

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

Octubre 2005 año 12 núm. 1

TABLA DE CONTENIDO

- Primas y deducibles de Medicare 3
- Implantación Nacional del Cuestionario de Satisfacción del Proveedor con su Contratista (MCPSS, en Inglés)..... 3

Reclamaciones

- Actualización de Octubre 2005 para el Sistema de Pagos Prospectivos para Servicios Ambulatorios 4
- Aclaración y actualización de las instrucciones de facturación de hospital y pago para Epoetin Alfa (EPO) y Darbepoetin Alfa..... 4
- Nuevo Código de ICD-9CM para la facturación de fallo renal..... 5
- Redefinición del tipo de factura 14x para las muestras de laboratorio 5
- Servicios de Consejería para dejar de fumar 5
- Modificación al método de facturación de servicios de inmunización en masa a pacientes hospitalizados bajo la Parte B 6
- Especificaciones del editor para el sistema de pagos Prospectivos Ambulatorios (OCE) Versión 6.3 de Octubre 2005 6
- Proceso de apelaciones para una determinación inicial 6
- Actualización Anual 2006 de los códigos para la facturación consolidada de las Facilidades de Cuidado Diestro de Enfermería 7
- Uso de los Value Codes 48 y 49 en la facturación ESRD 7
- Corrección en los editajes del Common Working File (CWF) 7
- Revisión al Capítulo 31- Attestation 8
- Nuevo Modificador y Condition Code para identificar facturas relacionadas a desastres naturales..... 8
- Nueva Guía relacionada al código G0297..... 8
- Terminación del Plan de Contingencia de HIPAA para reclamaciones 9
- Aprobación para la retención de facturas..... 9
- Corrección del Change Request 3949 para añadir el TOB 23x 9

Reembolso

- Actualización de los Reason Codes y Remaks Codes para la remesa 10
- Pagos de radiofarmacos en la Parte B no pagados en un Sistema de Pagos Prospectivos 10

- Revisión al Precio de Venta Promedio (ASP) Trimestral para ciertas drogas de la Parte B 10
- Actualización anual para el pago de los bonos correspondientes a áreas de escasez de Profesionales de Salud (HPSA) 11
- Precio de Venta Promedio (ASP) de Octubre 2005 para medicamentos en la Parte B de Medicare 11
- Cálculo del pago por Educación Médica Indirecta (IME en inglés) 11
- Actualización anual del Sistema de Pagos Prospectivos para Facilidades de Rehabilitación (IRF) 12
- Cambios en el Sistema de Pagos Prospectivos para Pacientes Hospitalizados (IPPS) y Hospitales de Cuidado Prolongado para el año fiscal 2006 12
- Pagos por servicios provistos en Centros de Cirugía Ambulatoria 13
- Actualizaciones y cambios del archivo de proveedores relacionados al Sistema de Pagos Prospectivos para Facilidades de Rehabilitación y Centros de Enfermería Especializada 13
- Pago permitido para la vacuna de influenza y la vacuna de neumococos 13

Revisión Médica

- Solicitud de documentación adicional para revision médica 14
- Cambios en la Determinación de Cubierta Nacional (NCD) para laboratorios 14
- Análisis de denegaciones de Revisión Médica de Octubre 2004 a Junio 2005 15
- Terapia Oxígeno Hiperbárico (HBOT) 16

MSP

- Actualizaciones en las auditorias a hospitales relacionadas con Medicare Pagador Secundario 22

Cubierta

- Demostración de rehabilitacion para la visión pobre 22
- Servicios no ofrecidos dentro de los Estados Unidos 23

Días feriados 2006 - COSVI 23

NOTI MEDICARE

October 2005 year 12 no. 1

TABLE OF CONTENTS

• Medicare deductible and premium rates	3	• Payment for Medicare Part B Radiopharmaceuticals not paid on a cost or prospective payment basis	10
• National Implementation of the Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS)	3	• Revised October 2005 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing File	10
Claims		• 2006 Annual Update for the Health Professional Shortage Area (HPSA) Bonus Payments	11
• October 2005 update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS)	4	• October 2005 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing File	11
• Clarification and update to Hospital Billing Instructions and payment for Epoetin Alfa (EPO) and Darbepoetin Alfa (Aranesp)	4	• Calculation of the Interim Payment of Indirect Medical Education (IME)	11
• New ICD-9 CM Code for beneficiaries with chronic kidney disease	5	• Inpatient Rehabilitation Facility (IRF) Annual Update	12
• Redefined Type of Bill 14x, for Non Patient Laboratory Specimens	5	• Fiscal Year (FY) 2006 Inpatient Prospective Payment System (IPPS) and Long Term Care Hospital (LTCH) PPS Changes	12
• Use Cessation Counseling Services	5	• Fiscal Year (FY) 2006 Payment for services furnished in Ambulatory Surgical Centers (ASC'S)	13
• Modification of roster billing for mass immunizers billing for inpatient Part B services	6	• Updates to the IRF and SNF Provider Specific File and changes in Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System	13
• October 2005 Outpatient Prospective Payment System code editor specifications version 6.3	6	• Payment Allowances for the Influenza Virus Vaccine and the Pneumococcal Vaccine	13
• General appeals process in initial determinations	6	Medical Review	
• 2006 Annual Update of HCPCS Codes for Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing (CB)	7	• Medical Review additional documentation requests	14
• Use of Value Codes 48 and 49 on End Stage Renal Disease (ESRD) bills	7	• Changes to the Laboratory National Coverage Determination (NCD)	14
• Payment window edit corrections within the Common Working File (CWF)	7	• Analysis of the Medical Review Denials from October 2004 to June 2005	15
• Revision to Chapter 31- Attestation	8	• Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT)	16
• National Modifier and Condition Code to be used to identify disaster related claims	8	MSP	
• New guidance regarding HCPCS Code G0297	8	• Hospital audit workload updates related to Medicare Secondary Payer	22
• Termination of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Contingency Plan	9	Coverage	
• Approval to hold claims	9	• Low Vision rehabilitation demonstration	22
• Correction to change request 3949 to add 23x Type Of Bill	9	• Services not provided within United States	23
Reimbursement		2006 Holiday's calendar	
• Remittance Advise Remark Code and Claim Adjustment Reason Code Update	10	23	

PRIMAS Y DEDUCIBLES DE MEDICARE**Change Request 4132**

Incluimos los deducibles y primas de Medicare efectivos el 1ro. de enero de 2006:

Parte A – Seguro de Hospital

\$952.00 por los primeros 60 días (por periodo de beneficios)

\$238.00 diario (de 61 a 90 días)

\$476.00 diario (de 91 a 150 días)

Coaseguro SNF

Por los primeros 20 días, no paga nada

\$119.00 (de 21 a 100 días)

Parte B – Seguro Médico

\$124.00 deducible anual

Primas**Parte A – Seguro de Hospital**

\$393.00 mensual (personas con menos de 30 créditos, Seguro Social)

\$216.00 mensual (personas con 30 a 39 créditos)

Parte B – Seguro Médico

\$88.50 mensual

MEDICARE DEDUCTIBLE AND PREMIUM RATES**Change Request 4132**

Deductibles and premiums rates for Medicare effective January 1, 2006:

Part A – Hospital Insurance

\$952.00 for the first 60 days (per benefit period)

\$238.00 daily (61 – 90 days)

\$476.00 daily (91 – 150 days)

SNF Coinsurance

\$119.00 daily (for the 21st - 100th day each benefit period)

Part – B Medical Insurance

\$124.00 annual deductible

Premiums**Part A – Hospital Insurance**

\$393.00 per month for those who must pay a premium

\$216.00 per month for those who have 30 to 39 quarters of coverage

Part B – Medical Insurance

\$88.50 per month

IMPLANTACION NACIONAL DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PROVEEDOR CON SU CONTRATISTA (MCPSS, en inglés)**Joint Signature 05563**

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) administrarán una encuesta nacional sobre la satisfacción del proveedor con los contratistas de Medicare (en inglés MCPSS, Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey). Esto será a partir de enero de 2006. El cuestionario fue diseñado para medir la satisfacción del proveedor con relación a los servicios provistos a proveedores y suplidores de Medicare. El cuestionario permite al proveedor la oportunidad de clasificar a su contratista (s) en siete funciones del negocio: comunicaciones al proveedor, preguntas del proveedor, reclamaciones que se procesan, apelaciones, revisión médica, inscripción de proveedores al Programa, y reembolso al proveedor.

Para obtener más información y actualizaciones de la Implantación Nacional del cuestionario usted puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/providers/mcpss/> y <https://www.mcpsstudy.org/default.asp>

NATIONAL IMPLEMENTATION OF THE MEDICARE CONTRACTOR PROVIDER SATISFACTION SURVEY (MCPSS)**Joint Signature 05563**

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will be administering the national Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS) beginning in January 2006. The MCPSS is designed to measure provider satisfaction with and perceptions about the services provides to Medicare providers and suppliers. The MCPSS gives Medicare providers the opportunity to rate their Contractor (s) on seven business functions: provider communications, provider inquiries, claims processing, appeals, medical review, provider enrollment, and provider reimbursement.

For further information and updates on the MCPSS, please visit the MCPSS Web pages at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/mcpss/> and <https://www.mcpsstudy.org/default.asp>

RECLAMACIONES**ACTUALIZACION DE OCTUBRE 2005 PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA SERVICIOS AMBULATORIOS****Change Request 4035**

Esta notificación describe los cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago a ser implantadas en la actualización de Octubre 2005 del Sistema de Pagos Prospectivos para Servicios Ambulatorios. A menos que se informe lo contrario, todos los cambios presentados en esta instrucción son efectivos para servicios provistos desde el 1ro. de octubre de 2005.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4035.pdf>

ACLARACION Y ACTUALIZACION DE LAS INSTRUCCIONES DE FACTURACION DE HOSPITAL Y PAGO PARA EPOETIN ALFA (EPO) Y DARBEPOETIN ALFA (Aranesp)**Change Request 4103**

Efectivo el 1 de enero de 2006 la definición del Value Code 49 se cambiará para la lectura de hematocritos tomada antes del comienzo del período de facturación. Ya que no se espera que los hospitales tengan una lectura antes del comienzo de su período de facturación, no será un requisito para los hospitales someter facturas con el Value Code 49 cuando envíen las facturas para el EPO o Aranesp. También, efectivo el 1 de enero de 2006 los códigos para el EPO y Aranesp (Q4055 y Q4054) serán substituidos por J0886 para el EPO y J0882 para Aranesp. El CMS Medicare Benefit Policy Manual 100-2, capítulo 6, sección 10 provee información sobre la cubierta de Epoetin Alfa para las facturas sometidas como beneficio de la Parte B para pacientes hospitalizados (Inpatient Part B).

