00927-0030 787-781-9868 hcspr@att.net http://www.hcspr.com	004010X098A1	10/15/2003

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date of HIPAA Tests
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 servicioalcliente@inmediata.com www.inmediata.com	004010X098A1	2/6/2004
Healthcare Automation Services, Inc. (OMS 5.1)	-Visit/Consultation -UPIN -Physical Therapy -Podiatry	140 South Long Beach Avenue Ste 100, Freeport, NY 11520 (516) 868-9777 Fax (516) 868-9060, hcaincny@yahoo.com	004010X098A1	7/29/2004
Healthcare Informatics Partners (Medical Receivables v. A10d)	-Radiology Services -UPIN -Visit/Consultation -Cardiology Services	Condominio San Alberto 605 Ave. Condado, Suite 611 San Juan PR 00907-3811 787-721-0391 FAX 787-721-0417 aperez@firstpointpr.com	004010X098A1	08/11/2004
Schuyler House (SchuyLab 2.2.16)	-Laboratory Services	1390 Boone Industrial Drive Ste 115 Columbia, Mo; 1-888-724-8952, 573-499-1993 ext. 7101, FAX 573-499-1983 sherri@schuylerhouse.com http://www.schuylerhouse.com	004010X098A1	09/24/2004
McKesson Transactions Solutions Hub	-Visit/Consultation -UPIN -Ophthalmological Services	One Dubuque Building, Suite 500, Dubuque, Iowa 52001 Main Fax Line (563-557-3334) 800-527-8133 marvjo.vrotsos@mckesson.com	004010X098A1	10/05/2004
Thoroughbred Software International, Inc. (RAMS Software v8.4.1)	-Visit/Consultation -Cardiology Services -Home Health Services	285 Davidson Ave, Suite 302 Somerset, NJ 08873 (732) 560-1377 Fax (732) 560-1594 tbred@tbred.com	004010X098A1	10/13/2004

Updated: October 29, 2004/VV-Systems Dept.

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE ESTATUS DE RECLAMACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD Y CÓDIGOS DE CATEGORÍA DE ESTATUS DE RECLAMACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD PARA USAR CON LA SOLICITUD Y RESPUESTA DE STATUS DE RECLAMACIÓN; ASC X12N 276/277

Tipo de Proveedor Afectado

Todos los proveedores

Acción Necesaria del Proveedor

La Ley HIPAA requiere que todos los pagadores usen la categoría de códigos que aplican a las reclamaciones del cuidado de la salud y los códigos de estatus de reclamaciones del cuidado de la salud.

Qué Necesita Saber

Los contratistas e intermediarios de Medicare deben actualizar periódicamente su sistema de reclamaciones con la más reciente categoría de códigos para reclamaciones de cuidado de la salud para utilizarla con la Solicitud y Respuesta de Status de Reclamación ASC X12N 276/277.

Qué Necesita Hacer

Los proveedores necesitarán conocer los nuevos códigos que pueden aparecer en su respuesta a una petición de estatus de reclamaciones.

Trasfondo

Los contratistas e intermediarios de Medicare deben actualizar periódicamente su sistema de reclamaciones con la más reciente categoría de códigos para reclamaciones de cuidado de la salud para utilizarla con la Solicitud y Respuesta de Status de Reclamación ASC X12N 276/277. Bajo la Ley HIPAA, todos los pagadores deben usar los códigos de categoría de estatus de

UPDATE OF HEALTH CARE CLAIMS STATUS CODES AND HEALTH CARE CLAIMS STATUS CATEGORY CODES FOR USE WITH THE HEALTH CARE CLAIM STATUS REQUEST AND RESPONSE ASC X12N 276/277

Provider Types Affected

All providers

Provider Action Needed

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires all payers to use the applicable health care claims status category codes and health care claim status codes.

What You Need to Know

Medicare carriers and intermediaries must periodically update their claims system with the most current health care claims status category codes and health care claim status codes for use with the Health Care Claim Status Request and Response ASC X12N 276/277.

What You Need to Do

Providers will need to be aware of the new codes that may appear on their response to a claims status inquiry.

Background

Medicare carriers and intermediaries must periodically update their claims system with the most current health care claims status category codes and health care claim status codes for use with the Health Care Claim Status Request and Response ASC X12N

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

reclamaciones de cuidado de salud y los códigos de estatus de reclamaciones de cuidado de salud aprobados por el Comité de Mantenimiento de Códigos del Cuidado de la Salud.

En cada reunión trimestral de X12 (generalmente celebrada en febrero, junio y octubre) el Comité puede actualizar las categorías de estatus de código de reclamaciones y códigos de estatus de reclamaciones de cuidado de la salud. Hay datos específicos incluidos en la lista de códigos, como la fecha en que el código se añadió, cambió o eliminó.

De acuerdo a la Ley HIPAA (1996), los planes de salud deben ser capaces de conducir las transacciones electrónicas mencionadas en la regulación. La mencionada transacción de HIPAA para estatus de reclamaciones es la Solicitud y Respuesta de Status de Reclamación ASC X12N 276/277 4010A1. Los conjuntos de códigos para usar con el 276/277 son los de categoría de estatus de reclamaciones de cuidado de la salud y los códigos de estatus de reclamaciones del cuidado de la salud.

Por instrucciones previas ya los contratistas de Medicare están utilizando estos conjuntos de códigos. Sin embargo, recientemente se han realizado algunos códigos nuevos y han surgido cambios en códigos con la designación "new as of 2/04." Los contratistas e intermediarios de Medicare comenzarán a utilizar el código "new as of 2/04" el 3 de enero de 2005.

Información Adicional

Los códigos de estatus de reclamaciones se utilizan en la Notificación de Status de la Reclamación (277) con transacción en la STC01-2, STC10-2 y STC11-2 elementos compuestos). Estos indican el estatus general notificado en los códigos de estatus de reclamaciones sometidas en STC01-1, STC10-1 y STC11-1.

Los códigos de estatus de reclamaciones ofrecen información sobre el estatus de una reclamación. Ej. Si la reclamación se recibió, está pendiente o se pagó.

276/277. Under HIPAA, all payers must use health care claims status category codes and health care claim status codes approved by the Health Care Code Maintenance Committee.

At each X12 trimester meeting (generally held in the months of February, June and October) the Committee may update the claims status category codes and health care claim status codes. Included in the code list are specific details, such as the date a code was added, changed, or deleted.

Per HIPAA (1996), health plans must be able to conduct the standard electronic transactions mentioned in the regulation. The named HIPAA transaction for claims status is the ASC X12N 276/277 4010A1 Health Care Claim Status Request and Response. The code sets for use with the 276/277 are the Health Care Claims Status Category Codes and Health Care Claim Status Codes.

Medicare contractors are already using these code sets because of prior instructions. However, recently some new codes and code changes were made with the designation "new as of 2/04." Medicare carriers and intermediaries will start using the "new as of 2/04" codes as of January 3, 2005.

Additional Information

Claims Status codes are used in the Health Care Claim Status Notification (277) transaction in the STC01-2, STC10-2 and STC11-2 composite elements. They indicate the detail about the general status communicated in the Claims Status Category Codes carried in STC01-1, STC10-1 and STC11-1.

Claims status codes communicate information about the status of a claim, i.e., whether it's been received, pending, or paid.

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Para usuarios nuevos de la transacción de estatus de reclamación, favor de revisar la guía de implantación del 276/277 para utilizar los códigos de estatus de reclamaciones.

La transacción de estatus de reclamación no se utiliza como transacción financiera.

Las categorías de los códigos de estatus de reclamaciones se utilizan en la Notificación de Status 11277 con transacción en la STC01-1, STC10-1 y STC11-1. Estos indican la categoría general del estatus (aceptado, rechazado, información adicional solicitada, etc.), el cual luego se detalla en los códigos de estatus de reclamaciones sometidas en STC01-2, STC10-2 y STC11-2.

Los conjuntos de códigos para utilizar con el 276/277 son los códigos de categoría de estatus de reclamaciones de cuidado de la salud y los puede encontrar en: <http://www.wpc-edi.com/codes/codes.asp>.

Para el 3 de enero de 2005 los contratistas e intermediarios de Medicare deben tener todos los cambios de códigos y los nuevos códigos que están montados en la página electrónica con la designación "new as of 2/04" y fechas anteriores disponibles para utilizar en producción.

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

Desde esta página puede ver el CR-3361 en la columna CR NUM.

For users who are new to the Claim Status transaction, please review the 276/277 Implementation Guide for using claim status codes.

The Claim Status transaction is not used as a financial transaction.

Claim Status Category codes are used in the Health Care Claim Status Notification (277) transaction in the STC01-1, STC10-1 and STC11-1 composite elements. They indicate the general category of the status (accepted, rejected, additional information requested, etc.), which is then further detailed in the Claim Status Codes carried in STC01-2, STC10-2 and STC11-2.

The code sets for use with the 276/277 are the Health Care Claims Status Category Codes and Health Care Claim Status Codes found at: <http://www.wpc-edi.com/codes/codes.asp>

By January 3, 2005, Medicare carriers and intermediaries must have all applicable code changes and new codes that are posted on the web site with the "new as of 2/04" designation and prior dates available for use in production.

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 3361 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

CR-3361

Política Médica

REVISIÓN DE REQUISITOS PARA LA FACTURACIÓN DE TRATAMIENTO ACTIVO/CORRECTIVO Y TERAPIA DE MANTENIMIENTO DEL QUIROPRÁCTICO, REEMPLAZO TOTAL DE LA PETICIÓN DE CAMBIO (CR) 3063

NOTA: ESTE ARTÍCULO REEMPLAZA COMPLETAMENTE EL ARTÍCULO QUE SE PUBLICÓ EL 8 DE SEPTIEMBRE PARA ACLARAR CIERTO LENGUAJE CON RESPECTO A DENEGACIONES.

Proveedores Afectados

Quiropráctico

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los quiroprácticos someten un índice muy alto de reclamaciones incorrectas a Medicare. Medicare sólo paga por servicios quiroprácticos para el tratamiento activo/correctivo (aquellos que utilizan los códigos HCPCS 98940, 98941, o 98942). Las reclamaciones por servicios médicamente necesarios que se presten del 1 de octubre de 2004 en adelante deben incluir el modificador de Tratamiento Agudo (AT, por sus siglas en inglés) o la reclamación se denegará.

Lo Que Necesita Saber

Este artículo reemplaza completamente el artículo sobre el mismo tema de "Medlearn Matters" 3063. A partir del 1 de octubre de 2004 en adelante, cuando usted provea tratamiento activo/correctivo agudo o crónico a pacientes de Medicare, debe añadir el modificador AT a toda reclamación que incluya los códigos HCPCS 98940, 98941, o 98942. Si usted no añade este modificador, su cuidado se considerará terapia de mantenimiento y se denegará la reclamación porque la terapia quiropráctica de mantenimiento no se considera médicamente razonable y necesaria bajo el Programa Medicare.

Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese de que su personal de facturación conozca que deben añadir el modificador AT a

Medical Policy

REVISED REQUIREMENTS FOR CHIROPRACTIC BILLING OF ACTIVE/CORRECTIVE TREATMENT AND MAINTENANCE THERAPY, FULL REPLACEMENT OF CR 3063

NOTE: THIS ARTICLE IS A FULL REPLACEMENT FOR THE ARTICLE RELEASED ON SEPTEMBER 8 TO CLARIFY CERTAIN LANGUAGE REGARDING DENIALS.

Provider Types Affected

Chiropractors.

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

This article completely replaces MM3063 on the same subject. 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 claim that uses 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 considered medically reasonable or necessary under Medicare.

What You Need to Do

Ensure that your billing staff is aware that they must apply the AT modifier to HCPCS codes

Cont. on next page

Política Médica

los códigos HCPCS 98940, 98941, o 98942 cuando su documentación clínica refleja que el cuidado provisto por usted a un paciente de Medicare consiste en tratamiento activo/correctivo. Además, su personal de facturación debe ser consciente de cualquier Determinación de Cubierto Local (LCD, por sus siglas en inglés) que pueda limitar la frecuencia o circunstancias bajo las cuales el tratamiento quiropráctico activo/correctivo puede pagarse.

Trasfondo

El “2003 Improper Medicare Fee-for-Service Payment Report” expuso que los quiroprácticos tienen la tasa de error de cumplimiento “Compliance Error Rate” más alta en Medicare al facturar incorrectamente casi un tercio del tiempo. El Capítulo 15, Sección 30.5 del Manual de Política de Beneficios de Medicare declara que el Programa Medicare no considera la terapia quiropráctica de mantenimiento como razonable o médicamente necesaria y no se paga bajo el Programa Medicare. Así que, para usted poder facturar correctamente a Medicare, usted necesita indicar cuáles de sus reclamaciones son por terapia activa/correctiva y cuáles son por terapia de mantenimiento. El modificador AT puede utilizarse para este propósito.

Por lo tanto, usted **debe** incluir el modificador AT en la reclamación cuando provea tratamiento activo/correctivo para tratar la subluxación aguda o crónica. Para los servicios que se ofrezcan del 1 de octubre de 2004 en adelante, todas las reclamaciones por terapia activa/correctiva (códigos HCPCS 98940, 98941, 98942) que no tengan el modificador AT se denegarán. Esto es debido a que, según se mencionó arriba, los servicios sin este modificador se considerarán terapia de mantenimiento (servicios que intentan prevenir la enfermedad, promover la salud, prolongar y realzar la calidad de vida o mantener o prevenir el deterioro de una condición crónica) y no se consideran razonables o médicamente necesarios bajo el Programa Medicare.

Como siempre, su contratista puede denegar su reclamación si es lo adecuado después de la revisión médica.

Medical Policy

98940, 98941, or 98942 when your clinical documentation reflects that the care you provided to a Medicare patient consists of active/corrective treatment. Additionally, your billing staff should be aware of any LCDs for these services in your area that might limit circumstances under which active/corrective chiropractic can be paid.

Background

The 2003 Improper Medicare FFS Payment report indicates that chiropractors have the highest provider Compliance Error Rate in Medicare, filing claims incorrectly almost one-third of the time. Chapter 15, Section 30.5 of the Medicare Benefits Policy Manual states that the Medicare program does not consider chiropractic maintenance therapy as medically reasonable or necessary, and is not payable under the Medicare program. So, for you to bill Medicare correctly, you need to indicate which of your claims are for active/corrective therapy and which are for maintenance therapy. A modifier (“AT”) already exists that can be used for this purpose.

*Therefore, you **must** place an AT modifier on a claim when providing active/corrective treatment to treat acute or chronic subluxation. 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. This is because, as mentioned above, services without this modifier will be considered maintenance therapy (services that seek to prevent disease, promote health, and prolong and enhance the quality of life; or maintain or prevent deterioration of a chronic condition) and are not considered medically reasonable or necessary under Medicare.*

As always, your Medicare contractor may deny your claim, if appropriate, after medical review.

Cont. on next page

Política Médica

Para los servicios de terapia de mantenimiento, usted podrá obtener del beneficiario una Notificación Anticipada al Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés). También podrá, según lo adecuado, utilizar el modificador GA (a utilizarse cuando desea indicar que Medicare denegará el servicio como no razonable y necesario, pero que usted tiene en el expediente una ABN firmada por el beneficiario) o el modificador GZ (a utilizarse cuando desea indicar que Medicare denegará el ítem o el servicio como no razonable y necesario y que usted no tiene una ABN firmada por el beneficiario).

Fechas Importantes

Fecha de vigencia: 1 de octubre de 2004

Implementación

4 de octubre de 2004

Instrucción Relacionada

Se incluyeron las revisiones al Capítulo 15 del Manual de Política de Beneficios de Medicare a la instrucción oficial enviada a su contratista. Puede encontrar la instrucción en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Una vez esté en dicha página electrónica, seleccione en la columna de "CR NUM" el CR3449 y marque ese archivo.

Usted también puede verificar cualquier Política Médica Local (LMRP, por sus siglas en inglés) o Determinación de Cubierta Local (LCD, por sus siglas en inglés) que sea pertinente en: <http://www.cms.hhs.gov/mcd>

Para más información acerca del uso del ABN, consulte el Manual Electrónico de los Centros de Servicios de Medicare ("Internet-Only Manual" (IOM)), Pub. 100-04, Capítulo 23, Sección 20.9.1.1. Usted puede acceder esta información en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c23.pdf

Información Adicional

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-877-715-1921.

Medical Policy

For services that are maintenance therapy, you may wish to obtain an Advance Beneficiary Notice (ABN) from the beneficiary and also apply the GA modifier (to be used when you want to indicate that you expect that Medicare will deny a service as not reasonable and necessary and that you do have on file an ABN signed by the beneficiary) or the GZ modifier (to be used when you want to indicate that you expect that Medicare will deny an item or service as not reasonable and necessary and that you have not had an ABN signed by the beneficiary), as appropriate.

Important Dates to Know

Effective Date: October 1, 2004

Implementation Date: October 4, 2004

Related Instruction

The revisions to Chapter 15 of the Medicare Benefits Policy Manual are attached to the official instruction released to your carrier. That instruction may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Once at that Web page, scroll down the CR NUM column on the right to locate CR3449 and click on that file.

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

For more information about the use of the ABN, consult the Internet-Only Manual (IOM), Pub. 100-04, Chapter 23, Section 20.9.1.1. You can access this information at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c23.pdf

Additional Information

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

CR3449/Trans. 23/Pub.100-02 MBP/October 8, 2004/EMD/els

Política Médica

REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS DEL ISLOTE DE LANGERHANS PARA BENEFICIARIOS EN UN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (NIH) PARTICIPANDO EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Tipo de Proveedores Afectados

Todos los proveedores involucrados en el patrocinio de un estudio de investigación clínica en un Instituto Nacional de Salud.

Acción Necesaria del Proveedor

En el contexto específico de un auspiciador de los estudios de investigación clínica en un instituto nacional de salud:

Para servicios ofrecidos desde el 1 de octubre de 2004, Medicare cubrirá el trasplante de células del Islole de Langerhans para los participantes del estudio (pacientes) con Diabetes Tipo I. El trasplante de células del Islole de Langerhans puede realizarse solo o en combinación con el trasplante de riñón. La terapia inmunosupresiva será necesaria para prevenir el rechazo del trasplante de células del Islole de Langerhans y el cuidado de seguimiento para cada participante del estudio de investigación clínica.

Qué Usted Necesita Saber

El trasplante del tejido del páncreas o el trasplante de células del Islole de Langerhans realizado fuera del contexto de un estudio de investigación clínica no se cubre.

Qué Usted Necesita Hacer

Favor de mantenerse con las instrucciones actuales relacionadas al estudio de investigación clínica auspiciado por un instituto nacional de salud para asegurar un procesamiento preciso de las reclamaciones.

Trasfondo

Como resultado de la Sección 733 del "Medicare Modernization Act (MMA)", para los servicios ofrecidos desde el 1 de octubre de 2004 Medicare cubrirá el trasplante de células del Islole de

Medical Policy

MMA-BILLING REQUIREMENTS FOR ISLET CELL TRANSPLANTATION FOR BENEFICIARIES IN A NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) CLINICAL TRIAL

Provider Types Affected

All providers involved in an NIH sponsored clinical trial

Provider Action Needed

In the specific context of an NIH sponsored clinical trial:

For services performed on or after October 1, 2004, Medicare will cover islet cell transplantation for trial participants (patients) with Type I diabetes. The islet cell transplant may be done alone or in combination with a kidney transplant.

Immunosuppressive therapy to prevent rejection of the transplanted islet cells and routine follow-up care will be necessary for each trial participant.

What You Need to Know

Partial pancreatic tissue transplantation or islet cell transplantation performed outside the context of a clinical trial continues to be non-covered.

What You Need to Do

Please stay current on instructions pertaining to NIH sponsored clinical trials to ensure accurate claims processing.

Background

As a result of Section 733 of the Medicare Modernization Act (MMA), for services performed/ discharged on or after October 1, 2004, Medicare

Cont. on next page

Política Médica

Langerhans para pacientes con Diabetes Tipo I que estén participando en un estudio de investigación clínica en un instituto nacional de salud.

