

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

Febrero 2005 año 11 núm. 3

TABLA DE CONTENIDO

EFFECTIVOS EN ENERO 2005

Reclamaciones

- Nuevas Tarifas de Procedimientos para ciertos artículos de DMEPOS 3
- Cambio en el Documento de Cumplimiento 3
- Drogas y Biológicos Clasificados Incorrectamente 4
- Aumento en las Tarifas de Pago de las Clínicas Rurales de Salud (RHCs) y Centros de Salud Federal Cualificados (FQHCs) 5
- Actualización del “Medicare Physician Fee Schedule” Database de Emergencia 6
- Factor de Inflación de Ambulancia 6
- Dispositivos que no tienen pago provisional 6
- Cambios y actualizaciones de OPPTS para el 2005 7
- Actualización del Sistema de Pagos Prospectivos de 2005 8
- Tarifas de Ambulancias- Lista de Condiciones Médicas 8
- Revisión del Precio de Venta Promedio Trimestral 9
- Revisión y correcciones al Manual para el Procesamiento de Reclamaciones 10
- Modificación al Cuestionario electrónico del Manual de Medicare Pagador Secundario 10
- Uso de Modificadores -52, -73, y -74 para servicios discontinuados o reducidos 10
- Notas de Psicoterapia 11

Reembolso

- El Ingreso de Seguridad Suplementaria 12
- Índice de Salario del Sistema de Pagos Prospectivos Hospitalizado (IPPS) y Ambulatorio 12
- Pago de intereses por Pagos Provisionales o No Periódicos 12

Revisión Médica

- Revisión Médica por Servicios de Ambulancia Rural Aérea 13
- Pruebas Clínicas con IDE (Investigational Device Exemption) 13
- Cambios a las Determinaciones Nacionales de Cubierta 14

SNF

- Actualización del Sistema de Pagos Prospectivos de parte A para las Facilidades de Cuidado Dístico de Enfermería 15

- Días de Responsabilidad del proveedor en un Centro de Enfermería Especializada 16
- Servicios provistos bajo “arreglo” con una entidad externa 16
- Corrección a la Actualización anual de códigos usados para la Facturación Consolidada de los Centros de Enfermería Especializada 16

Cubierta

- Prueba de Cernimiento Cardiovascular en Sangre 17
- Pruebas de Cernimiento de Diabetes 17
- Demostración del Tratamiento contra la Influenza 18

Artículos Especiales

- Nuevo sistema IVR para Proveedores de Medicare 18

EFFECTIVOS EN ABRIL 2005

Reclamaciones

- Correcciones del Archivo de Trabajo Común por Servicios de Observación 22
- Facturación de Cargos No Cubiertos 22
- Corrección del Sistema por Facturación Incorrecta de Suplidos 23
- Cambio del Tipo de Factura de Hospital para la Facturación de Mamografías 24
- Nuevo *Case-mix* Ajustado 24
- Cambios en las correcciones del Archivo de Trabajo Común para el Transporte de Ambulancia 25
- Actualización de las Instrucciones de Facturación para las Clínicas de Salud Rural y Centros Federales de Salud Cualificados 25
- Instrucciones para Completar el formulario UB-92 25
- Actualización a las Guías de Transacciones Electrónicas 26

SNF'S

- Actualización 2005 de los códigos utilizados para la Facturación Consolidada de los Centros de Enfermería Especializada 26

Junta Editora

NOTI MEDICARE

February 2005 year 11 no. 3

TABLE OF CONTENTS

EFFECTIVOS EN ENERO 2005

Claims

- New Pricing Procedures for Certain DMEPOS Items 3
- Companion Document Change 3
- Misclassified Drugs and Biologicals 4
- Rural Health Clinics (RHCs) and Federally Qualified Health Centers (FQHCs) Payment Rate Increases 5
- Emergency Update to the Medicare Physician Fee Schedule Database 6
- Ambulance Inflation Factor 6
- Devices that do not have Transitional Pass-Through 6
- FY 2005 hospital outpatient prospective payment system changes and updates 7
- January 2005 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System 8
- Ambulance Fee Schedule – Medical Conditions List 8
- Revisions to Quarterly Average Sales Price 9
- Revisions and Corrections to the Medicare Claims Processing Manual 10
- Modification to Online Medicare Secondary Payer Questionnaire 10
- Use of Modifiers -52, -73 and -74 for Reduced or Discontinued Services 10
- Psychotherapy Notes 11

Reimbursement

- The Supplemental Security Income 12
- Wage Index for Inpatient Prospective Payment System and Outpatient Prospective Payment System 12
- Interest Payment for Non Periodic Interim Payment 12

Medical Review

- Medical Review (MR) of Rural Air Ambulance Services 13
- Clinical Trials involving Investigational Device Exemption 13
- Changes to the Laboratory National Coverage Determination 14

SNF

- Medicare Part A Skill Nursing Facility Prospective Payment System Update 15

- Provider Liability Days on Skilled Nursing Facility 16
- Service Furnished under an “Arrangement” with an Outside Entity 16
- Correction to the Annual Update of HCPCS Codes used for Skilled Nursing Facility Consolidated Billing 16