Actualmente, cuando los hospitales facturan con el código Q4055 en sus facturas de Parte B para pacientes hospitalizados (TOB 12x), debe incluirse el Revenue Code 0636. Esto es contrario a la facturación Outpatient que utiliza el código Q4055 (TOB 13x) y que requiere el uso de los Revenue Codes 0634 y 0635. Para la consistencia en la facturación de hospital del código Q4055 (substituido por J0886 efectivo el 1 de enero de 2006), los hospitales comenzarán a usar el Revenue Code 0634 para el EPO cuando se facturan menos de 10,000 unidades y el Revenue Code 0635 para el EPO sobre 10,000 unidades cuando se utiliza J0886 cuando se factura como Parte B para pacientes hospitalizados (Inpatient Part B) con el TOB 12x. El número total de unidades como un múltiplo de 1,000 unidades se coloca en el campo de las unidades.

CLAIMS**OCTOBER 2005 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS)****Change Request 4035**

Recurring Update Notification describes changes to the OPPS, to be implemented in the October 2005 update. This notification further describes changes to payment policy and billing procedures under the OPPS. Unless otherwise noted, all changes addressed in this notification are effective for services furnished on or after October 1, 2005.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4035.pdf>

CLARIFICATION AND UPDATE TO HOSPITAL BILLING INSTRUCTIONS AND PAYMENT FOR EPOETIN ALFA (EPO) AND DARBEPOETIN ALFA (Aranesp)**Change Request 4103**

Effective January 1, 2006 the definition of value code 49 is changed to report the most recent hematocrit reading taken before the start of the billing period. Since it is not expected that hospitals will have a reading before the start of their billing period, hospitals will no longer be required to report the value code 49 when submitting claims for EPO or Aranesp. Also, effective January 1, 2006 the codes for EPO and Aranesp (Q4055 and Q4054) are being terminated and replaced with J0886 for EPO and J0882 for Aranesp. The CMS Medicare Benefit Policy Manual 100-2, Chapter 6, Section 10 provides for the coverage of Epoetin Alfa under the inpatient Part B benefit.

Currently, when hospitals bill for Q4055 on their inpatient Part B claims (TOB 12x), it must be reported under the revenue code 0636. This is contrary to their billing of Q4055 on the hospital outpatient claims (type of bill 13x) that requires the use of the revenue codes 0634 and 0635. For consistency of hospital reporting of Q4055 (replaced with J0886 effective January 1, 2006), with the implementation of this instruction, hospitals will begin using the revenue code 0634 for EPO less than 10,000 units and revenue code 0635 for EPO over 10,000 units when billing J0886 under the inpatient Part B benefit on bill type 12x. The total number of units as a multiple of 1,000 units is placed in the unit field.



NUEVO CODIGO DE ICD-9CM PARA LA FACTURACION DE FALLO RENAL

Change Request 4108

Las facilidades renales y los hospitales deben estar al tanto que el código de ICD-9-CM 585 para fallo renal crónico no será aceptable sin el cuarto dígito de extensión, para facturas con fechas de servicio después del 1 de octubre de 2005. Las facilidades renales deben informar el código de diagnóstico 585.6 para someter facturas con el tipo de factura 72x. Los nuevos códigos de diagnóstico son los siguientes:

- 585.1 Chronic kidney disease, Stage I
- 585.2 Chronic kidney disease, Stage II (mild)
- 585.3 Chronic kidney disease, Stage III (moderate)
- 585.4 Chronic kidney disease, Stage IV (severe)
- 585.5 Chronic kidney disease, Stage V
- 585.6 End stage renal disease
- 585.9 Chronic kidney disease, unspecified

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4108.pdf>

REDEFINICION DEL TIPO DE FACTURA 14X PARA LAS MUESTRAS DE LABORATORIO

Change Request 3835

Este artículo ofrece instrucciones para el uso del tipo de factura 14x. El Sistema de Información Compartida del Intermediario (FISS, en inglés) no aceptará ninguna reclamación con tipo de factura 14x después del 1 de abril de 2006, a menos que los códigos se limiten a 030x y/o a 031x. Toda factura que contenga cualquier otro código será devuelta al proveedor con un mensaje indicando que el National Uniform Billing Committee (NUBC, en inglés) ha redefinido TOB 14x para aplicarse solamente a las facturas de especímenes del laboratorio.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3835.pdf>

SERVICIOS DE CONSEJERIA PARA DEJAR DE FUMAR

Change Request 4104

Esta instrucción provee información sobre la capacidad que tienen los proveedores de verificar en el sistema del "Common Working File" (CWF, por sus siglas en inglés) el número de sesiones de consejería que un beneficiario ha tomado para dejar de fumar.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4104.pdf>

NEW ICD-9 CM CODE FOR BENEFICIARIES WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Change Request 4108

Renal dialysis facilities and hospitals should be made aware that the ICD-9-CM code 585 for Chronic Renal Failure will no longer be acceptable without the fourth digit extension for claims with dates of service on or after October 1, 2005. Renal dialysis facilities should report a diagnosis code of 585.6 for submission of claims with bill type 72x. The new codes for chronic disease are defined as follows:

- 585.1 Chronic kidney disease, Stage I
- 585.2 Chronic kidney disease, Stage II (mild)
- 585.3 Chronic kidney disease, Stage III (moderate)
- 585.4 Chronic kidney disease, Stage IV (severe)
- 585.5 Chronic kidney disease, Stage V
- 585.6 End stage renal disease
- 585.9 Chronic kidney disease, unspecified

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4108.pdf>

REDEFINED TYPE OF BILL 14X, FOR NON PATIENT LABORATORY SPECIMENS

Change Request 3835

This article gives to instructions for the use of the TOB 14x. FISS will not accept no invoice with TOB 14x later than April 1, 2006, unless the codes are limited 030x and/or to 031x. All invoices that contain any other code must be given back to the supplier with a message indicating that the NUBC has redefined TOB 14x to be only applied to the invoices of specimens of the laboratory.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3835.pdf>

USE CESSATION COUNSELING SERVICES

Change Request 4104

This instruction announces the implementation of the capability for providers to access the CWF (part of Medicare's claims processing systems) for viewing the number of smoking and tobacco-use cessation counseling sessions a beneficiary has received.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4104.pdf>

MODIFICACION AL METODO DE FACTURACION DE SERVICIOS DE INMUNIZACION EN MASA A PACIENTES HOSPITALIZADOS BAJO LA PARTE B (Tipo de factura 12X y 22x)

Change Request 3735

Efectivo el 1 de octubre de 2005, los proveedores que envían listados de facturas de inmunizaciones en masa realizados a pacientes hospitalizados bajo la Parte B de Medicare deben incluir los siguientes elementos de información según requerido por el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA): fecha de admisión, tipo de admisión, diagnóstico de admisión, código de la fuente de admisión, código para estatus del paciente y la fecha de alta.

Un artículo educativo sobre esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3735.pdf>

ESPECIFICACIONES DEL EDITOR PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OCE) VERSION 6.3 DE OCTUBRE 2005

Change Request 4007

Esta notificación provee las instrucciones y especificaciones del OCE que serán utilizadas en OPPS para facturas por servicios en los departamentos ambulatorios de hospital, centros de salud mental comunitarios y para servicios limitados tales como: servicios provistos en un Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), Agencias de Salud en el Hogar no PPS o para pacientes de hospicio en tratamiento de una enfermedad no terminal.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

PROCESO DE APELACIONES PARA UNA DETERMINACION INICIAL

Change Request 4019

La siguiente información les provee instrucciones a seguir para el manejo de apelaciones de reclamaciones sometidas al Intermediario y el Carrier.

El nuevo segundo nivel en el proceso de apelación para reclamaciones se llama reconsideración. Este nuevo nivel de “reconsideración” es diferente al anterior primer nivel de apelación de la Parte A. Las reconsideraciones serán procesadas por un Contratista Independiente Cualificado (Qualified Independent Contractor, QIC).

Efectivo desde el 1ro. de mayo de 2005, las partes interesadas que estén en desacuerdo con una redeterminación emitida por el Intermediario Fiscal, tienen el derecho de apelar al QIC. Para las redeterminaciones previas al 1ro. de mayo de 2005, se mantiene el procedimiento anterior; es decir tienen derecho de apelación al Juez Administrativo, si es de la Parte A, y al Oficial de Audiencia si es de la Parte B.

MODIFICATION OF ROSTER BILLING FOR MASS IMMUNIZERS BILLING FOR INPATIENT PART B SERVICES (Type of Bills 12x and 22x)

Change Request 3735

Effective October 1, 2005, providers submitting roster bills for mass immunizations provided under Medicare Part B must include the following data elements as required by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA): admission date, admission type, admission diagnosis, admission source code, patient status code and discharge date.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3735.pdf>

OCTOBER 2005 OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM CODE EDITOR SPECIFICATIONS VERSION 6.3

Change Request 4007

This notification provides the revised OPPS OCE instructions and specifications that will be utilized under the OPPS for hospital outpatient departments, community mental health centers (CMHCs) and for limited services as defined below when provided in a comprehensive outpatient rehabilitation facility (CORF), home health agency (HHS) not under Home Health PPS or to a hospice patient for the treatment of a non-terminal illness.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

GENERAL APPEALS PROCESS IN INITIAL DETERMINATIONS

Change Request 4019

The following information provides the instructions to follow for the handling of appeal for the claims submitted to the Intermediary and the Carrier.

There is a new second level of appeal process is called a reconsideration. This new “reconsideration” is different from the previous first level of appeal for Part A claims. These new “reconsiderations” will be processed by Qualified Independent Contractors (QICs).