Para fechas de servicio desde el 1 de octubre de 2004, para dichos beneficiarios, los contratistas de Medicare aceptarán reclamaciones para trasplante de células del Islote de Langerhans con un código de servicio 2 y un código HCPCS G0341 (*Percutaneous islet cell trans*), G0342 (*Laparoscopy islet cell trans*) o G0343 (*Laparotomy islet cell transp*). Los médicos deben usar también el modificador QV para trasplante de células del Islote de Langerhans y cuidado rutinario de seguimiento relacionado a este estudio de investigación clínica en un instituto nacional de salud.

Cuando los beneficiarios están inscritos en un plan "Medicare Advantage (MA)", los contratistas de Medicare o intermediarios le pagarán directamente a los proveedores que realizan estos trasplantes de células del Islote de Langerhans de acuerdo con las reglas de pago de Medicare. Ahora, los beneficiarios de dicho plan que reciban los servicios no son responsables del deducible de la Parte A y la Parte B, pero sí serán responsables de cualquier coaseguro que aplique y que la organización del MA tenga en lugar de los beneficios del estudio de investigación clínica.

Los proveedores que facturan a los intermediarios de Medicare por estos servicios deben hacerlo en un tipo de factura 11x. Dichas reclamaciones se pagarán por el intermediario solamente para hospitales que participen en el estudio de investigación y las reclamaciones para beneficiarios en un plan MA deben incluir también el código de condición 30 y el deducible no aplicará.

Para los beneficiarios acogidos a un plan de pago por servicios aplicarán los deducibles y coaseguros.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial emitida al contratista con relación a este cambio, en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R261Cp.pdf

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

Medical Policy

will cover islet cell transplantation for patients with Type I diabetes who are participating in an NIH sponsored clinical trial.

*For dates of service on and after October 1, 2004, for such beneficiaries, Medicare carriers will accept claims for islet cell transplantation with a type of service code of 2 and a HCPCS of G0341 (*Percutaneous islet cell trans*), G0342 (*Laparoscopy islet cell trans*), or G0343 (*Laparotomy islet cell transp*). Physicians should also use the QV modifier for islet cell transplantation and routine follow-up care related to this NIH trial.*

Where beneficiaries are enrolled in a Medicare Advantage (MA) plan, Medicare carriers or intermediaries should make payment directly to providers of these islet cell transplants in accordance with Medicare payment rules, except that MA beneficiaries receiving the services are not responsible for the Part A and Part B deductibles. Such beneficiaries will be liable, however, for any applicable coinsurance amounts that the MA organization has in place for clinical trial benefits.

Providers billing Medicare intermediaries for these services should do so on an 11x type of bill. Such claims will be paid by the intermediary only for IPPS hospitals participating in the trial, and claims for beneficiaries in MA plans should also include condition code 30 so the deductible will not be applied.

For fee-for-service beneficiaries, deductibles and coinsurance will apply.

Additional Information

The official instruction issued to the intermediary regarding this change can be found online, referenced via CR 3385, at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R261Cp.pdf

If you have questions regarding this issue, you may also contact your carrier at 1-877-715-1921.

Pub. 100-04/MCP Trans. 261/CR-3385/July 30, 2004

MEDICAL POLICY

BILLING REQUIREMENTS FOR POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY (PET) SCANS FOR DEMENTIA AND NEURODEGENERATIVE DISEASES

Provider Types Affected

Physicians and providers.

Provider Action Needed

This instruction notifies physicians and providers that Medicare will provide coverage for 2-deoxy-2-[F-18] fluoro-D-glucose (FDG)-PET scans for beneficiaries with a recent diagnosis of dementia and documented cognitive decline of at least 6 months duration. This service may be covered:

- When the patient meets diagnostic criteria for both fronto-temporal dementia (FTD) and Alzheimer's disease (AD) under specific requirements, **or**
- For use in a Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)-approved practical clinical trial focused on the utility of FDG-PET in the diagnosis or treatment of dementing neurodegenerative diseases.

Background

Effective for dates of service on or after September 15, 2004, Medicare will provide coverage for FDG Positron Emission Tomography PET for one of the following:

- When the patient meets diagnostic criteria for both fronto-temporal dementia (FTD) and Alzheimer's disease; **or**
- When used in a CMS-approved practical neurodegenerative disease clinical trial. Clinical trial results are expected to help in determining if PET scans contribute to the effective diagnosis and treatment of Medicare beneficiaries with mild cognitive impairment or early dementia, and add information that will help monitor, evaluate, and improve clinical outcomes of patients with this disease.

Refer to the Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 13, Section 60, for general Medicare coverage and billing requirements for PET scans for dementia and neurodegenerative diseases.

Also, refer to the Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual, Publication 100-03, Section 220.6 for complete coverage policy and clinical trial requirements. The revision to the NCD Manual, Pub. 100-03, Section 220.6 is an NCD. NCDs are binding on all carriers, fiscal intermediaries, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, and health care prepayment plans.

Under 42 Code of Federal Regulations (CFR) 422.256(b), an NCD that expands coverage is also binding on Medicare Advantage Organizations. In addition, an administrative law judge may not review an NCD. (See §1869(f)(1)(A)(i) of the Social Security Act.)

Key portions of these revised manuals are as follows:

FDG-PET Requirements for Use in the Differential Diagnosis of AD and FTD

According to the NCD on this issue, Medicare covers FDG-PET scans for either a) the differential diagnosis of both FTD and Alzheimer's disease AD under specific requirements **or**, b) its use in a CMS-approved practical clinical trial focused on the utility of FDG-PET in the diagnosis or treatment of dementing neurodegenerative diseases.

Cont. on next page

MEDICAL POLICY

For use in the differential diagnosis of FTD and AD, an FDG-PET scan is considered reasonable and necessary for patients with a recent diagnosis of dementia and documented cognitive decline of at least 6 months, who meet diagnostic criteria for both AD and FTD. These patients have been evaluated for specific alternative neurodegenerative diseases or causative factors, but the cause of the clinical symptoms remains uncertain.

The following additional conditions must be met before an FDG-PET scan can be ordered:

- a. The patient's onset, clinical presentation, or course of cognitive impairment is such that FTD is suspected as an alternative neurodegenerative cause of the cognitive decline. Specifically, symptoms such as social disinhibition, awkwardness, difficulties with language, or loss of executive function are more prominent early in the course of FTD than the memory loss typical of AD;
- b. The patient has had a comprehensive clinical evaluation (as defined by the American Academy of Neurology (AAN)) encompassing a medical history from the patient and a well-acquainted informant (including assessment of activities of daily living), physical and mental status examination (including formal documentation of cognitive decline occurring over at least 6 months) aided by cognitive scales or neuropsychological testing, laboratory tests, and structural imaging such as magnetic resonance imaging (MRI) or computed tomography (CT);
- c. The evaluation of the patient has been conducted by a physician experienced in the diagnosis and assessment of dementia;
- d. The evaluation of the patient did not clearly determine a specific neurodegenerative disease or other cause for the clinical symptoms, and information available through FDG-PET is reasonably expected to help clarify the diagnosis between FTD and AD and help guide future treatment;
- e. The FDG-PET scan is performed in a facility that has all the accreditation necessary to operate nuclear medicine equipment. The reading of the scan should be done by an expert in nuclear medicine, radiology, neurology, or psychiatry, with experience interpreting such scans in the presence of dementia;
- f. A brain single photon emission computed tomography (SPECT) or FDG-PET scan has not been obtained for the same indication.

The indication can be considered to be different in patients who exhibit important changes in scope or severity of cognitive decline, and meet all other qualifying criteria listed above and below (including the judgment that the likely diagnosis remains uncertain). The results of a prior SPECT or FDG-PET scan must have been inconclusive or, in the case of SPECT, difficult to interpret due to immature or inadequate technology. In these instances, an FDG-PET scan may be covered after 1 year has passed from the time the first SPECT or FDG-PET scan was performed.

- g. The referring and billing provider(s) have documented the appropriate evaluation of the Medicare beneficiary. Providers should establish the medical necessity of an FDG-PET scan by ensuring that the following information has been collected and is maintained in the beneficiary medical record:
 - Date of onset of symptoms;
 - Diagnosis of clinical syndrome (normal aging; mild cognitive impairment or MCI; mild, moderate or severe dementia);
 - Mini mental status exam (MMSE) or similar test score;
 - Presumptive cause (possible, probable, uncertain AD);

Cont. on next page

MEDICAL POLICY

- Any neuropsychological testing performed;
- Results of any structural imaging (MRI or CT) performed;
- Relevant laboratory tests (B12, thyroid hormone); and,
Number and name of prescribed medications.
- The billing provider must furnish a copy of the FDG-PET scan result for use by CMS and its contractors upon request.

These services should be billed with HCPCS code of G0336 (Pet imaging, brain imaging for the differential diagnosis of Alzheimer's disease with aberrant features vs. FTD).

FDG-PET Requirements for Use in the Context of a CMS-Approved Neurodegenerative Disease Practical Clinical Trial Utilizing Specific Protocol

With regard to use of the FDG-PET in the context of a CMS-approved clinical trial, the clinical trial must compare patients who do and those who do not receive an FDG-PET scan and have as its goal to monitor, evaluate, and improve clinical outcomes. In addition, it must meet the following basic criteria:

- Written protocol on file;
- Institutional Review Board review and approval;
- Scientific review and approval by two or more qualified individuals who are not part of the research team; and
- Certification that investigators have not been disqualified.

Physicians should note that a **QV** modifier must be used when billing Medicare carriers for a CMS approved neurodegenerative disease practical clinical trial. In addition, on such claims from trials that are billed to Medicare intermediaries, a second diagnosis code (**ICD-9**) of **V70, 7**, along with the appropriate principal diagnosis code and **HCPCS code G0336** must be entered on the CMS-1450 or its electronic equivalent. There will be a link on the cms.hhs.gov/coverage website that will have a list of all the participating trial facilities once they have been selected.

Implementation

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

Additional Information

As previously mentioned, the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 13 (Radiology Services), Section 60 (Positron Emission Tomography (PET) Scans) is being updated by this instruction. It includes billing and claims processing requirements for PET Scans for beneficiaries with a recent diagnosis of dementia and documented cognitive decline of at least 6 months duration who meet diagnostic criteria for both FTD and AD, or its use in a CMS-approved practical clinical trial focused on the utility of FDG-PET in the diagnosis or treatment of dementing neurodegenerative diseases.

In addition, the Medicare NCD Manual (Pub. 100-03), Chapter 1 (Coverage Determinations) Section 220 (Radiology), Subsection 6 (Positron Emission Tomography (PET)) Scans, is being updated by this instruction to include complete coverage policy and requirements for related clinical trials. These updated manual instructions are included in the official instruction issued to your carrier/intermediary, which can be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that Web page, look for CR 3426 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

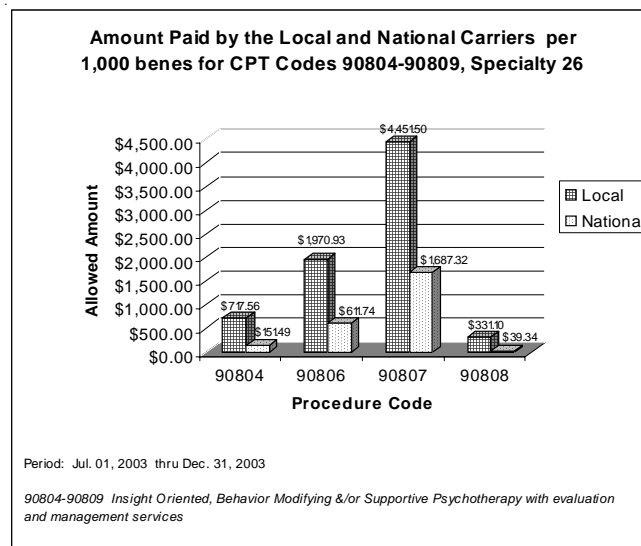
Política Médica

ATENCIÓN PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE PUERTO RICO E ISLAS VIRGENES

Deseamos comunicar algunos de los requisitos de documentación necesarios para sustentar la facturación de servicios de salud mental y compartir algunos de los hallazgos que obtuvimos en la revisión médica de reclamaciones de servicios de salud mental.

En los procesos de revisión encontramos que gran parte de la documentación sometida por los proveedores de servicios de salud mental no cumple con los requisitos establecidos por nuestra política médica local sobre servicios de psiquiatría y psicología (L13009). Esta política está vigente desde 1999 y pueden accederla en nuestra página electrónica: www.triples-med.org bajo Políticas Médicas Locales Finales, una vez allí escoja Puerto Rico o Islas Vírgenes. Este enlace lo redirigirá a la página electrónica de políticas médicas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y allí escoja la Política L13009.

Cuando comparamos los servicios de salud mental pagados a nuestros proveedores locales (Puerto Rico e Islas Vírgenes) con los proveedores nacionales (Estados Unidos) vemos, según la grafica que sigue, la tendencia al pago de un mayor número de servicios por cada mil beneficiarios:



Debido a la discrepancia entre el número de servicios pagados a los proveedores locales y la

Medical Policy

ATTENTION PUERTO RICO AND US VIRGIN ISLANDS PROVIDERS OF MENTAL HEALTH SERVICES

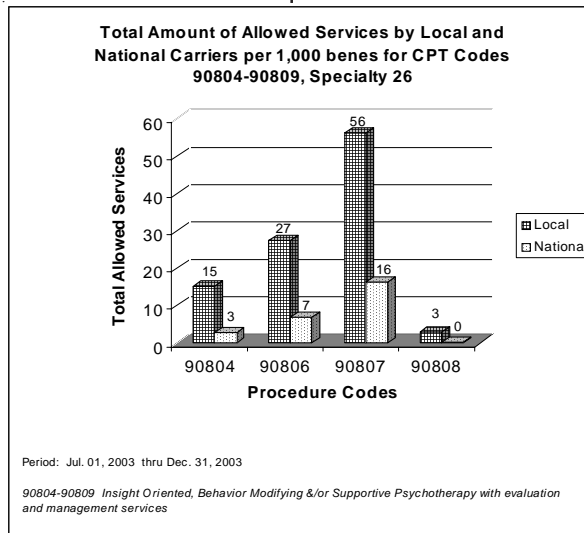
We wish to acquaint our mental health services providers with some of the documentation requirements necessary for billing such services and also share some of the findings obtained through our medical review process of mental health claims.

A large portion of the documentation submitted did not comply with the requirements of our Local Medical Review Policy on Psychiatric and Psychological Services (L13009). This policy was effective in 1999 and it can be accessed at our Web page: <http://www.triples-med.org> under section, Final Medical Review Policies. Once there, choose Puerto Rico or the US Virgin Islands. This link will direct you to the Centers for Medicare and Medicaid Services Medical Policy Web page, and then choose Policy L13009.

According to the following graphics, when paid mental health services, per one thousand beneficiaries, between local providers (Puerto Rico and the US Virgin Islands) are compared to national providers (United States), the observed trend is that local providers have been paid for a larger number of claims than providers at the national level.

Due to the discrepancy between the number of services paid to local and national providers

Cont. on next page



nación norteamericana se tomó una muestra de los servicios de salud mental y encontramos lo siguiente:

- Se proveyó información privilegiada.
- La documentación provista sólo contiene manejo de medicamentos sin evidencia de la psicoterapia.
- No se documenta el diagnóstico del paciente.
- No se indica el tiempo de duración de la psicoterapia.
- No se indica la modalidad psicoterapéutica utilizada (orientada a la introspección, a la modificación de conducta o psicoterapia de apoyo).
- No se indica como la modalidad psicoterapéutica fue utilizada para alcanzar los objetivos del paciente.
- No se documenta el progreso del paciente.

Dados estos hallazgos deseamos aclarar los siguientes aspectos de la documentación de servicios de psicoterapia:

1. La documentación que se necesita en los procesos de revisión médica es la nota clínica que evidencia la necesidad medica del servicio. Esta nota debe incluir el diagnóstico del paciente, la modalidad psicoterapéutica utilizada, el progreso del paciente, la duración de la psicoterapia, la frecuencia de la psicoterapia y como se utilizó la psicoterapia, por ejemplo "Se brindó psicoterapia de apoyo para ayudar a aliviar la depresión del paciente".

we submitted a statistical sample of mental health claims to medical review. The findings are summarized as follows:

- *Privileged information was provided;*
- *The documentation provided included medication management only, without evidence of psychotherapy;*
- *The patient's diagnosis was not documented;*
- *The length of time of the psychotherapy service was not documented;*
- *The psychotherapy technique that was used was not specified in the documentation provided. (Example; Insight oriented, behavior modifying or supportive psychotherapy);*
- *There is no documentation on how the psychotherapeutic technique was used to reach the patients objectives;*
- *The patient's progress is not documented;*

In view of the previous findings the following aspects of documentation for psychotherapy services are explained:

1. *For the medical review process the documentation needed is the clinical note that justifies the medical necessity of the provided service. This note should include the patient's diagnosis, the psychotherapeutic technique used, the patient's clinical progress, the length of time and frequency of psychotherapy and how the psychotherapy*

Cont. on next page

Política Médica

2. La información provista por el proveedor a terceras partes, para propósitos de pago, no debe incluir información privilegiada. Es responsabilidad del proveedor no suministrar información privilegiada y debe mantener la misma separada de las notas clínicas en una sección aparte del expediente del paciente. Ejemplos de información privilegiada son:

- Datos o información personal de contenido íntimo.
- Tópicos cubiertos en la sesión de psicoterapia.
- Las anotaciones de la sesión de psicoterapia
- Detalles de fantasías o sueños.
- Información sensitiva sobre otros individuos en la vida del paciente, etc.

3. Según establece la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y de Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) las anotaciones de la sesión psicoterapéutica a colocarse en la sección de información privilegiada del expediente, no debe incluir la siguiente información, ya que, ésta pertenece a la nota clínica del expediente médico del paciente:

- Supervisión y prescripción de medicamentos.
- Tiempo de comienzo y terminación de la sesión.
- Modalidad y frecuencia del tratamiento suministrado.
- Resultados de pruebas clínicas y cualquier resumen de la siguiente información: diagnóstico, estatus funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronosis y progreso hasta la fecha de servicio.

Aquí sólo hemos cubierto algunos de los aspectos básicos de la documentación de los servicios de psicoterapia por lo que le exhortamos a que se familiarice con nuestra política para los servicios de psiquiatría y psicología (L13009) y con la Ley 408 de Salud Mental de Puerto Rico. En dichos documentos encontrará los requisitos adicionales de documentación.

JSP-097/September 30, 2004/els

Medical Policy

was used to help the patient's problem, for example "Supportive psychotherapy was utilized to help alleviate the patient's depression".

2. *The information provided to a third party for the purpose of payment should not include privileged information. It is the provider's responsibility not to submit privileged information; this information should be kept apart from the clinical note in a separate section of the patient's medical record. The following are some examples of privileged information:*

- *Information or facts of intimate personal content;*
- *Topics of themes discussed in therapy sessions;*
- *The annotations taken during the psychotherapy session;*
- *Details of fantasies and dreams;*
- *Sensitive information about other individuals in the patient's life.*

3. *The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule establishes that privileged information of the psychotherapy notes be kept separate and must not include the following information which pertains to the clinical notes of the individual's medical record:*

- *Medication prescription and monitoring,*
- *Counseling session start and stop times,*
- *The modalities and frequencies of treatment furnished,*
- *Results of clinical tests and any summary of the following items: diagnosis, functional status, treatment plan, symptoms, prognosis and progress to date.*

In this article we have covered only the basic aspects of the documentation requirements for psychotherapy services. We exhort you to familiarize yourself with our policy for Psychiatry and Psychology Services (L13009), which covers Puerto Rico and the US Virgin Islands. Puerto Rico providers should also be aware of the Puerto Rico Mental Health Law #408. In said documents you will find additional documentation requirements.

Política Médica

ACLARACIÓN EN LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN DE EPOETIN ALFA (EPO) Y CÓDIGOS ESRD

Tipo de Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y centros de diálisis para el cuidado de pacientes con enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria del Proveedor

Esta Edición Especial provee a médicos, suplidores y centros de diálisis las diferencias entre los procedimientos de facturación de Medicare y los códigos para ESRD.