Coverage

- Cardiovascular Screening Blood Tests 17
- Diabetes Screening Tests 17
- Influenza Treatment Demonstration 18

Special Articles

- New IVR system for medicare providers 18

EFFECTIVOS EN ABRIL 2005

Claims

- Common Working File Edit for Observation Services 22
- Billing Non-Covered Charges 22
- Edit for Billing Inappropriate Supplies 23
- Change in Hospital Type of Bill for Billing Mammographies 24
- New *Case-Mix* Adjusted 24
- Change to the Common Working File Skilled Nursing Facility Consolidated Billing Edits for Ambulance Transports 25
- Updated Billing Instructions for Rural Health Clinics and Federally Qualified Health Centers 25
- Instructions for Completion of UB-92 Form 25
- Update of Standard Electronic Transaction 26

SNF's

- 2005 Annual Update of HCPCS Codes Used for Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing 26

EFFECTIVOS EN ENERO 2005

RECLAMACIONES

NUEVAS TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS PARA CIERTOS ARTÍCULOS DE DMEPOS (CR 3300)

Actualmente, los códigos A4217, A4450 y A4452 son los únicos códigos que han sido identificados que podrían requerir el uso de los modificadores AU, AV, o AW.

Efectivo para servicios provistos después del **1 de enero de 2005**, los proveedores deberán informar los modificadores apropiados en reclamaciones con artículos identificados con los códigos A4217, A4450 y A4452.

CLAIMS

NEW PRICING PROCEDURES FOR CERTAIN DMEPOS ITEMS -(CR 3300)

Currently, codes A4217, A4450 and A4452 for tape are the only codes that have been identified that would require use of the modifiers AU, AV, or AW.

Effective for services furnished on or after **January 1, 2005**, providers must report the appropriate modifiers on claims for items identified by codes A4217, A4450, and A4452.

Modifiers	Pertaining to	Relevant HCPCS codes
AU	<i>Item furnished in conjunction with a urological, ostomy, or tracheostomy supply</i>	A4217, A4450 and A4452
AV	<i>Item furnished in conjunction with a prosthetic device, prosthetic or orthotic</i>	A4450 and A4452
AW	<i>Item furnished in conjunction with a surgical dressing</i>	A4450 and A4452

Además, los siguientes modificadores deben ser utilizados en reclamaciones por servicios de reemplazo de prótesis facial:

In addition, the following modifiers must be used on claims for replacement of facial prostheses:

KM Replacement of facial prosthesis including new impression/moulage
KN Replacement of facial prosthesis using previous master model

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3300.pdf>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3300.pdf>

CAMBIO EN EL DOCUMENTO DE CUMPLIMIENTO- (CR 3344)

De acuerdo con la ley HIPAA, las transacciones electrónicas deben cumplir con todas las guías de implantación establecidas. CMS tiene como política el hacer que la remesa en papel sea una copia de la remesa de pago electrónica. Por esta razón, hemos sido informados sobre unos cambios en el formato 835 y en el documento de cumplimiento del Intermediario.

El cambio con el formato 835 se relaciona con un nuevo campo en la remesa en papel que añade información sobre el *forced balancing amount*. Este campo está incluido en la remesa electrónica.

Una copia actualizada de este formato puede ser obtenida en: www.cms.hhs.gov/providers/edi/hipaadoc.asp

COMPANION DOCUMENT CHANGE- (CR 3344)

HIPAA transactions must comply with the implementation guides. CMS policy is to make the standard paper remittance advice mimic the electronic remittance advice as much as possible. For this reason, we have been informed about FI 835 Flat File and companion document changes.

The changes in the FI 835 Flat File is regarding a new field to report the forced balancing amount that is sometimes used to balance the standard (SPR). This field is included in the electronic remittance advice (ERA).

A copy of the updated SPR can be obtained at: www.cms.hhs.gov/providers/edi/hipaadoc.asp

The changes in the FI Companion Document is to ensure that the total

El cambio en el documento de cumplimiento del Intermediario se relaciona con el total de códigos reportados en la TS317 y el modificador HC.

La actualización del documento de cumplimiento puede ser obtenida en: www.cms.hhs.gov/providers/edi/hipaadoc.asp

Además, un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3344.pdf>

DROGAS Y BIOLÓGICOS CLASIFICADOS INCORRECTAMENTE- (CR 3540)

El siguiente artículo provee información sobre la clasificación incorrecta de las drogas Ganciclovir Long Act Implant (Ganciclovir), Bcg Live Intravesical Vac (Bcg), y Gallium ga 67 (Gallium). En adición, alerta a los hospitales sobre el proceso por el cual los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) se proponen corregir los pagos erróneos realizados al hospital debido a la clasificación incorrecta de estas drogas.