Parties to Part A and Part B redeterminations issued by FIs on or after May 1, 2005 will have the right to appeal to a QIC. All redeterminations issued before May 1, 2005 will have appeal rights to the Administrative Law Judge (ALJ) for Part A claims and to the hearing officer (HO) for Part B claims.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

ACTUALIZACION ANUAL 2006 DE LOS CODIGOS PARA LA FACTURACION CONSOLIDADA DE LAS FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERIA

Change Request 4086

Los cambios en el “Healthcare Common Procedure Coding System” (HCPCS), por sus siglas en ingles), y en las tarifas médicas serán revisadas en los editajes del Common Working File para asegurarnos que los Carriers puedan emitir los pagos correctos de acuerdo a la factura consolidada de SNF.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>.

USO DE LOS VALUE CODES 48 Y 49 EN LA FACTURACION ESRD

Change Request 4087

Las facilidades renales deben continuar utilizando el Value Code 49 para informar la lectura de hematocritos en un tipo de factura 72x. De igual manera deben continuar utilizando el Value Code 48 para informar la hemoglobina en un tipo de factura 72x.

Para más información sobre esta instrucción puede acceder a la dirección siguiente: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R721CP.pdf

CORRECCIÓN EN LOS EDITAJES DEL COMMON WORKING FILE (CWF)

Change Request 4089

El Archivo de Trabajo Común (CWF, en inglés) modificará los editajes de pago existentes para el Revenue Code 048x (Cardiología) sólo cuando se encuentre presente en la factura con los siguientes HCPCS: 93015, 93307, 93308, 93320, 93501, 93503, 93505, 93510, 93526, 93541, 93542, 93543, 93544 – 93552, 93561 y 93562.

De igual manera el CWF modificará los editajes para reforzar el “one-day payment window” observando los últimos tres dígitos S’, ‘T’, ‘M’, y ‘R’ del número de proveedor en la factura de hospitalización.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4089.pdf>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>.

2006 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB)

Change Request 4086

The changes to Healthcare Common Procedure Coding System codes and Medicare Physician Fee Schedule designations will be used to revise CWF edits to allow Carriers to make appropriate payments in accordance with policy for SNF consolidated billing.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

USE OF VALUE CODES 48 AND 49 ON END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) BILLS

Change Request 4087

Renal Dialysis Facilities shall continue to use value code (VC) 49 to report the patient’s hematocrit on dialysis claims on type of bill (TOB) 72X and to continue to use VC 48 to report the patient’s hemoglobin on dialysis claims submitted on TOB 72X.

For further information about this instruction can access the following email address: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R721CP.pdf

PAYMENT WINDOW EDIT CORRECTIONS WITHIN THE COMMON WORKING FILE (CWF)

Change Request 4089

The CWF will modify the existing payment window edits to bundle Revenue Code 048X (Cardiology) only when present with the following HCPCS codes: 93015, 93307, 93308, 93320, 93501, 93503, 93505, 93510, 93526, 93541, 93542, 93543, 93544 – 93552, 93561 or 93562.

Also the CWF will modify the payment window edits to enforce the one-day payment window by looking at the third digit ‘S’, ‘T’, ‘M’, or ‘R’ of the provider number on the inpatient bill.

For further more information about this instruction you can access: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4089.pdf>

REVISION AL CAPITULO 31- ATTESTATION**Change Request 4093**

CMS está realizando cambios a su Infraestructura de Información y Tecnología para cumplir con los estándares para las investigaciones de la elegibilidad del beneficiario. Esto creará la base de datos y la infraestructura necesaria para proporcionar investigación centralizada y respuestas correctas de la elegibilidad del beneficiario en cumplimiento con la Ley HIPPA.

Los proveedores deben llenar el formulario que se encuentra en la siguiente dirección, para poder tener acceso: www.cms.hhs.gov/it

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

NUEVO MODIFICADOR Y CONDITION CODE PARA IDENTIFICAR FACTURAS RELACIONADAS A DESASTRES NATURALES**Change Request 4106**

Para facilitar el proceso de facturación relacionado a los servicios provistos a las víctimas del Huracán Katrina y de cualquier desastre futuro, se ha establecido un nuevo modificador y un nuevo Condition Code. Estos nuevos códigos son efectivos desde el 21 de agosto de 2005. El modificador nuevo es CR (Relacionado/catástrofe) y el Condition Code nuevo es DR (Relacionado/desastre).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

NUEVA GUIA RELACIONADA AL CODIGO G0297**Joint Signature 05443**

El Intermediario Fiscal (FI) retendrá reclamaciones con fechas de servicio en o después del 25 de enero de 2005, que contengan el código HCPCS G0297. En situaciones donde el proveedor tenga otros servicios en la misma reclamación con el código HCPCS G0297, se le puede indicar que elimine el cargo de este código para que pueda recibir el reembolso por los otros servicios. En estos casos, el proveedor debe someter una reclamación como ajuste que refleje el cargo del código G0297 después de octubre 2005 para que pueda recibir pago por este servicio. Después de la implementación exitosa del OCE (editaje) de Octubre 2005, el Intermediario Fiscal procesará las reclamaciones en su sistema.

REVISION TO CHAPTER 31- ATTESTATION**Change Request 4093**

CMS is making changes to its Information Technology infrastructure to address standards for Medicare beneficiary eligibility inquiries. This approach will create the necessary database and infrastructure to provide a centralized Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) compliant 270/271 health care eligibility inquiry and response in real-time.

An online attestation form located at www.cms.hhs.gov/it must be completed prior to provider accessing the real-time eligibility application.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

NATIONAL MODIFIER AND CONDITION CODE TO BE USED TO IDENTIFY DISASTER RELATED CLAIMS**Change Request 4106**

In order to facilitate claims processing and track services and items provided to victims of Hurricane Katrina and any future disasters, a new modifier and condition code have been established for providers to use on disaster related claims. The new modifier and condition code are effective for dates of service on and after August 21, 2005. The new modifier is CR (Catastrophe/Disaster Related). The new condition code is DR (Disaster Related).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn9/matters>

NEW GUIDANCE REGARDING HCPCS CODE G0297**Joint Signature 05443**

Fiscal Intermediaries (FI) will hold claims with dates of services on or after January 25, 2005, that contain HCPCS code G0297. In situations where a provider furnishes additional services that would be reported on the same claim with HCPCS code G0297, advise them they may remove the charges for code G0297 from the claim in order to receive payment for the remaining services. In this instance, the provider must submit an adjustment claim reflecting code G0297 after October 2005 in order to receive payment for code G0297. Please note, providers are subject to the timely filing requirements for adjustment claims. After the successful implementation of the October 2005 OCE, the Fiscal Intermediary may release the held claims in your systems.

TERMINACION DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE HIPAA PARA RECLAMACIONES

Joint Signature 05517

El Intermediario Fiscal mantendrá contacto directo con aquellos proveedores que no han sometido por lo menos una reclamación electrónica en el formato correcto de HIPAA. Realizará todo el esfuerzo para informar a los proveedores que:

Efectivo el 1 de octubre de 2005, cualquier reclamación electrónica que no esté en el formato de HIPAA correcto va a ser rechazada.

Un sistema de facturación que cumple con las regulaciones de HIPAA está disponible gratis o a bajo costo.

Una lista de vendedores que han aprobado satisfactoriamente las transacciones de HIPAA está disponible.

Los podrá asistir para que cumplan con las regulaciones de HIPAA.

APROBACION PARA LA RETENCION DE FACTURAS

Joint Signature 06017

CMS les ha solicitado a los Intermediarios Fiscales la retención de las facturas impactadas por el CR 3931 por dos semanas adicionales. De esta manera se podrán hacer las pruebas en el sistema y se harán las instalaciones necesarias para el procesamiento eficaz de estas facturas. Las facturas afectadas deben ser procesadas no más tarde del 7 de noviembre de 2005. Estas instrucciones seguirán vigentes a menos que CMS especifique lo contrario.

CORRECCION DEL CHANGE REQUEST 3949 PARA AÑADIR EL TOB 23X

Change Request 4116

Este artículo corrige las instrucciones de facturación de las determinaciones para las altas indicadas en el CR 3949.

El proceso de la facturación aplica a los tipos de facturas 23x que no fueron incluidos en la lista de TOB en el CR 3949. Los cambios de sistema en el CR 3949 también aplican a TOB 23x.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4116.pdf>

TERMINATION OF THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA) CONTINGENCY PLAN

Joint Signature 05517

October 1, 2005, is fast approaching and the Fiscal Intermediary will make direct phone contact with those providers that have not submitted at least one electronic claim in a HIPAA compliant format. They will make every effort to inform those providers that:

Effective October 1, 2005, any incoming electronic claim that is in a non-HIPAA compliant format will be rejected.

Free/low cost HIPAA compliant billing software is available.

A list of vendors who have successfully tested HIPAA transactions is available.

Will assist them so they can become HIPAA compliant.

APPROVAL TO HOLD CLAIMS

Joint Signature 06017

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) would like the FI to hold these claims an additional 2 weeks to allow for sufficient testing and installation of the correction. All impacted claims should be released no later than Monday, November 7, 2005, unless otherwise specified by CMS.

CORRECTION TO CHANGE REQUEST 3949 TO ADD 23X TYPE OF BILL

Change Request 4116

This article corrects the billing instructions needed for full implementation of the expedited determinations process for discharges listed in CR 3949.

The expedited determinations process applies to TOB 23x, which was left off the list of TOB's in CR 3949. The system changes listed in CR 3949 do apply to TOB 23x.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4116.pdf>



REEMBOLSO

**ACTUALIZACION DE LOS REASON CODES
Y REMAKS CODES PARA LA REMESA**

Change Request 4123

Los Reason Codes y Remark Codes deben ser utilizados en la remesa de pago y en las transacciones de coordinación de beneficios.