Trasfondo

Procedimientos y Códigos de Facturación para Epoetin Alfa (EPO)

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) asignaron un nuevo código HCPCS, Q4055, solamente para uso de ESRD EPO. Además, CMS eliminó todos los códigos "Q" (Q9920 - Q9940) establecidos para pacientes con enfermedad terminal renal utilizando EPO. Las otras reglas todavía aplican para facturar EPO para anemia relacionada a enfermedad renal terminal.

Los Intermediarios pagan por EPO a los centros de diálisis para enfermedad renal terminal por el medicamento EPO facturado aparte de la tarifa compuesta. No se hace pago adicional si se administra EPO en el hogar o en el centro de diálisis. Los beneficiarios de Medicare que reciben diálisis en el hogar pueden escoger uno de dos métodos de pago.

El pago de EPO es adicional a la tarifa compuesta y los siguientes procedimientos de facturación se utilizan para administrarlo en el centro de diálisis. Puede identificar EPO y el número de inyecciones por:

Medical Policy

CLARIFICATION OF EPOETIN ALFA (EPO) BILLING PROCEDURES AND CODES IN ESRD

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and renal dialysis facilities (RDFs) caring for patients with End Stage Renal Disease (ESRD)

Provider Action Needed

Physicians, suppliers, and RDFs should note that this Special Edition provides an overview of the differences between Medicare's billing procedures and codes for ESRD.

Background

Epoetin Alfa (EPO) Billing Procedures and Codes

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has assigned a new Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code (Q4055) for EPO, and the new HCPCS code (Q4055) is provided for ESRD EPO usage only. Also, CMS has deleted all the current "Q" codes (Q9920 through Q9940) established for ESRD patients on EPO. All other rules still apply for billing EPO for ESRD-related anemia.

Intermediaries pay for EPO to ESRD facilities as a separately billable drug to the composite rate. No additional payment is made to administer EPO, whether in a facility or a home. Medicare beneficiaries getting dialysis at home may choose between two methods of payment.

EPO payment is in addition to the composite rate and the following billing procedures are to be used for EPO administered in your facility. Identify EPO and the number of injections by:

Cont. on next page

Política Médica

- Código de ingreso 634: administración de EPO **menor de** 10,000 unidades; y
- Código de ingreso 635: administración de EPO **igual o mayor de** 10,000 unidades.
- Los siguientes códigos de valor deben usarse para informar lecturas (interpretación) de hemoglobina y hematocritos:
- Lectura de hemoglobina (Hgb): Código de valor 48; y
- Lectura de hematocrito (Hct): Código de valor 49.

Además, puede utilizar el código de valor **68** para informar el número de unidades de EPO administradas durante el período de facturación. Recuerde incluir en la reclamación el código HCPCS Q4055.

Resumen para EPO

Para fechas de servicio después del 1 de enero de 2004, las reclamaciones incluyen lo siguiente:

- Tipo de factura = 721 (Clinic ESRD First Service to Last Service) u otro tipo de factura según aplique.
- Código de ingreso (Revenue) = 634 ó 635 (de acuerdo a las unidades administradas)
- Códigos HCPCS = Q4055 (Requerido)
- Unidades = número de administraciones (que no excedan 13 por mes de 30 días ó 14 por mes de 31 días)
- Códigos de valor = 48 (lectura de hemoglobina) ó 49 (lectura de hematocrito)
- Código de valor = 68 (número de unidades de EPO administradas)
- El reembolso permanece igual, \$10.00 por 1,000 unidades
- (Referencia: CMS Pub. 100-4, Capítulo 8, Sección 60.4)

Medical Policy

- *Revenue Code 634: EPO administration of **less than** 10,000 units; and*
- *Revenue Code 635: EPO administration of **equal to or more than** 10,000 units.*
- *The following value codes should be used for reporting Hemoglobin and Hematocrit readings:*
- *Hemoglobin (Hgb) Reading: Value Code 48; and*
- *Hematocrit (Hct) Reading: Value Code 49.*
- *In addition, use value code **68** for reporting the number of EPO units administered during the billing period. And, remember to include the HCPCS code Q4055 on the claim.*

Summarizing for EPO

For dates of service on and after January 1, 2004, claims include the following:

- *Bill Type = 721 (Clinic ESRD First Service to Last Service) or other bill type as applicable*
- *Revenue Code = 634 or 635 (according to units administered)*
- *HCPCS Codes = Q4055 (Required)*
- *Units = number of administrations (not to exceed 13 for a 30-day month or 14 for a 31-day month)*
- *Value Codes = 48 (hemoglobin reading) or 49 (hematocrit reading)*
- *Value Code = 68 (number of units of EPO administered)*
- *Reimbursement remains the same at \$10.00 per 1,000 units.*
- *(Reference: CMS Pub. 100-4, Chapter 8, Section 60.4)*

Cont. on next page

Política Médica

Ejemplo 1: Los siguientes números de unidades de EPO se administraron durante el período de facturación del 2/1/04 – 2/28/04:

Fecha Date	Unidades EPO EPO Units	Fecha Date	Unidades EPO EPO Units
2/1	3000	2/15	2500
2/4	3000	2/18	2500
2/6	3000	2/10	2560
2/8	3000	2/22	2500
2/11	2500	2/25	2000
2/13	2500	2/27	2000

Total: 31,060 unidades

Para código de valor 68, anote 31,060.

Su intermediario utiliza 31,100 para determinar la tarifa de pago. Esta es 31,060 redondeada a la centena de unidades más cercana. La tarifa de pago es \$311.00 (31.1 × \$10).

Hgb=10.2

Código de ingreso: 634 – 12

Código de valor: 68 – 31,060

HCPCS Q4055

VC 48 – 10.2

Ejemplo 2: El siguiente número de unidades de EPO se administró durante el período de facturación 5/1/04 – 5/30/04:

Fecha Date	Unidades EPO EPO Units	Fecha Date	Unidades EPO EPO Units
5/10	20,000	5/24	9,500
5/12	9,000	5/26	10,000
5/14	11,000	5/28	10,000
5/19	8,000	5/30	10,000
5/22	15,000		

Total: 102,500 unidades

Código HCPCS: Q4055

Código de ingreso: 634, 3 (número de fechas de administración)

Código HCPCS: Q4055

Código de ingreso: 635, 6 (número de fechas de administración)

Código de valor: 68, 102,500

Código de valor: 49, 30.9 (Hct)

(Ver Sección 60 del Manual ESRD.)

Medical Policy

Example 1: The following numbers of EPO units were administered during the billing period 2/1/04 – 2/28/04:

Total: 31,060 units

For value code 68, enter 31,060.

Your intermediary uses 31,100 to determine the rate payable. This is 31,060 rounded to the nearest 100 units. The rate payable is \$311.00 (31.1 × \$10).

Hgb=10.2

Revenue Code: 634 – 12

Value Code: 68 – 31,060

HCPCS Q4055

VC 48 – 10.2

Example 2: The following number of EPO units was administered during the billing period 5/1/04–5/30/04:

Total: 102,500 units

HCPCS code: Q4055

Revenue Code: 634, 3 (number of administration dates)

HCPCS code: Q4055

Revenue Code: 635, 6 (number of administration dates)

Value Code: 68, 102,500

Value Code: 49, 30.9 (Hct)

(See ESRD Manual Section 60.)

Cont. on next page

Política Médica

Si la persona que factura por medios electrónicos tiene documentación adicional que pueda requerir Medicare, puede indicar “DOCUMENTATION AVAILABLE UPON REQUEST” en la sección de narrativa (NTE02). Si la documentación adicional que usted tiene es necesaria para que Medicare realice su determinación de pago, se le enviará una carta solicitando la misma. Si la Sección NTE02 no indica la disponibilidad de documentación adicional o la información no se devuelve a tiempo, la reclamación se devolverá como no procesable.

Instrucciones Relacionadas

Puede acceder a través de dirección electrónica el CR-2963, Transmittal 39, del 6 de enero de 2004, en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm/date_dsc_asp

El CR-3037, Transmittal 36, del 24 de diciembre de 2003, en: http://cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R36OTN.pdf

El CR-2984, Transmittal 118, del 5 de marzo de 2004, en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/cr_num_asc.asp.

Información Adicional

Puede encontrar el Manual de Centros para Diálisis de Medicare, Capítulo II, Cubierta de Servicios, en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/29_rdf/rd200.asp?#_1_17.

Además, puede encontrar el Manual Medicare Benefit Policy, Capítulo 11 y Capítulo 17 con relación a facturación y pago de EPO en las siguientes direcciones electrónicas: http://www.cms.gov/manuals/102_policy/bp102c11.pdf and http://www.cms.gov/manuals/102_policy/bp102c17.pdf.

Por último, puede ver el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Pub. 100-04, Capítulo 8, Sección 60.4, en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms/manuals/104_claims/clm104c08.pdf.

SE-0406

Medical Policy

If an electronic submitter has additional documentation, which Medicare may require, they can indicate “DOCUMENTATION AVAILABLE UPON REQUEST” in the narrative (NTE02) segment. If the additional documentation you have is needed for Medicare to make its payment determination, a development letter will be sent requesting the information. If the NTE02 segment does not indicate the availability of the additional documentation or the information is not returned in a timely manner, the claim will be returned as unprocessable.

Related Instructions

Change Request (CR) 2963, Transmittal 39, January 6, 2004 can be found at the following CMS web site: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm/date_dsc_asp

CR 3037; Transmittal 36, December 24, 2003 can be found at the following CMS web site: http://cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R36OTN.pdf

CR 2984, Transmittal 118, March 5, 2004 can be found at the following CMS website: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/cr_num_asc.asp

Additional Information

The Medicare Renal Dialysis Facility Manual, Chapter II, Coverage of Services can be found at the following CMS Website: http://www.cms.hhs.gov/manuals/29_rdf/rd200.asp?#_1_17

Also, you can find the Medicare Benefit Policy Manual Chapter 11 and Chapter 17 regarding billing and payment details for EPO and DPA at the following CMS web sites: http://www.cms.gov/manuals/102_policy/bp102c11.pdf and http://www.cms.gov/manuals/102_policy/bp102c17.pdf.

Lastly, see the Medicare Claims Process Manual, Pub. 100-04, Chapter 8, Section 60.4 at the following CMS web site: http://www.cms/manuals/104_claims/clm104c08.pdf

Política Médica

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Proveedores Afectados

Todos los proveedores

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

No requiere ninguna acción. Este artículo es solamente para su información. El lenguaje actual del Manual de Determinaciones de Cubierta Nacional (NCD, por sus siglas en inglés) establece que “la obesidad por sí sola no constituye una enfermedad”. Como resultado de una reciente decisión del Secretario de Salud y Servicios Humanos, este lenguaje se eliminará. El cambio del lenguaje en el manual no afectará directamente la cubierta actual de Medicare para los tratamientos de la obesidad. Los tratamientos para la obesidad por sí solos permanecen no-cubiertos y los tratamientos de enfermedades como resultado de, o intensificados por la obesidad permanecen igual (sin cambios).

No obstante, los proveedores deben tener en cuenta que el desuso del lenguaje le permite a las partes interesadas someter peticiones de NCD a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para intervenciones que combaten la obesidad y determinar si la evidencia científica y médica demuestra su efectividad en mejorar los resultados de salud del beneficiario de Medicare.

Trasfondo

Indicaciones de Cubierta a Nivel Nacional

Los servicios que se realicen con relación al tratamiento de la obesidad están cubiertos por Medicare solamente cuando dichos servicios son parte integrante y necesaria del tratamiento de enfermedades tales como: hipotiroidismo, Enfermedad de Cushing, lesiones hipotalámicas, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, diabetes e hipertensión.

Medical Policy

TREATMENT OF OBESITY

Provider Types Affected

All Providers.

Provider Action Needed

No action is necessary. This article is informational only. Current language in the National Coverage Determinations (NCD) Manual states that “obesity itself cannot be considered an illness.” This language is being removed as a result of a recent decision by the Secretary of Health and Human Services. The change in the manual language will not directly affect current Medicare coverage of obesity treatments. Treatments for obesity alone remain non-covered and treatments of diseases resulting in or exacerbated by obesity remain unchanged.

Providers should note, however, that removal of the language does permit interested parties to submit NCD requests for anti-obesity interventions to the Centers for Medicare & Medicaid Services to determine if scientific and medical evidence demonstrate their effectiveness in improving Medicare beneficiaries’ health outcomes.

Background

Nationally Covered Indications

Services performed in connection with the treatment of obesity are covered by Medicare only when such services are an integral and necessary part of a course of treatment for diseases such as hypothyroidism, Cushing’s disease, hypothalamic lesions, cardiovascular diseases, respiratory diseases, diabetes, and hypertension.

Cont. on next page

Política Médica

Indicaciones de No-Cubierta a Nivel Nacional

El tratamiento de la obesidad de por sí (donde no se pueda demostrar que la obesidad es parte integrante del proceso de una enfermedad) no se considera razonable y necesario para el tratamiento de una enfermedad o lesión y por lo tanto no está cubierto por Medicare. El ayuno como suplementario dietético para el tratamiento general de la obesidad no está cubierto bajo el Programa Medicare.

Otras Indicaciones

El ayuno como suplementario dietético con un seguimiento adecuado del paciente es elegible para una determinación de cubierta local a discreción de su contratista de Medicare; cuando la pérdida de peso es necesaria antes de una cirugía para aminorar complicaciones que la obesidad pueda representar cuando coexiste con condiciones patológicas como: enfermedades cardíacas y respiratorias, diabetes e hipertensión (y, otras técnicas más conservadoras para lograr este objetivo, no se consideran adecuadas).

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 1 de octubre de 2004.

Información Adicional

La instrucción oficial emitida a su contratista de Medicare con relación a este cambio se puede encontrar en: <http://www.cms.hhs.gov/manual/transmittals/comm-date-dsc.asp>

Desde ese sitio Web, busque la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 3502 en la columna "CR NUM" a la derecha y marque el archivo de ese CR. Junto al CR 3502 se encuentra la revisión actual al lenguaje del Manual de Medicare NCD.

De tener alguna pregunta, puede llamar a su contratista al 1-877-715-1921.

Medical Policy

Nationally Noncovered Indications

The treatment of obesity alone (i.e., where obesity cannot be shown to be an integral part of a disease process) is not considered reasonable and necessary for the treatment of an illness or injury and is not covered under the Medicare program. Supplemental fasting is not covered under the Medicare program as a general treatment for obesity.

Other Indications

Supplemented fasting with adequate monitoring of the patient is eligible for a local coverage determination at the discretion of your Medicare contractor where weight loss is necessary before surgery to ameliorate the complications posed by obesity when it coexists with pathological conditions such as cardiac and respiratory diseases, diabetes, or hypertension (and other more conservative techniques to achieve this end are not regarded as appropriate).

Implementation

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

Additional Information

The official instruction issued to your Medicare contractor 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 3502 in the CR NUM column on the right and click on the file for that CR.

Attached to CR 3502 is the actual revised language for the Medicare NCD Manual.

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

CR3502/Pub. 100-03 NCD/Transmittal 23/October 1, 2004/IP/els

Política Médica

ESPECTROSCOPIA DE RESONANCIA MAGNÉTICA (MRS) PARA DIAGNOSTICAR TUMORES CEREBRALES

Tipo de Proveedor Afectado

Médicos, proveedores y suplidores

Acción Requerida por el Proveedor

Esta instrucción notifica a los médicos, proveedores y suplidores que luego de una reconsideración los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid han determinado que el uso de MRS como una herramienta diagnóstica para distinguir indeterminadas lesiones cerebrales y/o como una ayuda en la conducción de biopsias cerebrales no es razonable y no necesaria y CMS reafirma su existente política de no-cubierta para todas las indicaciones de MRS.

Trasfondo

La Espectroscopia de Resonancia Magnética (MRS) es una aplicación de imagen de resonancia magnética (MRI). Es un estudio diagnóstico no-invasivo el cual utiliza campos magnéticos fuertes para medir y analizar la composición química de los tejidos humanos. El 22 de marzo de 2004 CMS consideró la MRS como un procedimiento en investigación y otorgó una determinación nacional de no-cubierta para todas las indicaciones del MRS.

Luego de una prolongada revisión y reconsideración de la política de no-cubierta existente, así como de la evidencia disponible para el uso de la MRS como una herramienta diagnóstica para la distinción de indeterminadas lesiones cerebrales /o como una ayuda en la condición de biopsias, CMS determinó que la evidencia no es adecuada para concluir que la MRS es razonable y necesaria bajo la Sección 1862(a)(1)(A) del Acta del Seguro Social.

Medical Policy

MAGNETIC RESONANCE SPECTROSCOPY (MRS) FOR DIAGNOSING BRAIN TUMORS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers

Provider Action Needed

This instruction notifies physicians, providers and suppliers that upon reconsideration, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) determined that MRS used as a diagnostic tool for distinguishing indeterminate brain lesions and/or as an aid in conducting brain biopsies is not reasonable and necessary, and CMS reaffirms its existing noncoverage policy for all indications of MRS.

Background

Magnetic Resonance Spectroscopy (MRS) is an application of magnetic resonance imaging (MRI). It is a non-invasive diagnostic test that uses strong magnetic fields to measure and analyze the chemical composition of human tissues. On March 22, 1994, CMS considered MRS an investigational procedure and issued a national noncoverage determination for all indications of MRS.

Upon thorough review and reconsideration of the existing noncoverage policy, as well as the available evidence for the use of MRS as a diagnostic tool for distinguishing indeterminate brain lesions, and/or as an aid in conducting biopsies, CMS determined that the evidence is not adequate to conclude that MRS is reasonable and necessary under Section 1862(a)(1)(A) of the Social Security Act.

Cont. on next page

Política Médica

Por lo tanto, CMS reafirma su existente política de no-cubierta en la Sección 220.2.1 (Espectroscopia de Resonancia Magnética) del Manual de las Determinaciones de Cubierta Nacional (NCP) para todas las indicaciones de MRS. Esta adición a la Sección 220.2.1 es una cubierta nacional (NCD) y las NCDs son reglamentarias en todos los contratistas, intermediarios fiscales, organizaciones para el mejoramiento de la calidad, organizaciones para el mantenimiento de la salud, planes médicos competitivos y planes de pre-pago para el cuidado de la salud. Además, un juez de ley administrativo podría no revisar una NCD (ver Sección 1869 (f)(1)(A)(i) del Acta del Seguro Social.

Implementación

La fecha de implementación para esta reafirmación de las NCD es 1 de septiembre de 2004.

Información Adicional

Además del manual revisado de instrucciones que se encuentra en la Sección 220.2.1 (MRS) del Manual de Medicare sobre NCD (Pub 100-03), Capítulo 1, como se describe arriba, las Secciones 220.2 (MRI) y 220.3 (Angiografía de Resonancia Magnética) están siendo re-impreso con éditos/certificaciones técnico/clericales. No hay revisiones sustanciales ni cambios a la actual política de NCD. El manual revisado de instrucciones está incluido con la instrucción oficial otorgada al contratista y la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

En esta página electrónica busque el CR-3425 en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo para ese CR.

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

Medical Policy

Therefore, CMS reaffirms its existing noncoverage policy at Section 220.2.1 (Magnetic Resonance Spectroscopy) of the National Coverage Determinations (NCD) Manual for all indications of MRS. This addition to Section 220.2.1 is an NCD, and NCDs are binding on all carriers, fiscal intermediaries, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, and health care prepayment plans. In addition, an administrative law judge may not review an NCD (see Section 1869(f)(1)(A)(i) of the Social Security Act).

Implementation

The implementation date for this reaffirmation of the NCD is September 10, 2004.

Additional Information

In addition to the updated manual instructions found at Section 220.2.1 (MRS) of the Medicare NCD Manual (Pub 100-03), Chapter 1, as outlined above, Sections 220.2 (MRI), and 220.3 (Magnetic Resonance Angiography) are being reprinted with clerical/technical edits/clarifications. There are no substantive revisions and no changes to existing NCD policy. 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 Web page, look for CR3425 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. 100-03 MNCD/Trans. 21/CR-3425/Román

Políticas de Pago

TERCERA ACTUALIZACIÓN A LA BASE DE DATOS DE LAS TARIFAS FIJAS DEL 2004 PARA MÉDICOS**

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los médicos, proveedores y suplidores deben enterarse de los cambios a la Base de Datos de la Tarifa Fija del 2004 de Médicos (MPFS, por sus siglas en inglés) e identificar aquellos cambios que afectan sus prácticas profesionales.

Trasfondo

Se le emitieron a los contratistas los archivos de pago basados en la Regla Final del 7 de noviembre de 2003 y del 7 de enero de 2004. Esta instrucción corrige esos archivos de pago y sustituye la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 3415.

CR 3415 incluyó cambios al indicador del Componente Profesional/Componente Técnico (PC/TC, por sus siglas en inglés) de los Códigos de Procedimiento (CPT, por sus siglas en inglés) 96400, 96408, 96425, 96520 y 96530 de un cinco (5) a un cero (0).

Esos cambios al indicador PC/TC para dichos códigos no se debieron haber incluido.

Implementación

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

Información Adicional

Los cambios reales a la Tarifa Fija conllevan numerosos códigos CPT/HCPSC y las verdaderas fechas de vigencia varían. Estos cambios a la Tercera Actualización a la Base de Datos de las Tarifas Fijas del 2004 para Médicos revisada se describen en la siguiente tabla:

Billing Policies

THIRD UPDATE TO THE 2004 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE**

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers.

Provider Action Needed

Physicians, providers, and suppliers should note the changes to the Medicare Physician Fee Schedule Database and identify those changes that affect their practice.

Background

Payment files were issued to carriers based upon the November 7, 2003 and January 7, 2004 Final Rules.

This instruction amends those payment files and replaces CR 3415. CR 3415 included changes to the Professional Component/Technical Component (PC/TC) indicator for Current Procedural Terminology (CPT) codes 96400, 96408, 96425, 96520, and 96530 from a 5 to 0.

Changes to the PC/TC indicator for these codes should not have been included.

Implementation

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

Additional Information

The actual changes to the fee schedule involve numerous CPT/HCPSC codes and the actual effective dates vary. These changes to the revised 3rd Update to the 2004 Medicare Physician Fee Schedule Database are described in the following table:

Cont. on next page

Cambios a la Tercera Actualización a la Base de Datos de la Tarifas Fijas del 2004 para Médicos

Changes to Revised 3rd Update to the 2004 Medicare Physician Fee Schedule Database

CPT/HCPCS

Acción / Action

G0336

Description: PET imaging, brain imaging for the differential diagnosis of Alzheimer's disease with aberrant features vs. fronto temporal dementia

Short descriptor: PET imaging brain Alzheimer's

Procedure Status = C

PC/TC = 1

Site of Service = 1

Global Surgery = XXX

Multiple Procedure Indicator = 0

Bilateral Procedure Indicator = 0

Assistant at Surgery Indicator = 9

Co- Surgery Indicator = 0

Team Surgery Indicator = 0

Type of Service = 4

Diagnostic Supervision = 9

Nota: Para servicios prestados del 15 de septiembre de 2004 en adelante

Note: Effective for services performed on or after September 15, 2004

G0336 – TC

Description: PET imaging, brain imaging for the differential diagnosis of Alzheimer's disease with aberrant features vs. fronto temporal dementia

Short descriptor: PET imaging brain Alzheimer's

Procedure Status = C

PC/TC = 1

Site of Service = 1

Global Surgery = XXX

Multiple Procedure Indicator = 0

Bilateral Procedure Indicator = 0

Assistant at Surgery Indicator = 9

Co- Surgery Indicator = 0

Team Surgery Indicator = 0

Type of Service = 4

Diagnostic Supervision = 9

Nota: Para servicios prestados del 15 de septiembre de 2004 en adelante

Note: Effective for services performed on or after September 15, 2004

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS

Acción / Action

G0336 – 26

Description: PET imaging, brain imaging for the differential diagnosis of Alzheimer's disease with aberrant features vs. fronto temporal dementia

Short descriptor: PET imaging brain Alzheimer's
Procedure Status = A
WRVU = 1.50
Non-Facility PE RVU = 0.51
Facility PE RVU = 0.51
Malpractice RVU = 0.05
PC/TC = 1
Site of Service = 1
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 0
Bilateral Procedure Indicator = 0
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co- Surgery Indicator = 0
Team Surgery Indicator = 0
Type of Service = 4
Diagnostic Supervision = 9

Nota: Para servicios prestados del 15 de septiembre de 2004 en adelante

Note: Effective for services performed on or after September 15, 2004

G0341

Description: Percutaneous islet cell transplant, includes Portal vein catheterization and infusion (to report imaging bill 75887 or 75885)

Short Descriptor: Percutaneous islet cell trans
Procedures Status = A
WRVU = 6.98
Non-Facility PE RVU = 2.73
Facility PE RVU = 2.73
Malpractice RVU = 0.48
PC/TC = 0
Site of Service = 1

Global Surgery = 000
Multiple Procedure Indicator = 2
Bilateral Procedure Indicator = 0
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co- Surgery Indicator = 1
Team Surgery Indicator = 0
Type of Service = 2
Diagnostic Service = 9

Nota: Para servicios prestados del 1 de octubre de 2004 en adelante

Note: Effective for services performed on or after October 1, 2004

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS

Acción / Action

G0342

Description: Laparoscopy for Islet Cell Transplant, Includes portal vein catheterization and infusion

Short Descriptor: Laparoscopy Islet cell Trans

Procedure Status = A

WRVU = 11.92

Non-Facility PE RVU = 5.32

Facility PE RVU = 5.32

Malpractice RVU = 1.46

PC/TC = 0

Site of Service = 1

Global Surgery = 090

Pre Op = 0.09

Intra Op = 0.81

Post Op = 0.10

Multiple Procedure Indicator = 2

Bilateral Procedure Indicator = 0

Assistant at Surgery Indicator = 2

Co – Surgery Indicator 1

Team Surgery Indicator = 0

Type of Service = 2

Diagnostic Supervision = 9

Nota: Para servicios prestados del 1 de octubre de 2004 en adelante

Note: Effective for services performed on or after October 1, 2004

G0343

Description: Laparotomy for Islet Cell Transplant, includes portal vein catheterization and infusion

Short Descriptor: Laparotomy Islet cell transp

Procedure Status = A

WRVU = 19.85

Non-Facility PE RVU = 8.82

Facility PE RVU = 8.82

Malpractice RVU = 2.05

PC/TC = 0

Site of Service = 1

Global Surgery = 090

Pre Op = 0.09

Intra Op = 0.81

Post Op = 0.10

Multiple Procedure Indicator = 2

Bilateral Procedure Indicator = 0

Assistant at Surgery Indicator = 2

Co- Surgery Indicator = 1

Team Surgery Indicator = 0

Type of Service = 2

Diagnostic Service = 9

Nota: Para servicios prestados del 1 de octubre de 2004 en adelante

Note: Effective for services performed on or after October 1, 2004

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS	Change	CPT/HCPCS	Change
23410	Bilateral Status Indicator = 1	69645	Bilateral Surgery Indicator = 1
33979	Bilateral Status Indicator = 0	69646	Bilateral Surgery Indicator = 1
33980	Bilateral Status Indicator = 0	69650	Bilateral Surgery Indicator = 1
52320	Endobase Code = 52000	69660	Bilateral Surgery Indicator = 1
52325	Endobase Code = 52000	69661	Bilateral Surgery Indicator = 1
52327	Endobase Code = 52000	69662	Bilateral Surgery Indicator = 1
52327	Bilateral Status Indicator = 1	69666	Bilateral Surgery Indicator = 1
52330	Endobase Code = 52000	69667	Bilateral Surgery Indicator = 1
52332	Endobase Code = 52000	69670	Bilateral Surgery Indicator = 1
52334	Endobase Code = 52000	69700	Bilateral Surgery Indicator = 1
52341	Endobase Code = 52000	69711	Bilateral Surgery Indicator = 1
52342	Endobase Code = 52000	69714	Bilateral Surgery Indicator = 1
52343	Endobase Code = 52000	69715	Bilateral Surgery Indicator = 1
52344	Endobase Code = 52000	69717	Bilateral Surgery Indicator = 1
69440	Bilateral Surgery Indicator = 1	69718	Bilateral Surgery Indicator = 1
69450	Bilateral Surgery Indicator = 1	69720	Bilateral Surgery Indicator = 1
69501	Bilateral Surgery Indicator = 1	69725	Bilateral Surgery Indicator = 1
69502	Bilateral Surgery Indicator = 1	69740	Bilateral Surgery Indicator = 1
69505	Bilateral Surgery Indicator = 1	69745	Bilateral Surgery Indicator = 1
69511	Bilateral Surgery Indicator = 1	69799	Bilateral Surgery Indicator = 1
69530	Bilateral Surgery Indicator = 1	69801	Bilateral Surgery Indicator = 1
69535	Bilateral Surgery Indicator = 1	69802	Bilateral Surgery Indicator = 1
69540	Bilateral Surgery Indicator = 1	69805	Bilateral Surgery Indicator = 1
69550	Bilateral Surgery Indicator = 1	69806	Bilateral Surgery Indicator = 1
69552	Bilateral Surgery Indicator = 1	69820	Bilateral Surgery Indicator = 1
69554	Bilateral Surgery Indicator = 1	69840	Bilateral Surgery Indicator = 1
69601	Bilateral Surgery Indicator = 1	69905	Bilateral Surgery Indicator = 1
69602	Bilateral Surgery Indicator = 1	69910	Bilateral Surgery Indicator = 1
69603	Bilateral Surgery Indicator = 1	69915	Bilateral Surgery Indicator = 1
69604	Bilateral Surgery Indicator = 1	69930	Bilateral Surgery Indicator = 1
69605	Bilateral Surgery Indicator = 1	69949	Bilateral Surgery Indicator = 1
69610	Bilateral Surgery Indicator = 1	69950	Bilateral Surgery Indicator = 1
69620	Bilateral Surgery Indicator = 1	69955	Bilateral Surgery Indicator = 1
69631	Bilateral Surgery Indicator = 1	69960	Bilateral Surgery Indicator = 1
69632	Bilateral Surgery Indicator = 1	69970	Bilateral Surgery Indicator = 1
69633	Bilateral Surgery Indicator = 1	69979	Bilateral Surgery Indicator = 1
69635	Bilateral Surgery Indicator = 1	0001T	Co-Surgery Indicator = 2
69636	Bilateral Surgery Indicator = 1		
69637	Bilateral Surgery Indicator = 1		
69641	Bilateral Surgery Indicator = 1		
69642	Bilateral Surgery Indicator = 1		
69643	Bilateral Surgery Indicator = 1		
69644	Bilateral Surgery Indicator = 1		

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

Códigos Codes	Non-facility PE RVU	Facility PE RVU	Malpractice RVU	Work RVU	Fees			
					PR non-fac	PR facility	VI non-fac	VI facility
G0336-26	0.51	0.51	0.05	1.5	\$70.06	\$70.06	\$77.36	\$77.36
G0341	2.73	2.73	0.48	6.98	\$337.99	\$337.99	\$382.87	\$382.87
G0342	5.32	5.32	1.46	11.92	\$601.10	\$601.10	\$702.94	\$702.94
G0343	8.82	8.82	2.05	19.85	\$996.13	\$996.13	\$1,154.81	\$1,154.81

Para los detalles completos relacionados a estos cambios, por favor vea la instrucción oficial emitida a su contratista. Puede ver dicha instrucción en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

En ese sitio Web, busque el CR3505 en la columna "CR NUM" a la derecha y marque el archivo de dicho CR.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su contratista en el 1-877-715-1921.

**** Reemplazo Total de la Petición de Cambio 3415, Se Cancela la Petición de Cambio 3415**

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier and intermediary regarding this change. That instruction may be viewed by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that Web page, look for CR3505 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.

****Full Replacement of CR 3415, CR 3415 Is Rescinded**

CR3505/Pub.100-04 MCP/Trans. 306/October 1, 2004/ELS
CR3415/Pub.100-04 MCP/Trans. 278/August 13, 2004

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LA INICIATIVA DE CODIFICACIÓN CORRECTA (CCI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), VERSIÓN 10.3, VIGENTE EL 1 DE OCTUBRE DE 2004

Proveedores Afectados

Médicos

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este es un recordatorio a los médicos de las actualizaciones trimestrales de las iniciativas de codificación correcta, (CCI, por sus siglas en inglés). La última ronda de correcciones a la CCI entró en vigor el 1 de octubre de 2004.

QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 10.3, EFFECTIVE OCTOBER 1, 2004

Provider Types Affected

Physicians

Provider Action Needed

This is a reminder for physicians to take note of the quarterly updates to the coding initiatives. The next round of CCI edits will be effective on October 1, 2004.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Los médicos pueden ver las correcciones actuales de CCI y las correcciones actuales del "Mutually Exclusive Code" (MEC, por sus siglas en inglés) en la página electrónica de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CM, por sus siglas en inglés) en: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits>.

La página electrónica se actualizará con los éditos a la versión 10.3 tan pronto como estén vigentes.

Trasfondo

La Iniciativa Nacional de Codificación Correcta ("National Correct Coding Initiative") desarrollada por CMS ayuda a promover las metodologías de la codificación correcta nacional y controla la codificación impropia. Las políticas de codificación que se desarrollan se basan en los convenios definidos en el Manual de los Códigos de Procedimientos (CPT, por sus siglas en inglés) de la Asociación Médica Americana, políticas y éditos nacionales y locales, guías de codificación desarrolladas por sociedades nacionales, el análisis del estándar de la práctica médica y quirúrgica y la revisión de la práctica de codificación actual.

El grupo de correcciones más reciente de CCI, Versión 10.3, entró en vigor el 1 de octubre de 2004.

Esta versión incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 a este momento y está organizada en dos tablas: Columna 1/Columna 2 Editos de Codificación Correcta ("Correct Coding Edits") y Editos de MEC.

Información Adicional

Los archivos de CCI y MEC se mantendrán solamente en el Manual Electrónico, Capítulo 23, Sección 209 ("Internet Only Manual, Chapter 23, Section 20.9") y puede accederlo en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp

Billing Policies

Physicians may view the current CCI edits and the current Mutually Exclusive Code (MEC) edits on the Centers for Medicare & Medicaid web site at: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits>

The Web site will be updated with the Version 10.3 edits as soon as they are effective.

Background

The National Correct Coding Initiative developed by CMS helps promote national correct coding methodologies and controls improper coding. The coding policies developed are based on coding conventions defined in the American Medical Association's Current Procedural Terminology (CPT) manual, national and local policies and edits, coding guidelines developed by national societies, analysis of standard medical and surgical practice, and review of current coding practice.

The latest package of CCI edits, Version 10.3, is effective on October 1, 2004.

This version 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 MEC Edits.

Additional Information

The CCI and MEC files will be maintained in the Internet Only Manual, Chapter 23, Section 20.9, which can be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp

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

Políticas de Pago

TARIFAS DE LAS VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA (CPT 90658) Y NEUMOCOCO (CPT 90732) CUANDO ESTÉN BASADAS EN EL 95 POR CIENTO DEL PRECIO PROMEDIO DE VENTA AL POR MAYOR

Proveedores Afectados

Médicos, Profesionales de la Salud, Proveedores y Suplidores

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

A partir del 1 de septiembre de 2004 Medicare Parte B pagará por la Vacuna contra la Influenza (Código de Procedimiento (CPT, por sus siglas en inglés) 90658) \$10.10 y por la Vacuna contra el Neumococo (CPT 90732) \$23.28 (cuando la tarifa se base en el 95 por ciento del precio promedio de venta al por mayor).

No aplica el deducible y co-aseguro anual de la Parte B a dichas tarifas.

Sea consciente de esta información de precio para asegurar que sus reclamaciones se procesan correctamente. Su contratista no ajustará las reclamaciones procesadas con fechas previas a la fecha de implementación del 1 de octubre de 2004, salvo que usted traiga dichas reclamaciones a su atención.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial que se emitió con respecto a este Cambio de Petición (CR, por sus siglas en inglés) 3490 en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Una vez allí, refiérase a la columna "CR NUM" a la derecha y marque el archivo CR 3490.

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

Billing Policies

PAYMENT AMOUNTS FOR THE INFLUENZA VIRUS VACCINE (CPT 90658) AND THE PNEUMOCOCCAL VACCINE (CPT 90732) WHEN PAYMENT IS BASED ON 95 PERCENT OF THE AVERAGE WHOLESALE PRICE (AWP)

Provider Types Affected

Physicians, non-physician practitioners, providers, and suppliers

Provider Action Needed

Effective September 1, 2004, the Medicare Part B payment allowance for the Influenza Virus Vaccine [CPT 90658] is \$10.10 and for the Pneumococcal Vaccine [CPT 90732] is \$23.28 (when payment is based on 95 percent of the AWP).

Annual Part B deductible and coinsurance amounts do not apply

Please take note of this pricing information to ensure accurate claims processing. Your carrier or fiscal intermediary will not search their files to adjust claims that were processed prior to the October 1, 2004 implementation date unless you bring such claims to their attention.

Additional Information

The official instruction issued regarding this change can be found online, referenced via CR 3490, at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

On the above online page, scroll down while referring to the CR column on the right to find the link for CR 3490. Click on the link to open and view the file for the CR.

If you have questions regarding this issue, you may also contact your carrier 1-877-715-1921.

CR3490/Pub.100-20 OTN/Trans. 114/September 17, 2004/ELS

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN DE CARGO RAZONABLE DEL 2005 PARA ENTABLILLADOS, YESOS, EQUIPO Y SUMINISTROS DE DIÁLISIS, ZAPATOS TERAPÉUTICOS Y CIERTOS LENTES INTRAOCULARES

Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores

Acción Necesaria de los Proveedores

Esta instrucción provee detalles con respecto al cálculo de cargos razonables para entablillados, yesos, equipo y suministros de diálisis y lentes intraoculares provistos en el año fiscal 2005.

Trasfondo

Pago a base de cargos razonables requerido para entablillados, yesos, equipo y suministros de diálisis y lentes intraoculares por las regulaciones contenidas en el Código de Regulaciones Federales 42 (CFR) 405.501.

El Acta de Modernización de Medicare de 2003 (MMA Sección 627) cambia la metodología de pago de cargo razonable al de tarifas fijas **ortopédicas y de prótesis para los códigos HCPCS A5500, A5501, A5503-A5507, K0628 y K0629 de zapatos terapéuticos**. Se proveerá información adicional de la actualización de precios para zapatos terapéuticos en un artículo separado para la actualización del 2005 de Equipo Médico Duradero, Prótesis, Equipo Ortopédico y de tarifas fijas de suministros (DMEPOS).

Para entablillados y yesos aplicará lo siguiente:

- Las cantidades estarán basadas en: las cantidades incrementadas en 3.30% para el 2004, el cambio en el por ciento en el índice de precios para todos los consumidores urbanos del período de 12 meses que termina el 30 de junio de 2003.

Billing Policies

MMA - REASONABLE CHARGE UPDATE FOR 2005 FOR SPLINTS, CASTS, DIALYSIS SUPPLIES, DIALYSIS EQUIPMENT, THERAPEUTIC SHOES, AND CERTAIN INTRAOCULAR LENSES

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers.

Provider Action Needed

This instruction provides details regarding the calculation of reasonable charges for the payment of claims for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and intraocular lenses furnished in calendar year 2005.

Background

Payment on a reasonable charge basis is required for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and intraocular lenses by regulations contained in 42 Code of Federal Regulations (CFR) 405.501.