Esta instrucción contiene información sobre los cambios de los nuevos códigos aprobados desde Marzo de 2005 hasta Junio de 2005. Los contratistas de Medicare actualizarán sus sistemas para incorporar estos cambios. Los mismos se verán reflejados en la remesa electrónica y en las transacciones de coordinación de beneficios.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4123.pdf>

**PAGOS DE RADIOFARMACOS EN LA PARTE B NO PAGADOS EN
UN SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS**

Change Request 4053

El límite de pago permitido de radio fármacos en la Parte B no está sujeto al Precio Promedio de Venta (ASP en inglés) efectivo desde el 1 de enero de 2005.

Efectivo el 1 de enero de 2005 el límite de pago permitido de radio fármacos está determinado por la metodología de pagos acordada en Noviembre de 2003, en el Transmittal 528 (CR 3783).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4053.pdf>

**REVISION AL PRECIO DE VENTA PROMEDIO (ASP) TRIMESTRAL
PARA CIERTAS DROGAS DE LA PARTE B**

Change Request 4160

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) han reemplazado los límites de pago para el primer trimestre de 2006 para ciertas drogas de la Parte B, efectivo el 1 de octubre de 2005.

El límite de pago revisado aplica a las fechas de servicio después del 1 de octubre de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2005.

REIMBURSEMENT

**REMITTANCE ADVISE REMARK CODE AND CLAIM
ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE**

Change Request 4123

Claim Adjustment Reason Codes are required to be used in remittance advice and coordination of benefits transactions and Remittance Advice Remark Codes are required to be used in remittance advice transaction.

This contains information about reason and remark code changes approved from March 2005 through June 2005. Medicare contractors shall update their remittance advice maps/matrices as appropriate to incorporate those changes that impact their electronic and paper remittance advice, and coordination benefits transactions.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4123.pdf>

**PAYMENT FOR MEDICARE PART B RADIOPHARMACEUTICALS
NOT PAID ON A COST OR PROSPECTIVE PAYMENT BASIS**

Change Request 4053

Medicare Part B radiopharmaceuticals payment allowance limits are not subject to the Average Sales Price (ASP), effective January 1, 2005.

Effective January 1, 2005, the payment allowance limits for radiopharmaceuticals are determined by the payment methodology in place under Part B as of November 2003, Transmittal 528 (CR 3783).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4053.pdf>

**REVISED OCTOBER 2005 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE
(ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE**

Change Request 4160

The Centers of Medicare & Medicaid Services are replacing payment limits for the first quarter of 2006 for certain Medicare Part B drugs, effective October 1, 2005.

The revised payment limits apply to dates of service on or after October 1, 2005 through December 31, 2005.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4160.pdf>

**ACTUALIZACION ANUAL PARA EL PAGO DE LOS BONOS
CORRESPONDIENTES A AREAS DE ESCASEZ DE
PROFESIONALES DE SALUD (HPSA)**

Change Request 4113

Esta instrucción provee información sobre los nuevos pagos automatizados de los bonos de HPSA para 2006. Provee además, los nombres de esos archivos para la facturación con las fechas del servicio después del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2006. Los proveedores deben revisar la información en el portal de Internet de CMS para determinar si cualifican para el pago de los bonos de HPSA para 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4113.pdf>

**PRECIO DE VENTA PROMEDIO (ASP) DE OCTUBRE 2005 PARA
MEDICAMENTOS EN LA PARTE B DE MEDICARE**

Change Request 3992

Algunos límites de pago para medicamentos en la Parte B de Medicare fueron revisados para fechas de servicio después del 1 de abril de 2005, después del 30 de junio de 2005, después del 01 de julio de 2005 y después del 30 de septiembre de 2005. Estos límites serán efectivos el 1 de abril de 2005, el 1 de julio de 2005 y el 1 de octubre de 2005, respectivamente.

Un artículo educativo sobre esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3992.pdf>

**CALCULO DEL PAGO POR EDUCACION MEDICA INDIRECTA
(IME en inglés)**

Change Request 4025

La siguiente instrucción proporciona la metodología para calcular el pago interino de educación médica indirecta (IME, en inglés) a través del sistema de pagos prospectivos de hospital (PPS). La información del PRICER para los hospitales que recibieron un aumento por sus residentes de tiempo completo (FTE) está bajo la sección 422 del Medicare Modernization Act. Los hospitales en un sistema de pagos prospectivos que funcionan con programas de educación médica graduada (GME) pueden revisar el Change Request 4025 para entender la metodología de cálculo por los pagos interinos de educación médica indirecta (IME) en un hospital, a fin de asegurarse de que los pagos apropiados de los residentes han sido realizados.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4160.pdf>

**2006 ANNUAL UPDATE FOR THE HEALTH PROFESSIONAL
SHORTAGE AREA (HPSA) BONUS PAYMENTS**

Change Request 4113

This CR provides new information on the new automated HPSA bonus payments for 2006. This CR provides those files for claims with dates of service on or after January 1, 2006, through December 31, 2006. Providers should review the information on the CMS web site to determine if they qualify for the HPSA bonus payment for 2006.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4113.pdf>

**OCTOBER 2005 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP)
MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE**

Change Request 3992

Certain Medicare Part B drug payment limits were revised for dates of service on or after April 1, 2005; on or before June 30, 2005; on or after July 1, 2005, and on or before September 30, 2005. This drug payment limits are effective April 1, 2005, July 1, 2005, and October 1, 2005, respectively.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3992.pdf>

**CALCULATION OF THE INTERIM PAYMENT OF INDIRECT
MEDICAL EDUCATION (IME)**

Change Request 4025

This CR provides the methodology for calculating a hospital's interim payment of Indirect Medical Education (IME) through the Inpatient Prospective Payment System (PPS). PRICER information's for hospitals that received an increase to their Full-time Equivalent (FTE) resident caps under Section 422 of the MMA. Inpatient PPS hospitals operating Graduate Medical Education (GME) programs may want to review CR4025 in order to understand the methodology for calculating a hospital's interim IME payments to ensure that the appropriate payments for residents are being made.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en:
<http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4025.pdf>

ACTUALIZACION ANUAL DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA FACILIDADES DE REHABILITACION (IRF)

Change Request 4037

Los cambios IRF PPS para el año fiscal 2006 fueron establecidos en el "FY 2006 IRF PPS Final Rule". El software del IRF PRICER fue publicado antes del 1ro. de octubre de 2005 y contiene las tarifas actualizadas y efectivas desde el 1 de octubre de 2005 hasta el 30 de septiembre de 2006. El nuevo software del PRICER debe ser instalado lo antes posible para poder asegurar los pagos exactos para las facturas IRF PPS con fechas desde el 1 de octubre de 2005 hasta el 30 de septiembre de 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

CAMBIOS EN EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS (IPPS) Y HOSPITALES DE CUIDADO PROLONGADO PARA EL AÑO FISCAL 2006

Change Request 4046

Los cambios de IPPS para el año fiscal 2006 fueron publicados en el Federal Register el 12 de agosto de 2005. A menos que se informe lo contrario, todos los cambios presentados en esta instrucción son efectivos para servicios provistos desde el 1 de octubre de 2005.

Los cambios en DRG y los cambios en el Agrupador son efectivos desde el 1 de octubre de 2005 para hospitales los cuales son pagados por IPPS y también los pagados por LTCH PPS. Los cambios en la tarifa de LTHC PPS fueron efectivos el 1 de julio de 2005.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4025.pdf>

INPATIENT REHABILITATION FACILITY (IRF) ANNUAL UPDATE

Change Request 4037

The FY 2006 IRF PPS Final Rule sets forth the prospective payment rates applicable for IRF's for FY 2006. A new IRF PRICER software package was released prior to October 1, 2005 and contains the updated rates that are effective for claims with discharges that fall within October 1, 2005 through September 30, 2006. The new revised Pricer program must be installed timely to ensure accurate payments for the IRF PPS claims with discharges on or after October 1, 2005 through September 30, 2006.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn9/matters>

FISCAL YEAR (FY) 2006 INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPPS) AND LONG TERM CARE HOSPITAL (LTCH) PPS CHANGES

Change Request 4046

The changes for FY 2006 were published in the Federal Register on August 12, 2005. All items covered in this instruction are effective for hospital discharges occurring on or after October 1, 2005, unless otherwise noted.

Also addresses new GROUPER and diagnosis-related group (DRG) changes that are effective October 1, 2005, for hospitals paid under the IPPS, as well as under LTCH PPS. LTCH PPS rate changes occurred on July 1, 2005.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>



**PAGOS POR SERVICIOS PROVISTOS EN CENTROS
DE CIRUGIA AMBULATORIA**

Change Request 4075

Esta instrucción proporciona los detalles relacionados a como los contratistas continuarán aplicando las tarifas del grupo del ASC (por sus siglas en inglés) efectivos para fechas de servicio después del 1 de abril de 2004 y también continuarán utilizando los valores de índice del salario contenidos en el transmittal AB-03-116, del 8 de agosto de 2003, para calcular las cantidades del pago para todo el tipo de códigos procesales comunes del sistema de codificación del servicio F Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**ACTUALIZACIONES Y CAMBIOS DEL ARCHIVO DE PROVEEDORES
RELACIONADOS AL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA
FACILIDADES DE REHABILITACION Y CENTROS DE ENFERMERIA
ESPECIALIZADA**

Change Request 4099

Esta notificación contiene información sobre los cambios hechos en el Sistema de Pagos Prospectivos para facilidades de Rehabilitación y Centros de Enfermería Especializada para el Año 2006. Además encontrarán información relacionada a “Core Based Statistical Areas” (CBSA, por sus siglas en inglés) y LIP “Low Income Percentage” y como ésto afectará el Pricer para el año 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**PAGO PERMITIDO PARA LA VACUNA DE INFLUENZA (90655,
90656, 90657 Y 90658) Y LA VACUNA DE NEUMOCOCOS
(90732)**

Change Request 4109

Esta notificación provee las tarifas para el pago de las vacunas de Influenza: 90655, 90656, 90657, y 90658 así como para la vacuna de Neumococos: 90732 cuando el pago está basado en un 95 por ciento del AWP. El pago permitido para el código 90655 es \$14.678, para el código 90656 es \$15.818, para el código 90657 es \$6.028 y para el código 90658 es \$12.056, efectivo el 1 de septiembre de 2005. El pago permitido para el código 90732 es \$24.57, efectivo el 1 de septiembre de 2005.