*This instruction provides details regarding the calculation of reasonable charges for payment of claims for **splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and intraocular lenses** furnished in calendar year 2005. For **therapeutic shoe HCPCS codes A5500, A5501, A5503-A5507, K0628, and K0629** the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA, Section 627) changes the payment methodology from reasonable charge to the prosthetic and orthotic fee schedule. Further information on the pricing update for therapeutic shoes will be provided in a separate article for the 2005 update of the Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule.*

For splints and casts the following applies:

- The 2005 gap-filled amounts will be based on the 2004 amounts increased by 3.3 percent, the percentage change in the consumer price index for all urban consumers for the 12-month period ending June 30, 2003.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- **Para entablillados y yesos** provistos por departamentos de hospitales de servicio ambulatorio, el pago se construye en el Sistema de Pago Prospectivo Ambulatorio (OPPS).
- **Para materiales de entablillados y yesos**, los pagos se harán solamente a base de cargos razonables para materiales de entablillados y yesos usados por médicos u otros practicantes para reducir una fractura o dislocación y este pago es adicional al pago hecho bajo el itinerario de tarifas del médico para el procedimiento donde se aplicará el entablillado o el yeso.
- **Para lentes intraoculares (HCPCS V2630, V2631 y V2632)** el pago se realiza sólo a base de cargos razonables para lentes implantados en la oficina del médico.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2005.

Información Adicional

Para detalles completos, favor de ver la instrucción oficial emitida a su intermediario fiscal con respecto a este cambio. Esa instrucción podrá ser vista en la siguiente dirección: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Desde esa página busque el CR-3430 en la columna CR NUM y oprima en el archivo de ese CR.

Este CR tiene una lista detallada de los códigos de HCPCS para entablillados y yesos con pagos asociados que el DMERC usará al hacer pago en el 2005 basado en lo más bajo del cargo actual o la cantidad del pago.

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

Billing Policies

- **For splints and casts** furnished by hospital outpatient departments, payment is built into the Outpatient Prospective Payment System (OPPS) payment amounts.
- **For splint or cast materials**, payment is only made on a reasonable charge basis for splint or cast materials used by physicians or other practitioners to reduce a fracture or dislocation, and this payment is in addition to the payment made under the physician fee schedule for the procedure for applying the splint or cast.
- **For intraocular lenses (HCPCS codes of V2630, V2631, and V2632)**, payment is only made on a reasonable charge basis for lenses implanted at a physician's office.

Implementation

The implementation date for this instruction is January 3, 2005.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier or DMERC regarding this change at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

From that Web page, look for CR3430 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

That CR has a detailed list of HCPCS codes for splints and casts with associated gap-filled payment amounts that your carrier will use in making payment in 2005 based on the lower of the actual charge or the gap-filled payment amount.

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

Pub. 100-04 Trans. 297/CR-3430/September 10, 2004/lván

Políticas de Pago

REEMBOLSO DE LAS PRUEBAS EN EQUIPO AUTOMÁTICO DE CANALES MÚLTIPLES PARA LA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y Centros de Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los proveedores afectados deben observar que esta instrucción comienza la implementación de procedimientos para cumplir con el requisito de la política de pago del 50/50 para los servicios de laboratorio relacionados a ESRD. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) escalonarán la programación de esta política de pagos en lanzamientos múltiples.

Los laboratorios independientes no deberán revisar sus procedimientos de facturación en este momento. CMS publicará información adicional en el futuro para educar a los proveedores con respecto a la fecha de vigencia de los procedimientos de facturación revisados. Hasta nuevo aviso, los contratistas de Medicare tendrán “front-end edits” para rechazar cualquier línea de ítems con los modificadores “CD”, “CE,” o “CF”, según lo mencionado en este artículo.

Trasfondo

El pago de tarifa compuesta de Medicare a un centro ESRD o el pago mensual de capitación (MCP, por sus siglas en inglés) a un médico incluye el reembolso de ciertas pruebas rutinarias de laboratorio clínico suministradas a un beneficiario ESRD.

- El pago por separado de pruebas en equipo automático de canales múltiples (AMCC, por sus siglas en inglés) (para un beneficiario ESRD) **se** permite cuando **más** del 50 por ciento de todas las pruebas de AMCC, cubiertas por Medicare y prestadas en una fecha determinada de servicio, son pruebas que no están incluidas en el pago de tarifa compuesta pagada al centro ESRD o en el pago mensual de capitación (MCP, por sus siglas en inglés) al médico. En este caso,

Billing Policies

END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) REIMBURSEMENT FOR AUTOMATED MULTI-CHANNEL CHEMISTRY TESTS (AMCC)

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and ESRD facilities.

Provider Action Needed

Affected providers should note that this instruction begins the implementation of procedures to enforce compliance with the 50/50 payment policy for End Stage Renal Disease (ESRD)-related laboratory services. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is staggering the programming for this payment policy over multiple releases.

Independent labs are not to revise their billing procedures at this time. CMS will release additional provider education in the future to educate providers regarding the effective date of revised billing procedures. Medicare carriers will have front-end edits to reject any line items containing the “CD,” “CE,” or “CF” modifiers, as referenced in this article, until further notice.

Background

Medicare’s composite rate payment to an ESRD facility or Monthly Capitation Payment (MCP) to a physician includes reimbursement for certain routine clinical laboratory tests furnished to an ESRD beneficiary.

- *Separate payment for AMCC tests (for an ESRD beneficiary) **is** permitted when **more** than 50 percent of all Medicare-covered AMCC tests furnished on a particular date of service are tests that are not included in the composite payment rate paid to the ESRD facility or capitation payment made to the MCP physician. In*

Cont. on next page

Políticas de Pago

todas las pruebas de AMCC (pruebas de tarifa compuesta y pruebas no sujetas a la tarifa compuesta) suministradas en una fecha determinada de servicio se pagarán por separado.

- El pago por separado de pruebas de AMCC (para un beneficiario ESRD) **no se** permite cuando **menos** del 50 por ciento de todas las pruebas de AMCC, cubiertas por Medicare y prestadas en una fecha determinada de servicio, son pruebas que no están incluidas en el pago de tarifa compuesta del centro ESRD o en el pago MCP al médico. En este caso ninguna de las pruebas de AMCC (incluyendo pruebas no sujetas a la tarifa compuesta) suministradas en una fecha determinada de servicio se pagará por separado.

En otras palabras, si el 50 por ciento o más de las pruebas cubiertas están incluidas en el pago de tarifa compuesta, entonces todas las reclamaciones sometidas están incluidas dentro de la tarifa compuesta. En este caso, no se hace ningún pago por separado además de los pagos de tarifa compuesta para cualesquiera de las pruebas que pueden facturarse separadamente. Sin embargo, si más del 50 por ciento de las pruebas cubiertas son pruebas no sujetas a los pagos de la tarifa compuesta, entonces todas las pruebas de AMCC sometidas para una fecha determinada de servicio se pagarán por separado.

Definición de Pruebas No Sujetas al Pago de Tarifa Compuesta

Una prueba no sujeta al pago de tarifa compuesta se define como cualquier examen que se reembolsa por separado fuera del pago de la tarifa compuesta o más allá de la frecuencia normal que es razonable y necesaria bajo la cubierta de tarifa compuesta. Además, todas las químicas ordenadas para beneficiarios ESRD en diálisis crónica se deben facturar individualmente y se rechazarán cuando se facturen como un panel.

El médico que ordena los exámenes es responsable de identificar el modificador adecuado

Billing Policies

this event, all of the AMCC tests (composite payment rate tests and non-composite payment rate tests) furnished on that date are separately payable.

- *Separate payment for AMCC tests (for an ESRD beneficiary) is not permitted if less than 50 percent of all Medicare-covered AMCC tests furnished on a particular date of service are tests that are not included in the composite payment rate paid to the ESRD facility or capitation payment made to the MCP physician. In this event, no AMCC test (including non-composite payment rate tests) furnished on that date are separately payable.*

In other words, if 50 percent or more of the covered tests are included under composite payment rate tests, then all submitted claims are included within the composite payment. In this case, no separate payment in addition to the composite payment rate is made for any of the separately billable tests. However, if more than 50 percent of the covered tests are non-composite payment rate tests, then all AMCC tests submitted for that date of service are separately payable.

Defining Non-Composite Payment Rate Tests

A non-composite payment rate test is defined as any test separately reimbursable outside of the composite payment rate or beyond the normal frequency covered under the composite payment rate that is reasonable and necessary. Also, all chemistries ordered for beneficiaries with chronic dialysis for ESRD must be billed individually and must be rejected when billed as a panel.

The physician who orders the tests is responsible for identifying the appropriate

Cont. on next page

Políticas de Pago

para cada prueba que ordena y tres modificadores de precios distintos identifican por separado las diferentes situaciones de pago de ESRD por servicios en equipo automático de canales múltiples (AMCC, por sus siglas en inglés) como sigue:

- **CD** – Prueba de AMCC ordenada por un centro ESRD o un médico MCP que es parte del pago de tarifa compuesta y que no se factura separadamente.
- **CE** – Prueba de AMCC ordenada por un centro ESRD o un médico MCP que es parte del pago de tarifa compuesta, pero que está más allá de la frecuencia normal cubierta bajo la tarifa y que se reembolsa por separado a base de la necesidad médica.
- **CF** – Prueba de AMCC que no es parte de la tarifa compuesta y que es una prueba que se puede facturar por separado ordenada por un centro ESRD o un médico MCP.

Además, las pruebas de laboratorio clínico de ESRD identificadas con los modificadores “CD”, “CE,” o “CF” no se pueden facturar como paneles de órganos o de enfermedad. Luego de la fecha de vigencia de este requisito, todas las pruebas de laboratorio clínico de enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) tienen que facturarse individualmente.

Sistema de Cálculo Estándar del Contratista

El sistema estándar del contratista de Medicare calculará el número de servicios de AMCC provistos para cualquier fecha de servicio dada. Para una fecha de servicio debe unir todas las pruebas AMCC que tengan un modificador “CD” y dividir por la suma de todas las líneas de ítems con un modificador “CD”, “CE”, o “CF” para el mismo beneficiario y facturación del mismo suplidor/proveedor para cualquier fecha de servicio dada.

- Si el resultado del cálculo para una fecha de servicio es 50 por ciento o mayor, el contratista no pagará por la prueba.
- Si el resultado del cálculo para una fecha de servicio es menor del 50 por ciento, el contratista pagará por toda la prueba.

El contratista ajustará una reclamación previa cuando una reclamación que llega para una fecha de servicio se compara con una reclamación en el

Billing Policies

modifier when ordering the test(s), and three pricing modifiers discreetly identify the different payment situations for ESRD AMCC services as follows:

- **CD** – AMCC test that has been ordered by an ESRD facility or MCP physician that is part of the composite rate and is not separately billable.
- **CE** – AMCC test that has been ordered by an ESRD facility or MCP physician that is a composite rate test but is beyond the normal frequency covered under the rate and is separately reimbursable based on medical necessity.
- **CF** – AMCC that is not part of the composite rate and is a separately billable test that has been ordered by an ESRD facility or MCP physician.

In addition, the ESRD clinical laboratory test identified with modifiers “CD”, “CE,” or “CF” may not be billed as organ or disease panels. Upon the effective date of this requirement, all ESRD clinical laboratory tests must be billed individually.

Carrier Standard System Calculation

The Medicare carrier’s standard system will calculate the number of AMCC services provided for any given date of service. For a date of service, it should add all AMCC tests that have a CD modifier and divide by the sum of all line items with a CD, CE or CF modifier for the same beneficiary and billing supplier/provider for any given date of service.

- *If the result of the calculation for a date of service is 50 percent or greater, the carrier will not pay for the test.*
- *If the result of the calculation for a date of service is less than 50 percent, the carrier will pay for all of the test.*

The carrier will adjust a previous claim when the incoming claim for a date of service is

Cont. on next page

Políticas de Pago

historial y la acción es pagar una reclamación previamente denegada. El contratista de Medicare distribuirá la cantidad del pago sobre cada línea de ítems en ambas reclamaciones (la reclamación en el historial y la reclamación que llega).

Centros ESRD

Los centros ESRD deben especificar para cada prueba, al ordenar pruebas AMCC relacionadas a ESRD, si la prueba es:

- Parte de la tarifa compuesta y no se paga por separado;
- Una prueba de la tarifa compuesta, pero que en la fecha en que se ordena ésta está más allá de la frecuencia cubierta bajo la tarifa compuesta, por consiguiente se paga por separado; o
- No es parte de la tarifa compuesta de ESRD y se paga separadamente.

Laboratorios

Los laboratorios deben hacer lo siguiente:

- Identificar las pruebas no incluidas en el pago de la tarifa compuesta del centro ESRD;
- Identificar las pruebas de diálisis crónica ordenadas para ESRD como sigue:
 - Modificador "CD": prueba AMCC que es parte del pago de la tarifa compuesta y no se factura por separado y la ordenó un centro ESRD o un médico MCP.
 - Modificador "CE": prueba AMCC que es una prueba de la tarifa compuesta, pero que está más allá de la frecuencia normal de la cubierta de tarifa compuesta y se reembolsa por separado basado en la necesidad médica y la ordena un centro ESRD o un médico con pago mensual de capitación (MCP, por sus siglas en inglés).
 - Modificador "CF": prueba AMCC que no es parte del pago de la tarifa compuesta y se puede facturar por separado y la ordenó un centro de enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o un médico MCP.
- Facturar todas las pruebas ordenadas para un beneficiario ESRD en diálisis crónica individualmente y no como un panel.

Billing Policies

compared to a claim on history and the action is to pay a previously denied claim. The Medicare carrier will spread the payment amount over each line item on both claims (the claim on history and the incoming claim).

ESRD Facilities

ESRD facilities must specify for each test, when ordering an ESRD-related AMCC tests, whether the test is:

- *Part of the composite rate and not separately payable;*
- *A composite rate test but is, on the date of the order, beyond the frequency covered under the composite rate and thus separately payable; or*
- *Not part of the ESRD composite rate and thus separately payable.*

Laboratories

Laboratories must identify the following:

- *Tests not included within the ESRD facility composite rate payment.*
- *Tests ordered for chronic dialysis for ESRD as follows:*
 - *Modifier CD: AMCC Test that is part of the composite rate and is not separately billable and has been ordered by an ESRD facility or MCP physician.*
 - *Modifier CE: AMCC Test that is a composite rate test but is beyond the normal frequency covered under the rate and is separately reimbursable based on medical necessity and has been ordered by an ESRD facility or MCP physician.*
 - *Modifier CF: AMCC Test that is not part of the composite rate and is separately billable and has been ordered by an ESRD facility or MCP physician.*
- *Bill all tests ordered for a chronic dialysis ESRD beneficiary individually and not as a panel.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

Las pruebas de laboratorio sujetas a esta regla son aquellas pruebas incluidas dentro de las pruebas en equipo automático de canales múltiples (AMCC, por sus siglas en inglés) y solamente cuando se le suministran a un beneficiario ESRD basados en una orden por:

- Un médico que presta servicios de cuidado en el centro de diálisis; o
- Un médico MCP para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) del beneficiario.

Implementación

Esta instrucción se implementará en lanzamientos múltiples. La fecha de implementación parcial que se aspira es el 6 de julio de 2004. Esta implementación parcial incluye el cálculo de los pagos a la tarifa más baja para estas pruebas automatizadas, la aplicación de la regla del 50/50, comparación de las reclamaciones con reclamaciones previas en el historial para la misma fecha de servicio y la denegación de cualesquiera de las líneas de ítems con los modificadores "CD," "CE," y "CF".

Información Relacionada

El Manual de Medicare del Procesamiento de Reclamaciones, Capítulo 16 (Servicios de Laboratorio por Laboratorios Independientes, Médicos y Proveedores), Sección 40 (Facturación por Pruebas de Laboratorio Clínico), Sub-Sección 6.1 (Facturación de Pruebas de Laboratorio Relacionadas con Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)) se revisó y se puede encontrar en la Transmisión 79 de la Publicación 100-04, la publicación original de la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 2813. Puede encontrar el CR original en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R79CP.pdf

Puede encontrar la re-emisión más reciente, que incluye tablas que detallan las pruebas incluidas en este asunto, en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R198CP.pdf

Esta Transmisión que es la 198, también tiene algunos ejemplos útiles de facturación de estas pruebas al igual que tablas que indican las pruebas que son parte del pago de la tarifa compuesta y cuáles no son parte de dicha tarifa.

Billing Policies

The laboratory tests subject to this rule are those tests included within AMCC tests and then only when furnished to an ESRD beneficiary, based upon an order by:

- *A doctor rendering care in the dialysis facility; or*
- *An MCP physician for the diagnosis and treatment of the beneficiary's ESRD.*

Implementation

The implementation date is January 3, 2005. The partial implementation on October 4, 2004, includes the calculation of payments at the lowest rate for these automated tests, application of the 50/50 rule, comparing claims to prior claims in history for the same date of service, and the rejection of any line items with the "CD," "CE," and "CF" modifiers.

Related Instructions

The Medicare Claims Processing Manual, Chapter 16 (Laboratory Services from Independent Labs, Physicians, and Providers), Section 40 (Billing for Clinical Laboratory Tests), Subsection 6.1 (Billing for End Stage Renal Disease (ESRD) Related Laboratory Tests) was revised and can be found in Transmittal 79 of Pub 100-04, the original release of CR2813. This original CR may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R79CP.pdf

The official instruction issued to your carrier on these changes may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R198CP.pdf

This transmittal, which is Transmittal 198, also has some helpful examples of billing these tests as well as tables to show which tests are part of the composite rate and which are not.

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

CR2813/Transmittal 198/Pub. 100-04MCP/4 de junio de 2004/ELS

Mamografía

MENSAJES Y CÓDIGOS DE DENEGACIÓN DEL RESUMEN DE MEDICARE PARA MAMOGRAFÍA

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que facturan por servicios de mamografía.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los suplidores y proveedores deben observar que este artículo discute los cambios en los Resúmenes de Medicare (MSNs, por sus siglas en inglés), los cuales se envían a los beneficiarios de Medicare y los mensajes relacionados con las reclamaciones de mamografía en las Remesas de Pago enviadas a proveedores y suplidores.

Trasfondo

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare publicó instrucciones revisadas sobre cuál de los mensajes en el MSN y cuál de los códigos ANSI X-12 835¹ "Adjustment Reason Code" se usará en la Remesa de Pago al Medicare procesar reclamaciones de mamografía. Las traducciones al español para cada mensaje nuevo del MSN también se añadieron a la revisión del manual.

Mensajes de la Remesa de Pago

Para los proveedores/suplidores que facturan a los contratistas, los mensajes en la Remesa de Pago serán como sigue:

- Para reclamaciones sometidas por una institución no certificada para realizar mamografías digitales, la Remesa de Pago tendrá el Código de Denegación B6 "Este pago se ajusta cuando lo realiza/factura este tipo de proveedor, este tipo de proveedor en este tipo de institución o por un proveedor de esta especialidad" junto con el Código de Comentario N92 "Esta institución no está certificada para mamografía digital."

¹ Las transacciones del "American National Standards Institute" (ANSI) "Accredited Standards Committee (ASC) X-12 son parte de la "Transactions and Code Sets Rule" seleccionadas por HIPAA.

Mammography

MSN MESSAGES AND REASON CODES FOR MAMMOGRAPHY

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 Notices (MSNs), which are sent to Medicare beneficiaries, and Remittance Advice messages sent to providers and suppliers regarding mammography claims.

Background

Revised instructions for the Medicare Claims Processing Manual have been issued regarding which MSN message and ANSI X-12 835¹ Adjustment Reason Code will be used on the Remittance Advice when Medicare processes mammography claims. The Spanish translation for each new MSN message 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:

- *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 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."*

¹American National Standards Institute (ANSI) Accredited Standards Committee (ASC) X-12 transactions are part of the Transactions and Code Sets Rule selected by HIPAA.

Cont. on next page

Mamografía

- Para reclamaciones sometidas por un centro no certificado para realizar mamografía tradicional (que utiliza placa de rayos-x), los contratistas usarán el Código de Denegación existente B6, “Este pago se ajusta cuando lo realiza/factura este tipo de proveedor, este tipo de proveedor en este tipo de institución o por un proveedor de esta especialidad” junto al Código de Comentario N110 “Este centro no está certificado para mamografía tradicional (que utiliza placa de rayos-x).”
- Para reclamaciones que se sometieron con un número inválido o que les faltó el número de identificación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), el contratista usará el Código de Denegación existente CO16 “La reclamación carece de información que es necesaria para la adjudicación,” junto con el Código de Comentario MA128 “Falta/incompleto/inválido número de identificación de seis dígitos aprobado por la FDA.”

Implementación

La fecha de implementación para estos cambios es el 25 de septiembre de 2004.

Instrucciones Relacionadas

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de 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 y 20.8.2 (Mensajes en el Resumen de Medicare) puede encontrarlos en la página electrónica de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp

Puede encontrar la instrucción oficial emitida a su contratista sobre este cambio en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

En dicha página electrónica, busque la Petición de Cambio 2617 (CR, por sus siglas en inglés) en la columna de CR NUM a la derecha y seleccione el archivo para ese CR.

Si tiene alguna pregunta, por favor, llámenos al 1-877-715-1921.

Mammography

- For claims submitted by a facility not certified to perform film mammographies, carriers will use existing reason code B6, “This payment is adjusted when performed/billed by this type of provider, by this type of provider in this type of facility, or by a provider of this specialty” along with remark code N110 “This facility is not certified for film mammography.”
- For claims that were submitted with an invalid or missing FDA identification number, use existing reason code 16 “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 at: 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/Trans. 298/Pub.100-04 MCP/Sept.10, 2004/EMD/els

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

IMPLEMENTACIÓN PROPUESTA A UN BONO EN LA ESCASEZ DE MÉDICOS Y REVISIÓN A LA ESCASEZ EN EL ÁREA DE PROFESIONALES DE LA SALUD (HPSA)

NOTA: El lenguaje utilizado en este artículo de Medlearn refleja una guía en la facturación y procesamiento de reclamaciones de acuerdo a los requisitos en áreas de escasez de médicos (PSA) y profesionales de la salud (HPSA, por sus siglas en inglés) discutidos en el Informe de Reglas Propuestas (NPRM) para el Manual de Tarifas Fijas de Médicos 2005, el cual se publicó el 5 de agosto de 2004. Este lenguaje refleja nuestros esfuerzos de implementación y está sujeto a cambios conforme con la publicación de la regla final. Cuando la regla final se publique, también se publicará información adicional.

Tipo de Proveedor Afectado

Hospitales de cuidado crítico (CAHs) localizados en áreas designadas de escasez de profesionales de la salud que hayan elegido el método de pago II.

Acción Necesaria del Proveedor

Las Secciones 413a y 413b del "Medicare Modernization Act" (MMA) requieren el pago de un bono adicional de un cinco por ciento por servicios médicos prestados en un hospital de cuidado crítico, que haya elegido el método de pago II y que esté localizado en un área designada de escasez médica (PSA.)

Qué Necesita Saber

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid emitieron un Informe de Normas Propuestas (NPRM) describiendo cómo podrían implementar estas condiciones, pero los requisitos de dicho informe están sujetos a cambio dependiendo de la publicación de la regla final para el Manual de Tarifas Fijas de Médicos 2005.

Health Professional Shortage Area (HPSA)

MMA-PROPOSED IMPLEMENTATION OF THE PHYSICIAN SCARCITY BONUS AND REVISION TO THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA)

SPECIAL NOTE: The language contained in this Medlearn article reflects proposed billing and claims processing guidance consistent with the Healthcare Professional Shortage Area (HPSA) and Physician Scarcity Area (PSA) requirements discussed in the Notice of Proposed Rulemaking (NPRM) for the 2005 Physician Fee Schedule, which was published on August 5, 2004. This language reflects our current implementation efforts and is subject to change consistent with publication of the final rule. Additional information will be posted when the final rule is published.

Provider Types Affected

Critical Access Hospitals (CAHs) located in a designated PSA/HPSA that have elected method II payment.

Provider Action Needed

Sections 413a and 413b of the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA) requires payment of an additional five percent bonus for physician services rendered in a CAH that has elected method II payment and is located in a designated PSA.

What You Need to Know

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has issued an NPRM describing how CMS **may** implement this provision, but the requirements of the NPRM are subject to change depending on publication of the final rule for the 2005 Physician Fee Schedule.*

Cont. on next page

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Qué Necesita Hacer

Consulte el resto de este artículo para saber cómo esta sección del “Acta de Modernización de Medicare” MMA **puede implementarse sujeta a la publicación de la regla final para el Manual de Tarifas de Médicos 2005.**

Trasfondo

CMS emitió un Informe de Normas Propuestas NPRM describiendo cómo pueden implementar esta disposición, pero los requisitos de este informe están sujetos a cambio dependiendo de la publicación de la regla final para el Manual de Tarifas Fijas de Médicos 2005.

Estipulaciones para el Área de Escasez Médica

La Sección 413A del Acta de Modernización de Medicare MMA requiere que se le pague a los médicos en áreas designadas de escasez médica PSAs un bono de un cinco por ciento adicional. Este bono es aparte del pago que debe hacerse a los médicos asignados por servicios prestados.

Basado en la cantidad que se paga actualmente (no el pago aprobado por Medicare para cada servicio) y en la fecha del servicio, Medicare pagará un bono de cinco por ciento trimestralmente. Un solo servicio puede ser elegible para el nuevo bono de escasez médica y el bono actual en áreas de escasez de profesionales de la salud. El pago se basará en el código postal del lugar donde se llevó a cabo el servicio.

Por otro lado, el bono en la escasez de médicos se pagará solamente a las áreas designadas de la práctica general como: medicina de familia, medicina interna y obstetricia/ginecología por servicios prestados dentro de estas áreas designadas. El bono también se pagará por servicios en dichas áreas para todas las especialidades médicas excepto las siguientes: cirugía oral (sólo dentista), quiropráctico, optómetra y podiatra.

Health Professional Shortage Area (HPSA)

What You Need to Do

*Refer to the remainder of this article for how this section of MMA **may be implemented, subject to publication of the final rule for the 2005 Physician Fee Schedule.***

Background

CMS has issued an NPRM describing how CMS may implement this provision, but the requirements of the NPRM are subject to change depending on publication of the final rule for the 2005 Physician Fee Schedule.

Physician Scarcity Area Provision

The MMA, section 413a, requires that an additional five percent bonus be paid to physicians in designated PSAs. This bonus is in addition to the amount of payment that would be made for services rendered by designated physicians.

Based on the amount actually paid (not the Medicare approved payment amount for each service) and on date of service, Medicare will pay a five percent physician scarcity bonus on a quarterly basis. A single service may be eligible for both the new physician scarcity bonus and the current HPSA bonus payment.

Payment will be based on the zip code of the location where the service was performed. Also, please note that the physician scarcity bonus will be paid for only the primary care designations of general practice, family practice, internal medicine, and obstetrics/gynecology for services within the designated areas. The bonus will also be paid for services in those areas for all physician provider specialties except the following: oral surgery (dentist only), chiropractic, optometry, and podiatry.

Cont. on next page

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Uno de los siguientes modificadores debe acompañar el código HCPCS para indicar el tipo de médico:

- AG – médico primario
- AF – médico especializado

Por otro lado, si el hospital de cuidado crítico tiene conocimiento de que su área se considera una de escasez médica PSA, pero si la misma se designó como tal luego de crearse el archivo de PSA, el hospital deberá incluir el modificador AR. Dicho hospital incluirá el modificador AK si el médico es uno no participante.

Disposición HPSA

La Sección 413b del Acta de Modernización de Medicare MMA requiere que para los códigos postales que pertenecen a condados designados como áreas de escasez de profesionales de la salud, el bono se pagará por servicios prestados en lugares con dichos códigos postales. CMS también pagará un bono para aquellos códigos postales que se consideren pertenecer totalmente al condado, basado en una determinación de predominio hecha por el Servicio Postal de Estados Unidos (USPS). Esto también aplicaría para aquellos códigos postales que pertenezcan a áreas dentro del condado con una escasez parcial de profesionales de la salud. Los hospitales de cuidado crítico no tendrán que incluir el modificador QB o QU en reclamaciones de estos lugares para recibir el pago del bono por servicios médicos.

Para los códigos postales que no pertenezcan a condados con escasez total de profesionales de la salud HPSA o, por el contrario, que pertenezcan a condados con una escasez parcial de profesionales de la salud HPSA), los hospitales de cuidado crítico deberán continuar anotando el modificador HCPCS QB o QU en la reclamación para recibir el bono. Además, necesitarán someter el modificador para nuevas áreas de escasez de profesionales de la salud designadas por la Administración de Servicios y Recursos de

Health Professional Shortage Area (HPSA)

One of the following modifier(s) must accompany the HCPCS code to indicate the type of physician:

- AG – Primary Physician
- AF – Specialty Physician

Also, if the CAH is aware that their area is now considered a PSA, but the area was designated as such after the designated PSA file was created, the CAH should include the AR modifier. The CAH should also include the AK modifier if the physician is a non-participating physician.

HPSA Provision

Section 413b of the MMA requires that for zip codes that fall fully into counties designated as HPSAs, the HPSA bonus payment will be automatically paid for services rendered in locations with those zip codes. CMS will also automatically pay a bonus for those zip codes that are considered to fall fully in the county based on a determination of dominance made by the United States Postal Service (USPS), and for those zip codes that fall fully within partial county HPSAs. CAHs will no longer have to include the QB or QU modifier on claims from these locations to receive the bonus payment for physician services.

For zip codes that do not fall within a full county HPSA or fully within a non-full county HPSA, the CAHs must continue to place a HCPCS modifier of QB or QU on the claim to receive the bonus. In addition, they will need to submit the modifier for new HPSA designations made by the Health Resources and Services Administration (HRSA) throughout the year and for any designated areas not included in the automated file of such designations because of the cutoff date of the data used to create that file.

Cont. on next page

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) a través del año y para cualquier área designada que no esté incluida en el archivo automatizado de dichas designaciones debido a que la fecha para crear este archivo cesó.

En resumen, se requiere el modificador solamente si el código postal del lugar donde se prestaron los servicios no se encuentra en la lista de códigos postales que recibirán automáticamente el pago. Las designaciones se pueden identificar accediendo las áreas de escasez del profesional de la salud en la página electrónica de CMS. El bono será efectivo por servicios ofrecidos en o después de la fecha de designación por HRSA.

Se aconseja a los hospitales de cuidado crítico investigar la información del censo en la página electrónica de la Oficina del Censo de Estados Unidos en: <http://www.census.gov> para determinar si ellos califican para el bono HPSA en caso de que el bono no se pueda pagar automáticamente. Como el hospital de cuidado crítico eligió el método de pago II, tendrá que proveer a su intermediario fiscal una lista de médicos por especialidad para todos los médicos que tengan pagos reasignados a dicho hospital.

Los intermediarios continuarán pagando el bono con la cantidad pagada actualmente y no la cantidad aprobada por Medicare para cada servicio trimestralmente. Un servicio sencillo puede ser elegible para el bono HPSA y para el nuevo bono de escasez médica. El pago se basará en el código postal del lugar donde se ofreció el servicio. En este caso podría ser el lugar del hospital de cuidado crítico o el lugar del servicio.

Los siquiátras que ofrecen servicios en un hospital de cuidado crítico en un área de escasez de profesional médico de cuidado primario son elegibles para recibir bonos. Los siquiátras que ofrecen servicios en un hospital de cuidado crítico localizado en un área de escasez de salud mental también son elegibles para recibir bonos. Observe, que los siquiátras pueden recibir el bono de cuidado médico primario o el de salud mental por un servicio, pero no pueden recibir ambos bonos por un servicio.

Health Professional Shortage Area (HPSA)

In brief, the modifier is required only if the zip code of the location where the services are provided is not already on the list of zip codes that will automatically receive the payment. Designations can be identified by accessing the HPSA designations on the CMS web site. The bonus will be effective for services rendered on or after the date of designation by HRSA.

CAHs are advised to investigate the census tract data on the U.S. Census Bureau web site at: <http://www.census.gov> to see if they qualify for the HPSA bonus in the event the bonus cannot be paid automatically. Where the CAH has elected method II payment, the CAH will be requested to supply their FI with a list of physicians, by specialty, for all physicians who have reassigned payment to the CAH.

Intermediaries will continue to pay the bonus on the amount actually paid, not the Medicare-approved payment amount for each service, on a quarterly basis. A single service may be eligible for both the HPSA bonus payment and the new physician scarcity bonus. Payment will be based on the zip code of the location where the service was performed. In this case, it would be the location of the CAH or service location.

Psychiatrists who provide services in a CAH in a primary medical care HPSA are eligible to receive bonus payments. Psychiatrists rendering service in a CAH located in a mental health HPSA are also eligible to receive bonus payments. Please note that psychiatrists may receive either the primary medical care HPSA bonus or the mental health HPSA bonus for a service, but they cannot receive both bonuses for one service.

Cont. on next page

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Fecha de Vigencia

1 de enero de 2005

Información Adicional

Observe que el bono de escasez médica se pagará solamente para cuidado primario a Medicina General (01), Medicina de Familia (08), Medicina Interna (11) y Obstetricia/Ginecología (16). Además, el bono se pagará a todas las especialidades médicas; **excepto** para Cirugía Oral (sólo dentistas) (19), Quiroprácticos (35), Optómetras (41) y Podiatras (48).

Para mayor información, el personal del hospital de cuidado crítico desea revisar el artículo SE-0449 del Medlearn Matters, el cual se puede ver en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/SE0449.pdf>.

El artículo que se encuentra en la dirección electrónica antes mencionada está dirigido a médicos, pero puede ser de gran interés para los hospitales de cuidado crítico que facturen por servicios de médicos que hayan reasignados sus beneficios al hospital de cuidado crítico. El artículo SE-0449 contiene información de cómo determinar si un área es de escasez médica o del profesional de la salud PSA/HPSA. Este artículo informa qué podría suceder, pero la guía final depende de la publicación de la regla final para el Manual de Tarifas Fijas de Médicos 2005.

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

Health Professional Shortage Area (HPSA)

Effective Date

January 1, 2005 is the proposed effective date for this change.

Additional Information

*Note that the physician scarcity bonus will be paid only for primary care designations of General Practice – 01, Family Practice – 08, Internal Medicine – 11, and Obstetrics/Gynecology – 16. In addition, the bonus will be paid for all physician provider specialties, **except for** Oral Surgery (dentist only) – 19, Chiropractic – 35, Optometry – 41, and Podiatry – 48.*

For further reading, CAH staff may wish to review Medlearn Matters article SE0449, which may be found at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/SE0449.pdf>

The article accessed at the above web site is directed at physicians, but may be of interest to CAHs as they bill for services of physicians who have reassigned their benefits to the CAH. SE0449 contains extensive information on how to determine if an area is an HPSA/PSA. As with this article, however, SE0449 states what may happen, but final guidance is dependent on publication of the final rule for the 2005 Physician Fee Schedule.

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

SE-0453

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

SERVICIOS INCIDENTALES

Tipo de Proveedores Afectados

Todos los proveedores de servicios profesionales de Medicare.

Acción Necesaria del Proveedor

Ninguna. Este artículo es solamente informativo. El mismo aclara cuándo y cómo facturar por servicios incidentales profesionales.

Trasfondo

El propósito de este artículo es aclarar los servicios incidentales facturados por los médicos y profesionales de salud a los contratistas. Los servicios incidentales se definen como aquellos servicios que se ofrecen incidentales a los servicios profesionales del médico en la oficina (si está localizada en una oficina separada o dentro de una institución) o en el hogar del paciente. Estos servicios se facturan a su contratista como si usted personalmente los proveyera y se pagan bajo la tarifa fija del médico.

Nota: Servicios incidentales también son relevantes a los servicios supervisados por ciertos profesionales de la salud como asistentes de médicos, enfermeras prácticas, enfermeras clínicas, enfermeras parteras o psicólogos clínicos. Estos servicios están sujetos a los mismos requisitos que los servicios de un médico supervisado. El precio de los servicios es de acuerdo a la tarifa pagada al supervisor, quien es la persona responsable de ofrecer el servicio. Recuerde que servicios incidentales supervisados por profesionales de la salud son reembolsables a las tarifas pagadas al supervisor y no a la tarifa fija del médico. Este artículo se referirá a servicios de médicos incluyendo a los profesionales de la salud.

- Para calificar los servicios como incidentales, éstos deben ser parte del transcurso normal del tratamiento de su paciente, durante el cual un médico **personalmente realiza un servicio inicial** y permanece implicado

Services Incident to the Ordering Physician

"INCIDENT TO" SERVICES

Provider Types Affected

All Medicare providers of professional services.

Provider Action Needed

None. This article is for your information only. It clarifies when and how to bill for services "incident to" professional services.

Background

The intent of this article is to clarify "incident to" services billed by physicians and non-physician practitioners to carriers. Incident to" services are defined as those services that are furnished incident to physician professional services in the physician's office (whether the office is located in a separate building or is an office within an institution) or in a patient's home. These services are billed as Part B services to your carrier as if you personally provided them, and are paid under the physician fee schedule.

Note: "Incident to" services are also relevant to services supervised by certain nonphysician practitioners such as physician's assistants, nurse practitioners, clinical nurse specialists, nurse midwives, or clinical psychologists. These services are subject to the same requirements as physician-supervised services. The service is priced at the rate paid to the supervisor, who is the person responsible for the appropriate rendering of the service. Remember that "incident services" supervised by non-physician practitioners are reimbursed at the rate paid the supervisor and not at the physician fee schedule rate. For clarity's sake, this article will refer to "physician" services as inclusive of non-physician practitioners.

- To qualify as "incident to," services must be part of your patient's normal course of treatment, during which a physician **personally performed an initial service**

Cont. on next page

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

activamente en el transcurso del tratamiento. Usted no tiene que estar presente físicamente en el cuarto de tratamiento del paciente mientras se proveen estos servicios, pero debe proveer **supervisión directa**, esto es, usted debe estar presente en la oficina para ofrecer asistencia, de ser necesaria. El expediente del paciente debe documentar los requisitos esenciales para el servicio incidental.

Específicamente, estos servicios deben ser:

- Parte integral del tratamiento del paciente;
- Ofrecidos sin costo (incluido en la factura del médico)
- Prestados en la oficina del médico o en una clínica (no en una institución); y
- Un gasto para usted

Ejemplos de servicios incidentales que cualifican incluyen, suministro de medicamentos no auto-administrables y otros biológicos y materiales utilizados por el médico para llevar a cabo sus servicios (Ej. gasa, pomadas, vendas y oxígeno).

Los siguientes párrafos discuten varios lugares de cuidado, los cuales son importantes en los procesos de facturación porque varían dependiendo el lugar del cuidado.

Su Oficina

En su oficina, los servicios incidentales calificados se deben ofrecer por un cuidador calificado para proveer el servicio, quien supervisa directamente y quien representa un gasto financiero directo para usted (como una "W-2" o un empleado por contrato o un contratista independiente).

Usted no tiene que estar físicamente presente en el cuarto de tratamiento mientras se ofrece el servicio, pero debe estar presente en la oficina más cercana para ofrecer ayuda si fuera necesaria. Si usted es un médico practicante solo, debe supervisar directamente el servicio. Si usted está en un grupo, cualquier médico miembro del grupo puede estar presente en la oficina para supervisar.

Services Incident to the Ordering Physician

and remains **actively involved** in the course of treatment. You do not have to be physically present in the patient's treatment room while these services are provided, but you must provide **direct supervision**, that is, you must be present in the office suite to render assistance, if necessary. The patient record should document the essential requirements for incident to service.

More specifically, these services must be all of the following:

- An integral part of the patient's treatment course;
- Commonly rendered without charge (included in your physician's bills)
- Of a type commonly furnished in a physician's office or clinic (not in an institutional setting); and
- An expense to you.

Examples of qualifying "incident to" services include providing non-self-administrable drugs and other biologicals, and supplies usually furnished by the physician in the course of performing his/her services, e.g., gauze, ointments, bandages, and oxygen.

The following paragraphs discuss the various care settings, which are important to note because the processes for billing vary somewhat depending on the care site.

Your Office

In your office, qualifying "incident to" services must be provided by a caregiver qualified to provide the service, whom you directly supervise, and who represents a direct financial expense to you (such as a "W-2" or leased employee, or an independent contractor).

You do not have to be physically present in the treatment room while the service is being provided, but you must be present in the immediate office suite to render assistance if needed. If you are a solo practitioner, you must directly supervise the care. If you are in a group, any physician member of the group may be present in the office to supervise.