**FISCAL YEAR (FY) 2006 PAYMENT FOR SERVICES FURNISHED
IN AMBULATORY SURGICAL CENTERS (ASC's)**

Change Request 4075

This instruction provides details on how Contractors shall continue to apply the ASC group rates effective for dates of service on or after April 1, 2004 and also shall continue to use the wage index values contained in Transmittal AB-03-116, dated August 8, 2003, to calculate payment amounts for all type of service F Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) codes.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**UPDATES TO THE IRF AND SNF PROVIDER SPECIFIC FILE
AND CHANGES IN INPATIENT REHABILITATION FACILITY
PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM**

Change Request 4099

This notification contains information on the updates related to the Inpatient Rehabilitation Facility Prospective System and SNF for FY 2006. Also there is information related to “Core Based Statistical Areas” (CBSA) and y LIP “Low Income Percentage” and the effect that these changes will have on the “Pricer”.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**PAYMENT ALLOWANCES FOR THE INFLUENZA VIRUS
VACCINE (CPT 90655, 90656, 90657, AND 90658) AND THE
PNEUMOCOCCAL VACCINE (CPT 90732)**

Change Request 4109

This notification provides the payment allowances for the following influenza virus vaccines: CPT codes 90655, 90656, 90657, and 90658 as well as the Pneumococcal vaccine (CPT 90732) when payment is based on 95 percent of the AWP. The Medicare Part B payment allowance in these situations for CPT 90655 is \$14.678, for CPT 90656 is \$15.818, for CPT 90657 is \$6.028, and for CPT 90658 is \$12.056, effective September 1, 2005. The Medicare Part B payment allowance for CPT 90732 is \$24.57, effective September 1, 2005.

REVISION MEDICA

SOLICITUD DE DOCUMENTACION ADICIONAL PARA REVISION MÉDICA

Change Request 4022

Esta instrucción permite a los contratistas solicitar y revisar la documentación relacionada con la condición del paciente antes y después de un servicio específico bajo revisión a fin de obtener un cuadro más completo de la condición clínica del paciente. También instruye a los contratistas a no denegar otras reclamaciones relacionadas con la documentación de la condición del paciente antes y después de la reclamación, a menos que los contratistas revisen y provean una consideración apropiada de las reclamaciones adicionales reales y la documentación asociada.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

CAMBIOS EN LA DETERMINACION DE CUBIERTA NACIONAL (NCD) PARA LABORATORIOS

Change Request 4005

A fin de acomodar los cambios de los códigos ICD-9-CM que van a ser efectivos el 1 de octubre de 2005, se han realizado cambios a los listados de la Determinación de Cubierta Nacional para los Laboratorios. Estos cambios serán efectivos para servicios realizados en o después del 1 de octubre de 2005.

Un artículo educativo de esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4005.pdf>

MEDICAL REVIEW

MEDICAL REVIEW ADDITIONAL DOCUMENTATION REQUESTS

Change Request 4022

This instruction gives contractors the ability to request and review documentation related to the patient's condition before and after a specific service under review in order to get a more complete picture of the patient's clinical condition. It also instructs contractors to not deny other claims related to the documentation of the patient's condition before and after the claim in question unless contractors review and give appropriate consideration to the actual additional claims and associated documentation.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD)

Change Request 4005

In order to accommodate changes to the ICD-9-CM codes that become effective October 1, 2005, changes are being made to the Laboratory National Coverage Determination (NCD) code lists. These changes become effective for services furnished on or after October 1, 2005.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4005.pdf>



ANÁLISIS DE DENEGACIONES DE REVISIÓN MÉDICA DE OCTUBRE 2004 A JUNIO 2005

Durante del periodo comprendido de octubre a junio de 2005 se procesaron 579,510 facturas. El proceso de revisión médica, incluyendo la revisión automática, abarcó 124,830 (21%) de esas facturas. De las facturas médicamente revisadas, 33,221 fueron denegadas parcial o totalmente. Esa cifra representa cerca del 6% del total de facturas procesadas en el periodo y el 26.7% de las facturas médicamente revisadas. (Ver Gráfica 1)



Gráfica 1

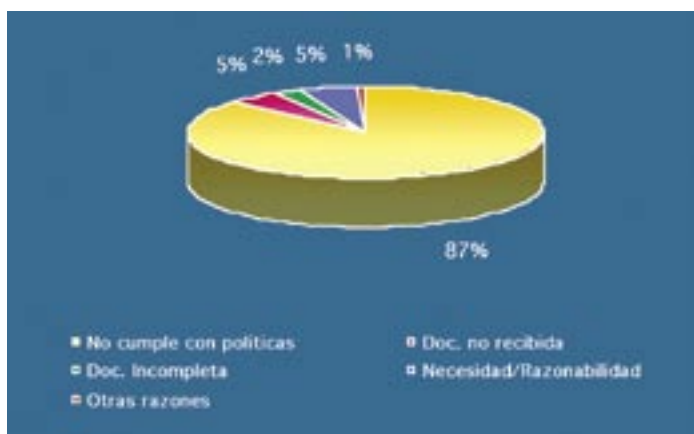
ANALYSIS OF THE MEDICAL REVIEW DENIALS FROM OCTOBER 2004 TO JUNE 2005

During the period comprise from October to June 2005, 579,510 claims were processed by the fiscal intermediary. A total of 124,830 (21%) of those claims were medically reviewed, including automated review. From the claims medically reviewed, a total of 33,221 were partially or tally denied. This amount of denials represents near to the 6% of the total amount of claims processed and the 26.7% of the claims medically reviewed. (See graph 1.)



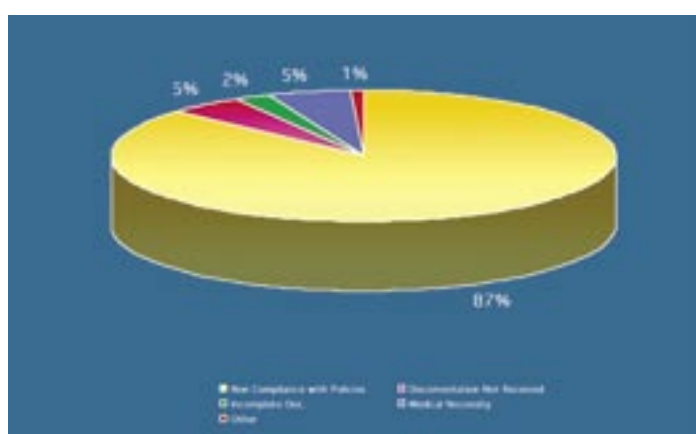
Graph 1

El porcentaje mayor de denegaciones se debe a incumplimiento con las políticas nacionales y locales constituyendo esta la razón principal para el 87% de todas las denegaciones. La siguiente gráfica muestra la distribución de acuerdo a las razones de denegación.



Gráfica 2

The first reason for denials is not compliance with national and local coverage determinations and account for the 87% of the denials. The following chart shows the distribution of denied claims by denial reason.



Graph 2

Similar al año anterior, las políticas nacionales (NCD's) con mayor por ciento de denegación en orden descendente, resultaron ser: Tiempo de Tromboplastina Parcial (PTT), Tiempo de Protrombina (PT), Lípidos y PSA. Para las determinaciones locales (LCD's), las de mayor frecuencia fueron Panel Metabólico Básico (BMP), Panel Metabólico Comprensivo (CMP) y Electrocardiograma (EKG).

Similarly to last year, the national coverage determinations (NCD's) with the highest denial percents in descending order were: Partial Thromboplastin Time (PTT), Prothrombin Time (PT), Lipids and Prostatic Specific Antigen (PSA). The most frequently denials related to local coverage determinations (LCD's) were Basic Metabolic Panel (BMP), Comprehensive Metabolic Panel (CMP) and Electrocardiogram (EKG).

Es nuestra recomendación que cada proveedor confirme su patrón individual e identifique las políticas nacionales (NCD'S) y locales (LCD'S) que puedan estar afectando sus denegaciones. Es importante que verifiquen que los protocolos establecidos por ustedes armonicen con estas políticas. Para su conveniencia y beneficio pueden encontrar las políticas locales (LCD'S) y las nacionales (NCD'S) en nuestra dirección de Internet en la sección de políticas médicas.

HYPERBARIC OXYGEN THERAPY (HBOT)

INTRODUCCIÓN

La utilización del tratamiento de Oxígeno Hiperbárico ha incrementado significativamente. En el estudio de utilización del año 2004, este tratamiento ocupó el segundo lugar en cargos entre los servicios ambulatorios. Por otro lado, los hallazgos de revisión médica señalan un alto por ciento de denegaciones en tratamientos que no cumplen con los requisitos de Medicare. Por tanto; a continuación se incluye información sobre HBO de acuerdo a la determinación nacional de cubierta para este servicio.

¿En qué consiste el tratamiento con Oxígeno Hiperbárico (HBO)?

Para propósitos de cubierta bajo Medicare, la Terapia con Oxígeno Hiperbárico (HBOT) consiste de una modalidad de tratamiento en la cual el cuerpo completo se expone a oxígeno (100%) a una presión atmosférica aumentada (>1atm).

¿Dónde se lleva a cabo?

Se lleva a cabo en una cámara individual o en una cámara múltiple. El reembolso por terapia con Oxígeno Hiperbárico (HBOT) se limitará a aquel que se administra en una cámara hiperbárica solamente para determinadas condiciones y cuando se considere médicamente necesario y razonable.

¿Es la terapia con Oxígeno Hiperbárico sustituto de otras terapias estándar o convencionales?

No, la terapia con Oxígeno Hiperbárico no constituye un reemplazo de otros tratamientos exitosos. En algunos casos constituye la terapia de elección y en otros casos asiste en el tratamiento.

¿Cual es la duración promedio de la terapia con Oxígeno Hiperbárico?

La duración depende de la respuesta del paciente y de la severidad de la condición. La duración promedio es de 2-4 semanas.

We recommend that each provider confirm his individual pattern and identify the national (NCD'S) and local (LCD'S) coverage determinations that may be affecting the denials. It is important to verify that established protocols are in harmony with these policies. For your convenience and benefit you may find the local (LCD's) and national (NCD's) determinations at our internet site in the medical policies section.