Cont. on next page

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

Hospital o Centro de Enfermería Especializada

Para servicios en hospital o centro de enfermería especializada (SNF), ***“The Unbundling Provision (1862 (a)(14)”*** establece que el pago de los servicios prestados se hace mediante un intermediario de Medicare (excepto por ciertos servicios profesionales ofrecidos personalmente por médicos y otros profesionales de la salud aliados). Por lo tanto, los servicios incidentales no se facturan al contratista por separado bajo las tarifas fijas de médicos.

Oficinas en Instituciones

En instituciones, incluyendo centros de enfermería especializada, su oficina debe limitarse a una parte identificada por separado del lugar de servicio y no puede ser interpretada para extender a través del lugar de servicio. Su personal puede ofrecer servicio incidental a su servicio en la oficina a pacientes no hospitalizados, que no están en una estadía cubierta por Medicare o que residan en una parte de un centro de enfermería especializada certificado por Medicare. Si su empleado (o contratista) ofrece servicios fuera de su oficina, estos servicios no podrían cualificar como incidentales a menos que usted esté presente físicamente cuando el servicio se ofrezca. Una excepción es que ciertos servicios incidentales de quimioterapia están excluidos de los pagos por los servicios del centro de enfermería especializada y pueden ser facturados al contratista por separado.

En el Hogar de los Pacientes

Por lo general, usted debe estar presente para ofrecerle el servicio al paciente en el hogar para cualificar como un servicio incidental. Existen algunas excepciones a este requisito de supervisión directa que aplica a los pacientes limitados a sus hogares en áreas médicamente desprovistas donde no hay servicios disponibles de salud en el hogar, solamente para algunos servicios limitados que se encuentran en la Publicación 100-02. Capítulo 15, Sección 60.4 (B). En estos casos, usted no necesita estar físicamente presente en el hogar cuando se ofrezca el servicio, aunque se requiere la supervisión general del servicio. Usted debe ordenar los

Services Incident to the Ordering Physician

Hospital or SNF

*For inpatient or outpatient hospital services and services to residents in a Part A covered stay in a SNF **the unbundling provision (1862 (a)(14)** provides that payment for all services are made to the hospital or SNF by a Medicare intermediary (except for certain professional services personally performed by physicians and other allied health professionals). Therefore, incident to services are not separately billable to the carrier or payable under the physician fee schedule.*

Offices in Institutions

In institutions including SNF, your office must be confined to a separately identifiable part of the facility and cannot be construed to extend throughout the entire facility. Your staff may provide service incident to your service in the office to outpatients, to patients who are not in a Medicare covered stay or in a Medicare certified part of a SNF. If your employee (or contractor) provides services outside of your “office” area, these services would not qualify as “incident to” unless you are physically present where the service is being provided. One exception is that certain chemotherapy “incident to” services are excluded from the bundled SNF payments and may be separately billable to the carrier.

In Patients’ Homes

In general, you must be present in the patient’s home for the service to qualify as an “incident to” service. There are some exceptions to this direct supervision requirement that apply to homebound patients in medically underserved areas where there are no available home health services only for certain limited services found in Pub 100-02. Chapter 15 Section 60.4 (B). In this instance, you need not be physically present in the home when the service is performed, although general supervision of the service is required.

Cont. on next page

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

servicios, mantener contacto con la enfermera u otro empleado y retener la responsabilidad profesional por el servicio. Otros requisitos incidentales deben reunirse.

Una segunda excepción aplica cuando el servicio en el hogar es individual o intermitente ofrecido por el personal que reúne los requisitos del estado (Ej. enfermera, técnico o médico visitante) y es una parte integral de los servicios del médico a los pacientes.

Servicio de Ambulancia

Los servicios de ambulancia y servicios de EMT realizados bajo supervisión telefónica se facturan como incidentales.

Información Adicional

Para proveer claridad adicional, a continuación le presentamos los siguientes argumentos:

¿Debe un médico que supervisa estar físicamente presente cuando se administra la vacuna de influenza, electrocardiogramas, pruebas de laboratorios o rayos X en una oficina para facturarse como servicios incidentales?

Estos servicios tienen sus propias categorías de beneficios y están sujetos a las reglas que aplican a su categoría específica. No son servicios incidentales y las reglas de servicios incidentales no aplican.

¿Se puede monitorear un anti-coagulante incidental al servicio médico ofrecido en una oficina?

Sí, si reúne los requisitos; Ej. los servicios son parte del transcurso del tratamiento durante el cual el médico personalmente realiza el servicio inicial y está activamente implicado en el transcurso del tratamiento; está físicamente presente en la oficina más cercana cuando el empleado ofrece los servicios y el servicio representa un gasto para el médico u otra entidad legal que facture por el servicio.

Services Incident to the Ordering Physician

You must order the services, maintain contact with the nurse or other employee, and retain professional responsibility for the service. All other incident to requirements must be met. A second exception applies when the service at home is an individual or intermittent service performed by personnel meeting pertinent state requirements (e.g., nurse, technician, or physician extender), and is an integral part of the physician's services to the patient.

Ambulance Service

Neither ambulance services nor EMT services performed under your telephone supervision are billable as "incident to" services.

Additional Information

To provide additional clarity, we present the following scenarios:

Must a supervising physician be physically present when flu shots, EKGs, Laboratory tests, or X-rays are performed in an office setting in order to be billed as "incident to" services?

"These services have their own statutory benefit categories and are subject to the rules applicable to their specific category. They are not "incident to" services and the "incident to" rules do not apply."

Can anti-coagulation monitoring be provided "incident to" a physician's services in an office?

Yes, if the requirements are met, i.e., the services are part of a course of treatment during which the physician personally performs the initial service and is actively involved in the course of treatment, is physically present in the immediate office when services are rendered by the employee, and the service represents an expense to the physician or other legal entity that bills for the service.

Cont. on next page

Servicios Incidentales al Médico que Ordena

Si el médico que está tratando al paciente (Doctor X) lo refiere a una clínica de monitoreo de anti-coagulación, ¿puede facturar esos servicios como incidentales?

No, porque los servicios no se ofrecieron por un empleado bajo supervisión del Doctor X.

¿El médico que supervisa (Doctor Y) en una clínica de monitoreo de anti-coagulación (un médico de un grupo) puede facturar los servicios como incidentales si el Doctor Y supervisa directamente esos servicios en la clínica?

No, porque el Doctor Y no está atendiendo al paciente por su condición principal. Sin embargo, si el Doctor Y recibe un referido del Dr. X y el Dr. Y realiza una evaluación inicial del paciente y luego ordena y supervisa los servicios, éstos pueden facturarse por el Doctor Y incidental a su servicio inicial.

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

Services Incident to the Ordering Physician

If the treating physician (Doctor X) refers a patient to an anti-coagulation monitoring clinic, can Doctor X bill these services as “incident to?”

No, because the services are not being provided by an employee under supervision of Doctor X.

Can the supervising physician (Doctor Y) at the anti-coagulation monitoring clinic (a physician group) bill the services as “incident to” if Doctor Y directly supervises those services at the clinic?

No, because Doctor Y is not treating the patient for the underlying condition. However, If Doctor Y receives a referral from Dr. X, and Dr. Y performs an initial evaluation of the patient and then orders and supervises the services, they may be billed by Doctor Y incident to her initial service.

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

SE-0441

Medicare Pagador Secundario

ACLARACIÓN DE LAS REGLAS DE MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO (MSP) EN RELACIÓN A UNA LICENCIA PARA AUSENTARSE POR UN PERÍODO TEMPORERO

Tipos de Proveedores Afectados

Todos los proveedores

Acción Necesaria del Proveedor

Las reglas de MSP establecen que si un empleado retiene su estatus de empleo, Medicare permanecerá como pagador secundario.

Qué Necesita Saber

Hubo una confusión con relación a las reglas de MSP cuando un empleado toma una licencia para ausentarse del trabajo aprobada por la compañía. Debido a que el empleado todavía tiene el estatus de empleado, la cubierta de salud se mantiene a través de su patrono.

Qué Necesita Hacer

Mantenerse al día con las reglas relacionadas con empleados y derechos de empleo para asegurar que el procesamiento de facturas y reclamaciones sea de la forma más precisa. Este artículo aclara que Medicare permanece como pagador secundario para empleados en una ausencia del trabajo aprobada por la compañía.

Trasfondo

Ejemplos de derechos de empleo retenidos pueden incluir: la licencia para ausentarse por un período temporero aprobada por la compañía por cualquier razón, licencia militar, reducción de personal por período temporero, licencia por enfermedad, incapacidad a corto y largo plazo, licencias para maestros y empleados estacional, los cuales no trabajan el año completo y para empleados a los cuales su cubierta de salud se extiende más allá o entre los períodos de empleo activo. Los empleados en esta última categoría son a veces referidos como empleado con acuerdos de "horario de banco".

Medicare Secondary Payer

CLARIFICATION OF MEDICARE SECONDARY PAYER (MSP) RULES IN RELATION TO A TEMPORARY LEAVE OF ABSENCE

Provider Types Affected

All providers.

Provider Action Needed

MSP rules state that if an employee retains their employment status, Medicare remains the secondary payer.

What You Need to Know

There has been confusion regarding MSP rules when an employee takes a company-approved leave of absence. Because the employee still has employee status, health coverage through their employer is retained.

What You Need to Do

Stay current with rules pertaining to employees and retained employment rights to ensure accurate billing and claims processing. This article clarifies that Medicare remains a secondary payer for employees on an approved leave of absence.

Background

Examples of retained employment rights can include: company-approved temporary leave of absence for any reason, furlough, temporary layoff, sick leave, short-term or long-term disability, leave for teachers and seasonal workers who normally do not work year round, and for employees who have health coverage that extends beyond or between active employment periods. The employees in the latter category are sometimes referred to as having an "hours bank" arrangement.

Cont. on next page

Medicare Pagador Secundario

Información Adicional

Usted también se puede referir a la Publicación revisada 100-05, Capítulo 1, Sección 50B, la cual es parte de las instrucciones oficiales emitidas a su contratista relacionada a este cambio. Puede encontrar estas instrucciones en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

En esa página se dirige a la columna CR NUM y oprime CR-3447.

Si usted tiene alguna pregunta con relación a este asunto, puede contactar a su contratista al 1-877-715-1921.

Medicare Secondary Payer

Additional Information

You may also refer to the revised Publication 100-05, Chapter 1, Section 50B, which is part of the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

On the above page, scroll down while referring to the CR NUM column on the right to find the link for CR 3447. Click on the link to open and view the file for the CR.

If you have questions regarding this issue, you may also contact your carrier at 1-877-715-1921.

Pub. 100-05 MSP/Trans. 19/CR-3447/September 24, 2004/ltza

MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO PARA EX-CÓNYUGES

Tipo de Proveedor Afectado

Todos los proveedores de Medicare

Acción Necesaria del Proveedor

Este es un artículo informativo para alertar a los proveedores que los ex cónyuges de ciertos empleados federales, ex empleados o con rentas vitalicias pueden calificar para registrarse en un plan de beneficios de salud bajo el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés) y el orden correcto de pago. Se hizo la determinación de que Medicare será el pagador primario para tales ex cónyuges, una vez que ellos/as tengan derecho a Medicare basado en la edad o la incapacidad.

Trasfondo

Ciertos ex cónyuges de personas que tienen Beneficios de Salud de Empleados Federales tienen derecho de cobertura bajo la Ley de Igualdad del Cónyuge ("Spouse Equity Act") porque su resolución de divorcio les da el derecho a una parte de la anualidad del retiro y/o a una anualidad como viuda/o y porque su cónyuge anterior o es un trabajador activo, alguien con derecho a una anualidad futura, o es un pensionado.

MEDICARE SECONDARY PAYER PROVISION TO FORMER SPOUSES

Provider Types Affected

All Medicare providers

Provider Action Needed

This is an informational article to alert providers that former spouses of certain federal employees, former employees, or annuitants, may qualify to enroll in a health benefits plan under the Federal Employees Health Benefit Plan (FEHB) and the correct order of payment.

A determination has been made that Medicare will be the primary payer for such former spouses, once they are entitled to Medicare based on age or disability.

Background

Certain former spouses of people who have Federal Employees Health Benefits are entitled to coverage under the Spouse Equity Act because their divorce decree gives them the right to a portion of a future retirement annuity and/or to a survivor annuity, and because their former spouse is either an active worker, someone who is entitled to a future annuity, or is an annuitant.

Cont. on next page

Medicare Pagador Secundario

La ley de Medicare, la Sección 1862 (b)(1)(A) de la Ley del Seguro Social declara que Medicare es el pagador secundario para personas de 65 años o más que tienen una cubierta de salud grupal por virtud del estado actual de su propio empleo o de su cónyuge. La pregunta fue planteada de si la cobertura de FEHB proporcionada a los ex-cónyuges bajo la Ley de Equidad del Cónyuge es secundaria a Medicare. También, se ha planteado la pregunta de si la cobertura de FEHB proporcionada al cónyuge y a los miembros de la familia bajo Ley de Equidad del Cónyuge es secundaria a Medicare bajo la disposición de discapacidad.

Bajo la Ley de Equidad del Cónyuge, el individuo no está ya en la póliza del ex-cónyuge. La cobertura se considera una separada, póliza individual, es decir, cobertura no dependiente, sino una póliza aparte del ex-cónyuge. El patrono no hace ninguna contribución a la cobertura. Puesto que el lenguaje la Ley de Equidad del Cónyuge da al ex-cónyuge el derecho de registrarse en FEHB sea que el esposo/a esté o no esté registrado, la cobertura de FEHB del ex-cónyuge no se considera basada en el empleo. Por lo tanto, Medicare es el pagador primario para el ex-cónyuge, una vez que se tenga derecho a Medicare bajo disposición del anciano que trabaja. Bajo la provisión de Medicare secundario por incapacitado, Medicare sería primario para el ex-cónyuge así como para cualquier miembro de la familia, ya que la cobertura no se considera basada en el empleo.

Implementación

La fecha de implementación es el 29 de noviembre de 2004.

Información Adicional

La instrucción oficial publicada al contratista concerniente a esta cambio, puede encontrarse en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

En la página electrónica busque el CR-3120 en la columna CR NUM a la derecha y seleccione el archivo para ese CR.

Medicare Secondary Payer

The Medicare law in Section 1862 (b)(1)(A) of the Social Security Act, states that Medicare is secondary payer for individuals age 65 or over who have group health coverage by virtue of their own or a spouse's current employment status. The question was raised as to whether FEHB coverage provided to former spouses under the Spouse Equity Act is secondary to Medicare under this provision. Also, the question has been raised as to whether FEHB coverage provided to the spouse and family members under the Spouse Equity Act is secondary to Medicare under the disability provision.

Under the Spouse Equity Act, the individual is no longer on the former spouse's policy. The coverage is considered to be a separate, self-only policy, i.e., not dependent coverage but a policy separate from the former spouse. The employer makes no contributions to the coverage. Since the language in the Spouse Equity Act gives the former spouse the right to enroll in FEHB whether or not the spouse himself or herself is enrolled, the FEHB former spouse coverage is not considered employment based. Consequently, Medicare is the primary payer for the former spouse, once they are entitled to Medicare under the working aged provision. Under the Medicare secondary for the disabled provision, Medicare would be primary for the former spouse as well as any covered family members since the coverage is not considered employment based.

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 CR 3120 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

Pub. 100-05 MSP/Trans. 18 /CR-3120/August 27, 2004/EMD

Medicamentos

MMA – INSTRUCCIONES PARA LA FACTURACIÓN DE ADVATE RAHF-PFM EN RECLAMACIONES DE MEDICARE

Proveedores Afectados

Hospitales, proveedores e Instalaciones Independientes de Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Esto es una notificación única para asegurar que los proveedores, hospitales y las instalaciones independientes de ESRD están enterados del código HCPCS correcto a utilizar cuando facturen por Advate.

Lo Que Necesita Saber

La Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó ADVATE rAHF-PFM el 25 de julio de 2003; el límite de pago que debe utilizarse para Advate es el mismo límite de pago asignado actualmente al código HCPCS **J7192**. Este límite de pago se aplicará a todas las reclamaciones de Advate sometidas con fechas de servicio del 1 de enero al 31 de diciembre de 2004. También, vigente para las reclamaciones sometidas al intermediario fiscal (Parte A) con fechas de servicio del 25 de julio de 2003 en adelante, el pago de Advate se denegará si se informa con algún otro código que no sea el J7192. Reclamaciones sometidas al contratista (Parte B) con fechas de servicio del 25 de julio de 2003 en adelante sin el código J7192, se ajustarán para reflejar dicho código y el contratista añadirá el modificador "CC" para que refleje este ajuste.

Lo Que Debe Hacer

Asegúrese de que su personal de facturación conozca que debe usar el código HCPCS J7192 cuando facturan por la droga Advate, vigente para fechas de servicio del 25 de julio de 2003 en adelante.

Trasfondo

A partir del 1 de enero de 2004, la "Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA)" provee que los límites de pago para la mayoría de las medicamentos y derivados biológicos, que no se

Drugs

MMA - BILLING INSTRUCTIONS FOR ADVATE RAHF-PFM ON MEDICARE CLAIMS

Provider Types Affected

Hospitals, providers, and independent ESRD facilities

Provider Action Needed

This is a one-time notification to ensure that providers, hospitals, and independent ESRD facilities are aware of the correct HCPCS code to use when billing for Advate.

What You Need to Know

*Advate rAHF-PFM was approved by the Food and Drug Administration (FDA) on July 25, 2003; the payment limit that should be used for Advate is the same payment limit that is currently assigned to HCPCS code **J7192**. This payment limit will apply to all Advate claims submitted for services from January 1, 2004 through December 31, 2004. Also, effective for dates of services on or after July 25, 2003, claims submitted to Medicare fiscal intermediaries for Advate will be rejected if reported with any other code except J7192. Claims submitted to carriers for dates of service on or after July 25, 2003, without J7192 will be adjusted to reflect J7192 and carriers will append modifier "CC" to reflect this adjustment.*

What You Need to Do

Make sure that your billing staff knows that HCPCS code J7192 must be used when billing for the drug, Advate, effective for dates of services on or after July 25, 2003.

Background

Beginning January 1, 2004, the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) provides that the payment limits for most drugs and

Cont. on next page

Medicamentos

pagan a base de los costos o por pago prospectivo, se basan en el 85 por ciento del precio promedio al por mayor (AWP, por sus siglas en inglés)) reflejado en los compendios publicados con fecha del 1 de abril de 2003 para esos medicamentos y derivados biológicos provistos el 1 de enero de 2004 en adelante. Sin embargo, una de las excepciones a esta regla general es el límite de pago para los factores de coagulación de la sangre. Específicamente, los límites de pago para los factores de coagulación de la sangre son el 95 por ciento del AWP reflejado en los compendios publicados con fecha del 1 de septiembre de 2003.

Advate es un factor de coagulación de la sangre que el FDA aprobó el 25 de julio de 2003 para el tratamiento de personas con la hemofilia A. Advate se debe informar con el código HCPCS existente J7192.

Implementación

Se implementará este cambio en los sistemas de Medicare para el procesamiento de reclamaciones el 27 de septiembre de 2004.

Información Adicional

Para el año calendario de 2004, puede encontrar el límite de pago de Advate para los proveedores y las instalaciones independientes de ESRD en el archivo de precios de medicamentos de MMA del 2004 que se publicó en la Petición de Cambio 3105 (CR, por sus siglas en inglés). Puede encontrar un artículo de "Medlearn Matters" acerca de este CR en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3105.pdf>

Los "MMA Drug Payment Limits Pricing Files" para las fechas de servicios del 1 de enero de 2004 en adelante está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/default.asp>

Para el "Outpatient Prospective Payment System" (OPPS, por sus siglas en inglés) del hospital, podrá encontrar la tarifa del pago límite para Advate en la última actualización trimestral del "OPPS Outpatient Code Editor" que se publica en la página electrónica de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y puede encontrarla en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/hopps/>

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

Drugs

biologicals not paid on a cost or prospective payment basis are based on 85 percent of the Average Wholesale Price (AWP) reflected in the published compendia as of April 1, 2003, for those drugs and biologicals furnished on and after January 1, 2004. However, one of the exceptions to this general rule is the payment limit for blood clotting factors. Specifically, the payment limits for blood clotting factors are 95 percent of the AWP reflected in the published compendia as of September 1, 2003.