Terapia Oxígeno Hiperbárico (HBOT)

HYPERBARIC OXYGEN THERAPY (HBOT)

INTRODUCTION

Claims for HBO therapy have significantly increased. The 2004 utilization review study showed that this type of treatment had reached the second place in charges for outpatient services. On the other hand, medical review findings showed a high percentage of claims denied because of treatments that do not comply with Medicare requisites for coverage. Therefore the following information regarding HBO therapy (in accordance with the National Coverage Determination, NCD) is supplied for your benefit.

What is Hyperbaric Oxygen Therapy (HBO)?

For purposes of coverage under Medicare, Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) is a treatment modality in which the entire body is exposed to oxygen (100%) under increased atmosphere pressure (>1atm).

Where does it take place?

This is conducted in either a monoplace chamber or in a larger multiplace chamber. Program reimbursement for Hyperbaric Oxygen Therapy (HBOT) will be limited to that which is administered in a chamber for certain conditions only and when deemed medically reasonable and necessary.

Is HBOT a replacement therapy for other standard therapeutic measures?

No, HBOT should not be a replacement for other standard successful therapeutic measures. In some cases it is the treatment of choice and in other cases an adjunctive treatment.

What is the average duration of HBO therapy?

Duration is depending on the response of the patient and the severity of the condition. The average duration of HBOT is 2-4 weeks.



¿Cuales son las condiciones y limitaciones de cubierta?

El reembolso del Programa por la HBOT se limita a las siguientes condiciones:

1. Intoxicación aguda por monóxido de carbono (ICD-9-CM 986)

Causante de lesión de los sistemas cardiaco y nervioso inducida por estrés hipóxico. La terapia con oxígeno hiperbárico produce un mayor grado de disociación de monóxido de carbono de la hemoglobina que la que sucede cuando se respira aire puro a presión atmosférica a nivel del mar.

2. Enfermedad por Descompresión (ICD-9-CM 993.2, 993.3)

Surge de la formación de burbujas de gas en el tejido o sangre en volúmenes suficientes para interferir con la función de un órgano o causar alteración en la sensación. El origen de éste gas enucleado es la rápida descompresión durante el proceso de ascenso. La terapia con Oxígeno Hiperbárico resulta en la inmediata reducción en el volumen de las burbujas.

3. Embolismo gaseoso (ICD-9-CM 958.0, 999.1)

Ocurre cuando gases penetran vasos venosos o arteriales en volúmenes lo suficientemente grandes para comprometer la función de un órgano o parte del cuerpo. La terapia con Oxígeno hiperbárico se dirige a reducir el volumen de las burbujas de gas y a aumentar el gradiente de difusión del gas embolizado.

4. Gangrena gaseosa (ICD-9-CM 0400)

Infección causada por bacterias del género Clostridium. El problema agudo en la gangrena gaseosa consiste en el rápido avance y destrucción del tejido como resultado de la alfatoxina producida por la bacteria, y la meta del tratamiento persigue detener esa destrucción mediante la detención de la producción de la toxina y el arresto de la enfermedad. La terapia con Oxígeno Hiperbárico es adicional a la antibioterapia y a la cirugía.

5. Isquemia periférica aguda traumática (ICD-9-CM 902.53, 903.01, 903.1, 904.0, 904.41.)

La terapia con Oxígeno Hiperbárico constituye un tratamiento valioso a utilizarse en combinación con otras medidas terapéuticas estándares aceptadas ante la amenaza de pérdida de función, miembro, o vida. La meta es aumentar la oxigenación del tejido para mantener la viabilidad.

6. Lesiones por colisión y sutura de miembros amputados (ICD-9-CM 927.00-927.03, 927.09-927.11, 927.20-927.21, 927.8-927.9, 928.00-928.01, 928.10-928.11, 928.20-928.21, 928.3, 928.8-928.9, 929.0, 929.9, 996.90- 996.99)

Al igual que en las previas condiciones, la terapia con Oxígeno Hiperbárico constituirá un tratamiento coadyuvante ante la amenaza de pérdida de función, miembro o vida en peligro.

7. Infecciones necrotizantes progresivas (fascitis necrotizante) (ICD-9-CM 728.86)

La terapia de Oxígeno Hiperbárico se recomienda como tratamiento adjunto solamente en aquellos escenarios donde se espera una morbilidad y mortalidad elevadas a pesar del tratamiento agresivo estándar de las infecciones necrotizantes. Esta condición es una infección relativamente rara. Usualmente es el resultado de infección por el estreptococo grupo A comenzando con severa y o extensa celulitis extendiéndose para incluir la fascia superficial y profunda, produciendo trombosis de los vasos subcutáneos y gangrena de los tejidos subyacentes.

8. Insuficiencia arterial periférica aguda (ICD-9-CM 444.21,

What are the covered conditions?

Program reimbursement for HBO therapy is limited to the following conditions:

1. Acute carbon monoxide intoxication (ICD-9-CM 986)

Causes hypoxic stress induced injury to the cardiac and central nervous systems. HBOT causes a higher rate of dissociation of carbon monoxide from hemoglobin than that which occurs when breathing pure air at sea level pressure.

2. Decompression illness (ICD-9-CM 993.2, 993.3)

Arises from the formation of gas bubbles in tissue or blood in volumes sufficient enough to interfere with the function of an organ or to cause alteration in sensation. The cause of this enucleated gas is rapid decompression during the ascent process. HBOT results in immediate reduction in the volume of bubbles.

3. Gas embolism (ICD-9-CM 958.0, 999.1)

Occurs when gases enter the venous or arterial vasculature embolizing in a large enough volume to compromise the function of an organ or body part. HBOT is aim at reducing the volume of gas bubbles and increasing the diffusion gradient of the embolized gas.

4. Gas gangrene (ICD-9-CM 0400)

Infection caused by Clostridium bacillus. The acute problem in gas gangrene is the rapidly advancing tissue destruction that results from an alphatoxin produced by the bacteria, and the goal of treatment is to stop the destruction by stopping the production of alphatoxin and arresting the disease process. HBOT is adjunct to antibiotic therapy and surgery.

5. Acute traumatic peripheral ischemia (ICD-9-CM 902.53, 903.01, 903.1, 904.0, 904.41.)

HBOT is a valuable adjunctive treatment to be used in combination with accepted standard therapeutic measures when loss of function, limb, or life is threatened. Goal is to enhance tissue oxygenation to support viability.

6. Crush injuries and suturing of severed limbs (ICD-9-CM 927.00-927.03, 927.09-927.11, 927.20-927.21, 927.8-927.9, 928.00-928.01, 928.10-928.11, 928.20-928.21, 928.3, 928.8-928.9, 929.0, 929.9, 996.90- 996.99)

As in the previous conditions, HBO therapy would be an adjunctive treatment when loss of function, limb, or life is threatened.

7. Progressive necrotizing infections (necrotizing fasciitis) (ICD-9-CM 728.86)

HBO is recommended as an adjunct only in those settings where mortality and morbidity are expected to be high despite aggressive standard treatment of the necrotizing infections. This condition is a relatively rare infection. Usually a result of a group A streptococcal infection beginning with severe or extensive cellulitis that spreads to involve the superficial and deep fascia, producing thrombosis of the subcutaneous vessels and gangrene of the underlying tissues.

8. Acute peripheral arterial insufficiency (ICD-9-CM 444.21, 444.22, 81)

Sudden occlusion of a major artery in an extremity such as the femoral or brachial artery (e.g., "saddle embolus"). Emergent surgery is the treatment of choice. The goal of HBO therapy is to enhance oxygen at the tissue level to support viability until a definitive procedure can be performed (e.g., surgery).

444.22, 81)

Oclusión súbita de una arteria mayor en una extremidad tal como la arteria femoral o braquial (Ej. émbolo cabalgante o en silla de montar). Cirugía emergente es el tratamiento de elección. El fin de la terapia de Oxígeno Hiperbárico a nivel tisular es mantener la viabilidad hasta que el procedimiento definitivo pueda llevarse a cabo (Ej. cirugía).

9. Preparación y preservación de injertos de piel comprometidos (no para el manejo primario de heridas ((ICD-9CM 996.52; excluye injerto artificial de piel)

10. Osteomielitis crónica refractaria, que no responde al tratamiento medico y quirúrgico convencional (ICD-9-CM 730.10-730.19)

11. Osteoradionecrosis comprende la muerte y lesión de células que han estado expuestas a radiación. En conjunto al tratamiento convencional. (ICD-9-CM 526.89)

12. Radionecrosis de tejido blando conjunto al tratamiento convencional (ICD-9-CM 990)

13. Envenenamiento por Cianuro (ICD-9-CM 987.7, 989.0)

14. Actinomicosis, solamente se cubre además de la terapia convencional cuando la enfermedad es refractaria al tratamiento con antibióticos y quirúrgico. (ICD-9-CM 039.0-039.4, 039.8, 039.9)

15. Úlceras diabéticas de las extremidades inferiores en pacientes que satisfacen los siguientes tres criterios.

- a. Paciente con diabetes tipo I o II que tiene una úlcera en la extremidad inferior debida a la diabetes;
- b. Paciente tiene una úlcera clasificada como Wagner III o mayor; y
- c. Paciente en el cual ha fracasado un curso adecuado de terapia estándar para úlceras.

¿Tiene cubierta la terapia con Oxígeno Hiperbárico como primera línea de terapia en el tratamiento de úlceras diabéticas de las extremidades inferiores?

El uso de terapia de Oxígeno Hiperbárico tiene cubierta como terapia coadyuvante únicamente luego de no presentarse signos medibles de curación al cabo de por lo menos 30 días de tratamiento estándar de úlceras y deberá utilizarse en conjunto al tratamiento estándar de úlceras.

¿Qué comprende el cuidado estándar de úlceras diabéticas?

El cuidado estándar de úlceras en pacientes con úlceras diabéticas incluye:

- a. Estimado del estado vascular del paciente y la corrección de cualquier problemaascular en el miembro afectado si posible,
- b. optimización del estado nutricional,
- c. optimización del control de glucosa,
- d. debridación por cualquier medio para remover tejido desvitalizado,
- e. mantenimiento de un lecho de tejido de granulación limpio con apósitos que mantengan el grado de humedad preciso,
- f. descargue apropiado, y
- g. tratamiento necesario para resolver cualquier infección que esté presente.

9. Preparation and preservation of compromised skin grafts (not for primary management of wounds), (ICD-9CM diagnosis 996.52; excludes artificial skin graft)

10. Chronic refractory osteomyelitis, unresponsive to conventional medical and surgical management (ICD-9-CM 730.10-730.19)

11. Osteoradionecrosis involves the death of and injury to cells that have been exposed to radiation. As an adjunct to conventional treatment. (ICD-9-CM 526.89)

12. Soft tissue radionecrosis as an adjunct to conventional treatment. (ICD-9-CM 990)

13. Cyanide poisoning (ICD-9-CM 987.7, 989.0)

14. Actinomycosis, only as an adjunct to conventional therapy when the disease process is refractory to antibiotics and surgical treatment. (ICD-9-CM 039.0-039.4, 039.8, 039.9)

15. Diabetic wounds of the lower extremities in patients who meet the following three criteria:

- a. Patient has type I or type II diabetes and has a lower extremity wound that is due to diabetes;
- b. Patient has a wound classified as Wagner grade III or higher; and
- c. Patient has failed an adequate course of standard wound therapy.



Is HBO covered as a first line therapy in the treatment of lower extremities diabetic wounds?

The use of HBO therapy is covered as adjunctive therapy only after there are no measurable signs of healing for at least 30 –days of treatment with standard wound therapy and must be used in addition to standard wound care.

What is involve in standard diabetic wound care?

Standard wound care in patients with diabetic wounds includes:

- a. assessment of a patient’s vascular status and correction of any vascular problems in the affected limb if possible,
- b. optimization of nutritional status,
- c. optimization of glucose control,
- d. debridement by any means to remove devitalized tissue,
- e. maintenance of a clean, moist bed of granulation tissue with appropriate moist dressings,
- f. appropriate off-loading, and
- g. necessary treatment to resolve any infection that might be present.

¿Qué constituye signo de fracaso en la terapia estándar de úlceras con respecto a úlceras diabéticas?

Fracaso en responder a dicho tratamiento ocurre cuando no hay signos medibles de curación al cabo de por lo menos 30 días consecutivos. Las lesiones deben ser evaluadas por lo menos cada 30 días durante la administración de la terapia con Oxígeno Hiperbárico. El tratamiento continuado con HBO no está cubierto si no han sido demostrados signos medibles de curación durante cualquier periodo de 30 días de tratamiento.

¿Cuáles son algunas de las condiciones no cubiertas?

Toda otra indicación no especificada bajo la sección §35-10(A) no está cubierta bajo el programa de Medicare. No podrá realizarse pago alguno bajo el Programa para cualquier otra condición que no sean aquellas enumeradas en la sección §35-10(A).

No podrá realizarse ningún pago por terapia con Oxígeno Hiperbárico en las condiciones siguientes:

Úlceras cutáneas, de decúbito o estasis
 Insuficiencia vascular periférica crónica
 Septicemia anaeróbica e infección que no sea clostridial
 Quemaduras de piel (termal)
 Senilidad
 Infarto de miocardio
 Shock cardiogénico
 Anemia Sickle cell
 Lesión aguda termal y química pulmonar,
 Ej. Inhalación de humo con insuficiencia pulmonar
 Insuficiencia vascular cerebral aguda o crónica
 Necrosis hepática
 Septicemia aeróbica
 Causas no vasculares de síndrome cerebral crónico
 (Enfermedad de Pick, Alzheimer, Korsakoff)
 Tétano
 Infección sistémica aeróbica
 Transplante de órganos
 Almacenamiento de órganos
 Enfisema pulmonar
 Pérdida excepcional de sangre
 Esclerosis múltiple
 Enfermedades artríticas
 Edema cerebral agudo

¿Satisface la aplicación tópica de oxígeno la definición de terapia con Oxígeno Hiperbárico?

Este método tópico de administración de oxígeno no satisface la definición de terapia de oxígeno hiperbárico según mencionada arriba. Por lo tanto no se realizará pago alguno por la aplicación tópica de oxígeno.

¿Tiene la terapia con oxígeno hiperbárico que llevarse a cabo bajo la supervisión directa de un médico?

Sí, supervisión directa significa que el médico tiene que estar presente en la oficina, e inmediatamente disponible para prestar asistencia y dirección durante todo el tratamiento de HBO.

What are signs of failure of standard wound care in diabetic wounds?

Failure to respond to such care occurs, when there are no measurable signs of healing for at least 30 consecutive days. Wounds must be evaluated at least every 30 days during administration of HBO therapy. Continued treatment with HBO therapy is not covered if measurable signs of healing have not been demonstrated within any 30-day period of treatment.

What are some of the non covered conditions?

All other indications not specified under §35-10(A) are not covered under the Medicare program. No program payment may be made for any conditions other than those listed in §35-10 (A). No program payment may be made for HBO in the treatment of the following conditions:

Cutaneous, decubitus, and stasis ulcers.
 Chronic peripheral vascular insufficiency.
 Anaerobic septicemia and infection other than clostridial.
 Skin burns (thermal).
 Senility.
 Myocardial infarction.
 Cardiogenic shock.
 Sickle cell anemia.
 Acute thermal and chemical pulmonary damage, i.e., smoke inhalation with pulmonary insufficiency.
 Acute or chronic cerebral vascular insufficiency.
 Hepatic necrosis.
 Aerobic septicemia.
 Nonvascular causes of chronic brain syndrome
 (Pick's disease, Alzheimer's disease,
 Korsakoff's disease).
 Tetanus.
 Systemic aerobic infection.
 Organ transplantation.
 Organ storage.
 Pulmonary emphysema.
 Exceptional blood loss anemia.
 Multiple Sclerosis.
 Arthritic Diseases.
 Acute cerebral edema.

Does Topical Application of Oxygen meet the definition of HBO therapy?

This method of administering oxygen does not meet the definition of HBO therapy as stated above. Also, its clinical efficacy has not been established. Therefore, no Medicare reimbursement may be made for the topical application of oxygen.

Must HBO Therapy be performed under the direct supervision of a physician?

Yes, direct supervision means the physician must be present in the office suite and immediately available to furnish assistance and direction throughout the performance of the procedure.

¿Cuáles son algunos de los requisitos de documentación?

La documentación tiene que incluir, pero no se limita a, lo siguiente:

Un diagnóstico preciso de la condición médica en el cual el uso de HBOT sea razonable y médicamente necesario. Dicho diagnóstico tiene que estar entre las condiciones cubiertas especificadas arriba. Una evaluación inicial que incluya un historial y examen físico describiendo con claridad la condición para la cual HBOT es recomendada; también cualquier otro tratamiento médico, quirúrgico o de Oxígeno Hiperbárico anterior.

Notas médicas de progreso

Consultas, comunicaciones, expedientes y o evaluaciones adicionales, recomendaciones o reportes de procedimientos

Reportes de laboratorio (cultivos, tinciones de Gram) y hallazgos de rayos X y cultivos de hueso confirmando el diagnóstico

Documentación sobre la supervisión directa del médico y del equipo entrenado

En casos en que la terapia continúe por más de dos meses, irrespectivo de la condición del paciente, la documentación tiene que indicar claramente la razón

¿Cuáles son los requisitos de facturación por terapia de oxígeno hiperbárico en el tratamiento de úlceras diabéticas en las extremidades inferiores?

El código C1300 (Hyperbaric Oxygen Under pressure, full body chamber, per 30 minutes) se utiliza para servicios ofrecidos en un departamento a nivel ambulatorio de un hospital. Efectivo 1ro. de enero de 2005, lo siguiente puede ser incluido al calcular el número total de los intervalos de 30 minutos facturables bajo el C1300: (1) tiempo que el paciente ha estado bajo 100% de oxígeno; (2) descenso; (3) descanso; y (4) ascenso.

NOTA: Una orden médica para un tratamiento de 90 minutos típicamente significa que el médico desea que el paciente sea puesto bajo 100% de oxígeno por 90 minutos. Para poder alcanzar con seguridad 100% de oxígeno durante 90 minutos, puede ser necesario tiempo adicional para proveer para el descenso, descanso, y ascenso. Por lo tanto, el número total de intervalos de 30 minutos a facturar se basa no solamente en la cantidad de tiempo en la orden médica. Al calcular los intervalos de 30 minutos a reportarse, los hospitales deben tomar en consideración el tiempo transcurrido bajo presión durante el descenso, descanso, y ascenso. Pueden facturarse unidades adicionales por sesiones que requirieron por lo menos 16 minutos del siguiente intervalo de 30 minutos. Por ejemplo, 2 unidades del código C1300 deben facturarse por una sesión entre 46 y 75 minutos de duración, mientras que 3 unidades deben facturarse por una sesión entre 76 y 105 minutos de duración. Además, 4 unidades de HCPCS código C1300 deben facturarse por una sesión entre 106 y 135 minutos de duración. Generalmente la orden de HBO es por un promedio de 90 minutos que los hospitales deben reportar utilizando las unidades apropiadas del código C1300 para facturar apropiadamente por terapia de cuerpo completo con HBO. Por lo general, no esperamos que una orden médica por 90 minutos de terapia con HBO exceda 4 unidades facturadas del HCPCS C1300.

What are some of the documentation requirements?

The documentation must include but is not limited to the following:

An accurate diagnosis of the medical condition justifying the use of HBOT as reasonable and medically necessary. The diagnosis must be among the covered conditions specified above.

An initial assessment, which includes a history and physical examination clearly describing the condition for which HBOT is recommended; also any prior medical, surgical, and or HBOT treatments

Physician progress notes

Consultations, communications, records and or additional assessments, recommendation or procedural reports

Laboratory reports (cultures, gram stains) & X-ray findings and bone cultures confirming diagnosis

Documentation of direct physician supervision and trained team.

Regardless of the condition of the patient, if the treatment continues beyond two months, the documentation must clearly indicate the reason(s).

What are the billing requirements for HBO Therapy for the treatment of diabetic wounds of the lower extremities?