Advate is a blood clotting factor that was approved by the FDA on July 25, 2003 for the treatment of people with hemophilia A. Advate should be reported using the existing HCPCS code J7192.

Implementation Date

This change will be implemented in Medicare claims processing systems on September 27, 2004.

Additional Information

For the calendar year 2004, the Advate payment limit for providers and for independent ESRD facilities can be found in the 2004 MMA drug pricing file that was issued in CR 3105. A Medlearn Matters article on this CR can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3105.pdf>

The MMA Drug Payment Limits Pricing Files for Dates of Service 1/1/2004 and after are available at: <http://cms.hhs.gov/providers/drugs/default.asp>

For hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS), the payment rate for Advate can be found in the latest quarterly update of the OPPS Outpatient Code Editor that is posted on the CMS OPPS web site. The CMS Hospital Outpatient Prospective Payment System web site can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/hopps/>

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

CR3331/Trans.112/Pub.100-20 OTN/September 10, 2004/EMD/els

Medicamentos

ACTUALIZACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS – LÍMITES DE PAGO PARA J1000 (INYECCIÓN DE DEPO-ESTRADIOL CYPIONATE)

Tipo de Proveedor Afectado

Médicos, proveedores y Centros de Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria del Proveedor

Los proveedores deben conocer que los límites de pago para el código HCPCS J1000 (inyección de Depo-estradiol cypionate) están cambiando para los servicios provistos del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2004.

Trasfondo

Este artículo advierte a los proveedores que los contratistas y los intermediarios fiscales (FIs) de Medicare actualizarán los límites de pago para el código HCPCS J1000 (Inyección del medicamento Depo-estradiol cypionate) en reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2004.

Del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2004 los límites de pago de Medicare aplican específicamente a los códigos HCPCS enumerados abajo que no se pagan a base del costo o pago prospectivo. El límite de pago enumerado en la tabla para J1000 reemplaza el límite de pago publicado en el CR-3105 del 30 de enero de 2004.

NOTA: La ausencia o presencia de un código HCPCS y sus límites de pago asociados no indica la cobertura del medicamento por Medicare.

Drugs

MMA DRUG PRICING UPDATE – PAYMENT LIMITS FOR J1000 (DEPO-ESTRADIOL CYPIONATE INJ)

Provider Types Affected

Physicians, providers, and independent End Stage Renal Disease (ESRD) facilities

Provider Action Needed

Providers should be aware that payment limits for Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) drug code J1000 (Depo-estradiol cypionate inj) are changing for services furnished on or after January 1, 2004, and on or before December 31, 2004.

Background

This article advises providers that Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) will update the payment limits for HCPCS drug code J1000 (Depo-estradiol cypionate inj) effective 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 apply for the specific HCPCS drug codes listed below that are not paid on a cost or prospective payment basis. The payment limit listed in the table for J1000 supersedes the payment limit published in Change Request (CR) 3105, dated January 30, 2004.

NOTE: *The absence or presence of an HCPCS code and its associated payment limit does not indicate Medicare coverage of the drug.*

Cont. on next page

Medicamentos

Drugs

Límites de Pago para J1000 Payment Limits for J1000

	HCPCS	Por ciento de Precio al por Mayor Promedio <i>Average Wholesale Price %</i>	Límite de Pago del 2004 <i>2004 Payment Limit</i>
Aparte de drogas de ESRD facturadas por separado por centros independientes de ESRD <i>Other than ESRD Drugs Separately Billed by Independent ESRD Facilities</i>	J1000	85	\$2.33
Drogas de ESRD facturadas por separado por centros de independientes de ESRD <i>ESRD Drugs Separately Billed by Independent ESRD Facilities</i>	J1000	95	\$2.60

Los contratistas e intermediarios fiscales no buscarán y ajustarán reclamaciones que ya hayan sido procesadas a menos que las traigan a su atención.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 27 de septiembre de 2004.

Instrucciones Relacionadas

El CR-3105, "Transmittal" 75, del 30 de enero de 2004 puede accederse en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R75CP.pdf.

Información Adicional

La instrucción oficial enviada a su contratista concerniente a este cambio se puede acceder en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

En dicha página electrónica busque el CR-3418 en la columna CR NUM a la derecha y luego seleccione el archivo para ese CR.

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

Carriers and FIs will not search and adjust claims that have already been processed unless brought to their attention.

Implementation

The implementation date for this instruction is September 27, 2004.

Related Instructions

CR3105, Transmittal 75, dated January 30, 2004, can be found at the following Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) web site: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R75CP.pdf

Additional Information

The official instruction issued to your carrier/intermediary 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 3418 in the CR NUM column on the right, and then click on the file for that CR.

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

Pub. 120/OTN Trans. 110 /CR-3418 /August 27, 2004/EMD

Centro de Enfermería Especializada

IMPLEMENTACIÓN DE LAS CORRECCIONES A LAS RECLAMACIONES DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF) PARA LOS CÓDIGOS DE TERAPIA QUE SE CONSIDERAN SERVICIOS MÉDICOS PAGADOS POR SEPARADO*

NOTA IMPORTANTE: MM3333 CORRIGE EL MM2944, EL CUAL INDICA INCORRECTAMENTE QUE LOS SERVICIOS PROVISTOS EN UNA ESTADÍA SNF NO CUBIERTA ESTÁN SUJETOS A, LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA Y SE REEMBOLSAN MEDIANTE EL SISTEMA DE PAGO PROSPECTIVO. MM3333 PROVEE EL LENGUAJE CORREGIDO (AL REMOVER EL LENGUAJE QUE INDICA QUE LOS SERVICIOS ESTÁN SUJETOS AL SISTEMA DE PAGO PROSPECTIVO CUANDO SE PROVEEN A BENEFICIARIOS EN UNA ESTADÍA SNF NO CUBIERTA) COMO SIGUE: “LOS SERVICIOS DE TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y DEL HABLA ESTÁN SUJETOS A LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA CUANDO SE PROVEEN A BENEFICIARIOS YA SEA EN UNA ESTADÍA CUBIERTA BAJO LA PARTE A O DURANTE UNA ESTADÍA NO CUBIERTA EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). UN PEQUEÑO NÚMERO DE ESTOS SERVICIOS SE CONSIDERA CIRUGÍA CUANDO SE REALIZAN POR UN MÉDICO Y EL CONTRATISTA PUEDE PAGARLOS POR SEPARADO. SE CONSIDERAN TERAPIA CUANDO LOS PRESTA UN TERAPEUTA FÍSICO U OCUPACIONAL Y CONTINÚAN SUJETOS A LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA.” PARA VER MM3333, VAYA A: [HTTP://WWW.CMS.HHS.GOV/MEDLEARN/MATTERS/MMARTICLES/2004/MM3333.PDF](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/mm3333.pdf)

Proveedores Afectados

Médicos y otros proveedores que facturan a los contratistas de Medicare por servicios provistos en Centros de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de parte del Proveedor

Los proveedores que facturan por servicios brindados a beneficiarios de Medicare en una estadía SNF deben observar cambios en los

Skilled Nursing Facility

IMPLEMENTATION OF SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CLAIM EDITS FOR THERAPY CODES CONSIDERED SEPARATELY PAYABLE PHYSICIAN SERVICES*

IMPORTANT NOTE: MM3333 CORRECTS MM2944, WHICH INCORRECTLY INDICATES THAT SERVICES PROVIDED IN A NON-COVERED SNF STAY ARE BOTH SUBJECT TO CONSOLIDATED BILLING AND REIMBURSED THROUGH THE PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM. MM3333 PROVIDES THE CORRECTED LANGUAGE (BY REMOVING THE LANGUAGE INDICATING THAT THE SERVICES ARE SUBJECT TO THE PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM WHEN PROVIDED TO BENEFICIARIES IN A NONCOVERED SNF STAY) AS FOLLOWS: “PHYSICAL, OCCUPATIONAL, AND SPEECH THERAPY SERVICES ARE SUBJECT TO CONSOLIDATED BILLING WHEN PROVIDED TO BENEFICIARIES IN EITHER A PART A COVERED SKILLED NURSING FACILITY (SNF) STAY OR DURING A NON-COVERED STAY. A SMALL NUMBER OF THESE SERVICES ARE CONSIDERED SURGERY WHEN PERFORMED BY A PHYSICIAN AND MAY BE SEPARATELY PAID BY THE CARRIER. THEY ARE CONSIDERED THERAPY WHEN PERFORMED BY A PHYSICAL AND OCCUPATIONAL THERAPIST AND CONTINUE TO BE SUBJECT TO CONSOLIDATED BILLING.” TO SEE MM3333, GO TO: [HTTP://WWW.CMS.HHS.GOV/MEDLEARN/MATTERS/MMARTICLES/2004/MM3333.PDF](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/mm3333.pdf)

Provider Types Affected

Physicians and other providers billing Medicare carriers for services provided at SNFs.

Provider Action Needed

Providers billing for services rendered to Medicare beneficiaries in a SNF stay should note changes in the Medicare claims processing systems that will allow certain

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare que permitirán que ciertos servicios de terapia se paguen por separado cuando los provean médicos. Estos mismos servicios se considerarán servicios de terapia cuando terapeutas presten los mismos y estarán sujetos a la facturación consolidada de SNF.

Trasfondo

Los servicios de terapia física, ocupacional y del habla están sujetos a la facturación consolidada cuando se proveen a beneficiarios ya sea en una estadía SNF cubierta bajo la Parte A o durante una estadía no cubierta. (La oración que precede es una enmienda al lenguaje original, de acuerdo a MM3333.)

Un pequeño número de estos servicios se considera **cirugía** cuando los realiza un **médico** y Medicare los paga por separado. Cuando estos servicios los presta un terapeuta físico u ocupacional se consideran **terapia** y continúan sujetos a la facturación consolidada.

Estos cambios a las reglas del procesamiento de reclamaciones de Medicare, vigentes para reclamaciones con fechas de servicio del 1 de julio de 2004 en adelante, evitará pagos incorrectos. Básicamente, los sistemas de reclamaciones de Medicare permitirán el pago a proveedores por separado, que no sean terapeutas físicos u ocupacionales, por los servicios que se provean a beneficiarios de Medicare en una estadía SNF cubierta bajo la Parte A o en una estadía no cubierta para los códigos del Sistema de Codificación de Procesamiento Común (HCPCS, por sus siglas en inglés) según la siguiente tabla:

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	

Cuando los terapeutas físicos y ocupacionales sometan reclamaciones por estos servicios a pacientes de Medicare en una estadía SNF, la reclamación no se pagará y el proveedor que factura recibirá un mensaje en la remesa con el código de comentario N121, que indica que “No

Skilled Nursing Facility

therapy services to be separately payable when provided by physicians. These same services will be considered therapy services when provided by therapists and will be subject to SNF consolidated billing.

Background

Physical, occupational, and speech therapy services are subject to consolidated billing when provided to beneficiaries in either a Part A covered SNF stay or during a non-covered stay. (The preceding sentence is an amendment to the original language, per MM3333.)

*A small number of these services are considered **surgery** when performed by a **physician**, and may be separately paid by Medicare. When these services are performed by a physical or occupational therapist, they are considered **therapy** and continue to be subject to consolidated billing.*

Effective for claims with dates of service on or after July 1, 2004, these changes to Medicare claims processing rules will prevent incorrect payment. Basically, the Medicare claims systems will allow separate payment to providers, other than physical and occupational therapists, for services provided to Medicare beneficiaries in a Part A covered SNF stay or a non-covered SNF stay for the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes in the following table:

When physical and occupational therapists submit claims for these services for Medicare patients in a SNF stay, the claim will not be paid and the billing provider will receive a remittance message with remarks code N121,

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

hay cobertura para los artículos o los servicios brindados por este tipo de profesional de la salud para los pacientes en una estadía cubierta en un Centro de Enfermería Especializada (SNF).”

Implementación:

La fecha de implementación es el 6 de julio de 2004 y aplica a las reclamaciones con fechas de servicio del 1 de julio de 2004 en adelante.

Instrucciones Adicionales:

Lo siguiente se añadirá al Manual de Procesamiento de Reclamaciones Medicare, Capítulo 6, Sección 110, Sub-sección 2.6, “Edit for Therapy Services Separately Payable When Furnished by a Physician”:

“Un número de servicios de terapia se considera pagaderos por separado cuando son provistos por un médico y el contratista de Medicare los pagará por separado. Sin embargo, estos servicios se consideran terapias cuando los provee un terapeuta físico u ocupacional, estarán sujetos a la facturación consolidada y el pago por ellos está incluido en la tarifa de Pago Prospectivo provisto al SNF por el FI (Intermediario Fiscal de Medicare).

A partir del 1 de julio de 2004 se implementarán éditos en el sistema de procesamiento de reclamaciones para procesar correctamente las reclamaciones por estos servicios. Puede encontrar una lista completa de estos servicios en el sitio Web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en www.cms.gov/medlearn/snfcode.asp.”

Para información adicional sobre la facturación de la Parte A de paciente internado en un SNF, por favor, vea el Capítulo 6 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones (Pub. 100-04), que puede acceder en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c06.pdf

Para ver la instrucción emitida a su contratista, por favor, visite: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/pm_trans/R90CP.pdf

***Este artículo se volvió a publicar el 30 de agosto de 2004**

Skilled Nursing Facility

which states that there is “No coverage for items or services by this type of practitioner for patients in a covered Skilled Nursing Facility (SNF) stay.”

Implementation

The implementation date is July 6, 2004 and applies to claims with dates of service of July 1, 2004, or later.

Related Instructions

The following will be added to the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 6, Section 110, Subsection 2.6, Edit for Therapy Services Separately Payable When Furnished by a Physician:

“A number of therapy services are considered separately payable when provided by a physician and shall be paid separately by the Medicare carrier. However, these services are considered therapy when provided by a physical or occupational therapist; will be subject to consolidated billing; and payment for them is included in the prospective payment rate provided to the SNF by the FI (Medicare fiscal intermediary).

Effective July 1, 2004, edits will be implemented in the claims processing system to correctly process claims for these services. A complete list of these services can be found on the CMS web site at www.cms.gov/medlearn/snfcode.asp.”

For additional information on SNF Inpatient Part A Billing, please see Chapter 6 of the Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-04), which may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c06.pdf

To view the actual instructions issued to your carrier, please visit: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/pm_trans/R90CP.pdf

CR2944/Pub.100-04MCP/Trans.215/June25,2004/EMD/els

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

LAS TARIFAS DE PAGO Y VALORES DE ÍNDICE DE SALARIO DE CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA (“MMA- AMBULATORY SURGICAL CENTER” (ASC)) PERMANECEN VIGENTES PARA EL AÑO FISCAL 2005

Tipo de Proveedor Afectado

Centros de cirugía ambulatoria

Acción Necesaria del Proveedor

Esta instrucción advierte que las tarifas de pago **actuales** para los centros de cirugía ambulatoria y los índices de valores **permanecen** vigentes para el año fiscal 2005.

Trasfondo

La Sección 626(a) del “Medicare Modernization Act (MMA)” ordena un cero (0) por ciento de aumento por inflación en el AF-2005, el último trimestre del año natural 2005 y cada año natural del 2006 al 2009. La implementación de nuevos índices de valores para el AF-2005 está aplazada hasta que CMS haya tenido una oportunidad de determinar el impacto de los cambios en AF-2005 del índice de salario al hospital por paciente internado en las cantidades de pago para ASCs individuales. Por lo tanto, **los pagos a ASCs por servicios prestados el 1 o después del 1 de octubre de 2004 no cambiarán.**

Hasta nuevo aviso, los contratistas continuarán usando índices de valores del AF-2004 para calcular los pagos a los ASCs y las tarifas de pago que fueron vigentes para servicios provistos desde el 1 de abril de 2004. La parte de las tarifas de pago del ASC relacionada al trabajo se define actualmente como 34.45 por ciento de la tarifa del pago. Los contratistas están utilizando actualmente el índice del AF-2004 del índice de salario del hospital para paciente internado para calcular los pagos para los servicios del ASC.

La directriz AB-03-116 (CR-2871), publicada el 8 de agosto de 2003, actualizó las tarifas de pago por inflación de la institución de ASC y los valores

Ambulatory Surgical Center (ASC)

MMA-AMBULATORY SURGICAL CENTER (ASC) PAYMENT RATES AND WAGE INDEX VALUES REMAIN IN EFFECT FOR FISCAL YEAR (FY) 2005

Provider Types Affected

Ambulatory surgical centers

Provider Action Needed

*This instruction advises that the **current** ACS payment rates and wage index values **remain** in effect for FY 2005.*

Background

*Section 626(a) of the Medicare Modernization Act (MMA) mandates a 0 percent increase for inflation in FY 2005, the last quarter of calendar year 2005, and each calendar year from 2006 through 2009. The implementation of new wage index values for FY 2005 is deferred until CMS has had an opportunity to determine the impact of changes in the FY 2005 inpatient hospital wage index on payment amounts for individual ASCs. Therefore, **payments to ASCs for services furnished on or after October 1, 2004 will not change.***

Until further notice, carriers will continue to use the FY 2004 wage index to calculate payments to ASCs and the payment rates that were effective for services furnished on or after April 1, 2004. The labor-related portion of ASC payment rates is defined currently as 34.45 percent of the payment rate. Carriers are currently using the FY 2004 hospital inpatient wage index to calculate payments for ASC services.

Transmittal AB-03-116 (CR 2871), issued August 8, 2003, updated ASC facility payment rates for inflation and updated the wage index

Cont. on next page

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

del índice de salario usados para ajustar los pagos de ASC para las diferencias geográficas de salario vigente para los servicios provistos en o después del 1 de octubre de 2003.

Puede ver el CR-2871 en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB03116.pdf.

La Petición de Cambio 3082, publicada el 4 de febrero de 2004, notificó a los contratistas acerca de un cambio en las tarifas de pago de ASC vigente a partir del 1 de abril de 2004 como resultado de la puesta en vigor de la Sección 626(a) de "Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003" (MMA). El CR-3082 puede hallarse en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R510TN.pdf.

En vigor para los servicios provistos en o después del 1 de octubre de 2004, el grupo de tarifas de pago para los ASC queda como sigue:

Grupo / Group	Tarifa / Fee
1	\$333
2	\$446
3	\$510
4	\$630
5	\$717
6	\$826 (\$676 + \$150 para lentes intraoculares (IOLs)) / \$826 (\$676 + \$150 for intraocular lenses (IOLs))
7	\$995
8	\$973 (\$823 + \$150 para/for IOLs)
9	\$1,339

Implementación

1 de octubre de 2004.

Información Adicional

El sitio de la red de los Centros para Servicios de Medicare & Medicaid (CMS) para información de Centros de Cirugía Ambulatoria puede encontrarse en: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc>.

Puede encontrar la instrucción oficial publicada al contratista concerniente a este cambio en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Desde esa página de la red, busque el CR-3394 en la columna de CR NUM a la derecha y escoja el archivo para ese CR.

Si tiene alguna pregunta sobre este asunto, comuníquese libre de cargos al 1-877-715-1921.

Ambulatory Surgical Center (ASC)

values used to adjust ASC payments for geographic wage differences effective for services furnished on or after October 1, 2003.

CR 2871 may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB03116.pdf

Transmittal 51 (CR 3082), issued February 4, 2004, notified contractors about a change in ASC payment rates effective April 1, 2004, resulting from enactment of section 626(a) of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA). CRs 3082 may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R510TN.pdf

Effective for services furnished on or after October 1, 2004, the ASC payment group rates will remain as follows:

Additional Information

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) web site for Ambulatory Surgical Center Information can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/asc>

The official instruction issued to your carrier/intermediary 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 CR3394 in the CR NUM column on the right, and then click on the file for that CR.

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

Pub. 100-04 MCM/Trans.288 /CR-3394 /August 27, 2004./EMD

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 Eduvigis 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

MEDICARE INFORMA

BOX 71391

SAN JUAN, PR 00936

PRSRT STD

U.S. POSTAGE PAID

SAN JUAN, P.R.

PERMIT NO. 2563

RETURN POSTAGE REQUESTED