Code C1300 (Hyperbaric Oxygen under pressure, full body chamber, per 30 minute) is used for services rendered in a hospital outpatient department. Effective January 1, 2005, the following may be included in calculating the total number of 30-minute intervals billable under C1300: (1) time spent by the patient under 100% oxygen; (2) descent; (3) airbreaks; and (4) ascent.

NOTE: A physician order for a 90-minute HBO treatment typically means that the physician desires that the patient be placed under 100% oxygen for 90 minutes. In order to safely achieve 100% oxygen for 90 minutes, additional time may be needed to provide for the descent, airbreaks, and ascent. Therefore, the total number of billable 30-minute intervals would not be based solely on the amount of time noted on the physician order. In calculating how many 30-minute intervals to report, hospitals should take into consideration the time spent under pressure during descent, airbreaks, and ascent. Additional units may be billed for sessions requiring at least 16 minutes of the next 30-minute interval. For example, 2 units of HCPCS code C1300 should be billed for a session in duration of between 46 and 75 minutes, while 3 units should be billed for a session in duration of between 76 and 105 minutes. Furthermore, 4 units of HCPCS code C1300 should be billed for a session in duration of between 106 and 135 minutes. HBO is typically prescribed for an average of 90 minutes, which hospitals should report using appropriate units of HCPCS code C1300 in order to properly bill for full body HBO therapy. In general, we do not expect that a physician order for 90 minutes of HBO therapy would exceed 4 billed units of HCPCS code C1300.

EJEMPLO:

El médico ordena y el paciente recibe 90 minutos de terapia con HBO;
 El paciente requiere y recibe 10 minutos de tiempo de descenso;
 El paciente requiere y recibe 10 minutos de descanso;
 El paciente requiere y recibe 10 minutos de tiempo de ascenso.
 El ejemplo anterior sería correctamente facturado reportando 4 unidades de HCPCS código C1300, reflejando la suma de 90 minutos de HBO terapéutico, 10 minutos por descenso, 10 minutos por descanso y 10 minutos para ascenso.

¿Cuáles pueden ser algunas de las causas de denegación?

Las causas de denegación pueden incluir, pero no se limitan a, lo siguiente:

Reclamaciones sometidas sin uno de los códigos diagnósticos del ICD-9 CM enumerados en la sección “ICD-9-CM Diagnosis Codes That Support Medical Necessity” de la política de cubierta nacional será denegado bajo la sección 1862(a)(1)(A) del Acta de Seguro Social.

Reclamaciones sometidas por una frecuencia inusual de cualquiera de estos servicios o servicios ordenados para un diagnóstico no enumerado en la cubierta de esta póliza será denegado como médicamente innecesario en ausencia de documentación de apoyo en el expediente médico.

Terapia de HBO ofrecida en sustitución de otras medidas terapéuticas estándares exitosas.

Documentación que no sostenga un diagnóstico cubierto o la necesidad médica de continuar tratamiento.

Documentación que no sostenga signos claros medibles dentro de un periodo de 30 días.

8/11/05
 CMD

EXAMPLE:

Physician orders and patient receives 90 minutes of therapeutic HBO;
 Patient requires and receives 10 minutes of descent time;
 Patient requires and receives 10 minutes of air breaks;
 Patient requires and receives 10 minutes of ascent time.
 The above example would be billed correctly by reporting 4 units of HCPCS code C1300, reflecting the sum of the 90 minutes of therapeutic HBO, 10 minutes for descent, 10 minutes for air breaks, and 10 minutes for ascent.

What may be reasons for denials?

Reasons for denials may include but are not limited to:

Claims submitted without one of the ICD-9-CM diagnosis codes listed in the “ICD-9-CM Diagnosis Codes That Support Medical Necessity” section of the national policy would be denied under section 1862(a)(1)(A) of the Social Security Act.

Claims submitted for an unusually frequency or services ordered for a diagnosis not listed as covered in the policy will be denied as not medically necessary in the absence of supportive documentation in the patient’s record.

HBO Therapy offered as a replacement for other standard successful therapeutic measures.

Documentation not supporting a covered diagnosis or the medical necessity to continue treatment.

Documentation not supporting measurable signs of healing within a 30 day period.

11/08/05
 CMD



MSP

**ACTUALIZACIONES EN LAS AUDITORIAS A HOSPITALES
RELACIONADAS CON MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO**

Change Request 4056

Este artículo les provee información sobre las actualizaciones realizadas al capítulo 5 del Manual de Medicare Pagador Secundario, relacionadas con las auditorias en hospital.

CMS quiere asegurarse que las facilidades no sean auditadas en múltiples ocasiones por múltiples contratistas a causa de la presencia del contratista en el estado.

Este CR también provee información sobre las expectativas en "Workload" que deben tener los Intermediarios Fiscales responsables del procesamiento de facturas en múltiples estados.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4056.pdf>

CUBIERTA

DEMOSTRACION DE REHABILITACION PARA LA VISION POBRE

Change Request 3816

Efectivo el 1 de octubre de 2005, Medicare ha extendido su cubierta bajo la Parte B para el pago de servicios para la rehabilitación de visión a través de esta demostración que debe durar por cinco años hasta el 1 de octubre de 2010. El pago lo puede recibir un médico cualificado que esté supervisando la rehabilitación visual o una facilidad cualificada. Los servicios deben ser pagados utilizando la tarifa de médico aunque los servicios sean facturados por una facilidad.

Un artículo educativo de esta instrucción está disponible en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R25DEMO.pdf

MSP

**HOSPITAL AUDIT WORKLOAD UPDATES RELATED TO MEDICARE
SECONDARY PAYER**

Change Request 4056

This article is based on Change Request (CR) 4056, which updates the hospital audit Sections in Chapter 5 of the Medicare Secondary Payer Manual.

CR4056 clarifies the workload expectations for FIs having multiple states for which they have claims processing responsibility. CMS wants to ensure that a facility is not audited multiple times by multiple contractors because of the contractor presence in the state.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4056.pdf>

COVERAGE

LOW VISION REHABILITATION DEMOSTRATION

Change Request 3816

Effective October 1, 2005, Medicare is extending coverage under Part B for the payment of vision rehabilitation services under this demonstration that shall last for five years through 10/01/10. The payment may be made to either the qualified physician supervising the vision rehabilitation professional or a qualified facility. Payment for these services shall be made under the physician fee schedule even when such services are billed by a facility.

A provider education article related to this instruction is available at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R25DEMO.pdf



SERVICIOS NO OFRECIDOS DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS

Change Request 3781

Este comunicado, efectivo el 17 de noviembre de 2005, instruye a los Intermediarios Fiscales y a los Carriers de Medicare a permitir el pago a un hospital extranjero por servicios de hospitalización de emergencia provistos a un beneficiario donde:

- 1) el beneficiario estuvo presente en los Estados Unidos en el mismo momento en que le ocurrió la emergencia donde necesitó los servicios de hospitalización y
- 2) el hospital fuera de los Estados Unidos que brindó los servicios de hospitalización de emergencia estaba más cerca del lugar donde ocurrió la emergencia (o más accesible) que el hospital equipado más cercano dentro de los Estados Unidos.

Un artículo educativo sobre esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3781.pdf>

SERVICES NOT PROVIDED WITHIN UNITED STATES

Change Request 3781

This CR, effective November 17, 2005, instructs Medicare carriers and Fiscal Intermediaries to permit payment to be made to a foreign hospital for emergency inpatient services provided to a beneficiary where 1) the beneficiary was present in the United States at the time the emergency occurred which necessitated the inpatient hospital services, and 2) the hospital outside the U.S. that provided the emergency inpatient services was closer to the place where the emergency arose (or substantially more accessible) than the nearest adequately equipped hospital within the United States.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3781.pdf>



DIAS FERIADOS 2006 - COSVI

Fecha	Celebración
Lunes, 2 de enero	Sustituye el 1 de enero (Ley de Cierre)
Viernes, 6 de enero	Día de Reyes (Ley de Cierre)
Lunes, 9 de enero	Eugenio María de Hostos
Lunes, 20 de febrero	Día de los Presidentes
Miércoles, 22 de marzo	Abolición de la Esclavitud
Jueves, 13 de abril	Jueves Santo
Viernes, 14 de abril	Viernes Santo (Ley de Cierre)
Lunes, 17 de abril	Natalicio José De Diego
Lunes, 29 de mayo	Día de la Recordación
Martes, 4 de julio	Independencia de los EU
Martes, 25 de julio	Constitución del ELA
Lunes, 4 de septiembre	Día del Trabajo
Jueves, 23 de noviembre	Acción de Gracias (Ley de Cierre)
Viernes, 24 de noviembre	Celebración de Cumpleaños
Lunes, 25 de diciembre	Día de Navidad (Ley de Cierre)

05-RP-21

2006 HOLIDAY'S CALENDAR

Date	Holiday
Monday, January 2	Observed - First Day of the Year 2006
Friday, January 6	3 Kings Day
Monday January 9	Eugenio María de Hostos
Monday, February 20	All Presidents Day
Wednesday, March 22	Abolition Day
Thursday, April 13	Holy Thursday
Friday, April 14	Good Friday
Monday, April 17	José De Diego Birthday
Monday, May 29	Memorial Day
Tuesday, July 4	Independence Day
Tuesday, July 25	Constitution Day
Monday, September 4	Labor Day
Thursday, November 23	Thanksgiving Day
Friday, November 24	Birthday Day
Monday, December 25	Christmas

05-RP-21



NOTI MEDICARE

 **COSVI** COOPERATIVA DE SEGUROS
DE VIDA DE PUERTO RICO
MEDICAL HEALTH INSURANCE PROGRAM

 **CMS**
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Este boletín debe ser compartido con todos los profesionales de la salud y personal gerencial del Proveedor. Los boletines están disponibles libre de cargos en nuestra página www.cosvi.com/medicare

This bulletin should be shared with all Health Care Practitioners and Managerial Members of the Provider Staff. Bulletins are available at no cost from our Web Site www.cosvi.com/medicare

 **COSVI** COOPERATIVA DE SEGUROS
DE VIDA DE PUERTO RICO