Los códigos asignados para las drogas genéricas y de marca del Ganciclovir Long Act Implant (Ganciclovir), Bcg Live Intravesical Vac (Bcg), y Gallium ga 67 (Gallium), fueron efectivos desde el 1 de enero de 2004 de la siguiente forma:

Códigos Genéricos (Generic Codes)	Códigos de Marca (Brand Name)
<i>J7310 Ganciclovir long act implant</i>	<i>C9412 Ganciclovir implant, brand</i>
<i>J9031 Bcg live intravesical vac</i>	<i>C9416 Bcg live intravesical, brand</i>
<i>Q3002 Gallium ga 67</i>	<i>C9434 Gallium ga 67, brand</i>

CMS corrigió el error en la actualización de OPSS de Octubre 2004 eliminando del *OPSS Outpatient Code Editor (OCE)* los códigos de marca para Bcg y Gallium, C9416 y C9434, efectivo el 1 de enero de 2004, y corrigiendo las tarifas de pago para las tres drogas en el *OPSS PRICER*. El código de marca C9412 para el Ganciclovir, que no fue eliminado en la actualización de OPSS de octubre 2004, será eliminado en la actualización de OPSS de enero de 2005.

HCPCS reported charge amount in TS317 is equal to the sum of reported charge amount(s) when the qualifier is HC.

The updated companion document can be obtained at: www.cms.hhs.gov/providers/edi/hipaadoc.asp

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3344.pdf>

MISCLASSIFIED DRUGS AND BIOLOGICALS- (CR 3540)

The following article is to provide hospitals information on the misclassification of Ganciclovir Long Act Implant (Ganciclovir), Bcg Live Intravesical Vac (Bcg), and Gallium ga 67 (Gallium), and to alert hospitals of the process by which the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) intends to correct erroneous hospital payments that were made due to the misclassification of these drugs.

CMS misclassified Ganciclovir Long Act Implant, Bcg Live Intravesical Vac, and Gallium ga 67 (Gallium) as multiple-source products and, as a result, implemented codes, effective January 1, 2004, for both a generic and a brand name form of each drug, as follows:

CMS corrected the error in the October 2004 OPSS update by deleting from the OPSS Outpatient Code Editor (OCE) the brand name codes for Bcg and Gallium, C9416 and C9434, effective January 1, 2004, and correcting the payment rates for all three drugs in the OPSS PRICER. The brand name code for Ganciclovir, C9412, was not deleted in the October 2004 OPSS update, but will delete C9412, effective January 1, 2004, in the January 1, 2005 OPSS update.

Reclassified Drugs and Biologicals

HCPCS	SI	APC	Long Descriptor	Payment Rate	Minimum Unadjusted Copayment
<i>J7310</i>	<i>K</i>	<i>0913</i>	<i>Ganciclovir, 4.5 mg, Long-Acting Implant</i>	<i>\$4,400.00</i>	<i>\$880.00</i>
<i>J9031</i>	<i>K</i>	<i>0809</i>	<i>BCG (Intravesical) per Instillation</i>	<i>\$148.33</i>	<i>\$29.67</i>
<i>Q3002</i>	<i>K</i>	<i>1619</i>	<i>Supply of Radiopharmaceutical diagnostic Imaging Agent, Gallium GA 67, per mCi</i>	<i>\$28.73</i>	<i>\$5.75</i>

Después de la actualización de OPSS de octubre de 2004, los hospitales pueden someter las solicitudes de ajuste para cualquier reclamación que contenga los códigos J7310, C9412, J9031, C9416, Q3002, o C9434, con fechas de servicio después del 1 de enero de 2004 que fueron procesadas y pagadas entre el 1 de enero de 2004 y la implantación de la actualización de OPSS de octubre (4 de octubre de 2004).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3540.pdf>

AUMENTO EN LAS TARIFAS DE PAGO DE LAS CLÍNICAS RURALES DE SALUD (RHCS) Y CENTROS DE SALUD FEDERAL CUALIFICADOS (FQHCS)- (CR 3575)

Esta notificación provee instrucciones sobre el aumento en el pago de tarifas para el 2005, por servicios en las Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Federal Cualificados. En adición, provee instrucciones sobre la cubierta y pago de las visitas en los RHC/FQHC provistos dentro de los servicios de un Centro de Enfermería Especializada.

Cambio en las tarifas de pago de RHC y de FQHC

Efectivo para servicios provistos después del **1 de enero de 2005**, aplicará el siguiente límite de pago mayor por visita:

- El límite de pago mayor para un RHC es aumentado de \$68.65 a \$70.78
- El límite de pago mayor para un FQHC urbano es aumentado de \$106.58 a \$109.88
- El límite de pago mayor para un FQHC rural es aumentado de \$91.64 a \$94.48

Estas tarifas reflejan un 3.1 por ciento de aumento sobre el límite de pago del 2004.

Visitas en los RHC/FQHC provistas dentro de los servicios de SNF:

Antes de la promulgación de la ley de Modernización de Medicare de 2003 (MMA), los servicios en un RHC y FQHC no estaban en la lista servicios excluidos de la Facturación Consolidada de SNF. Por lo tanto, cuando un residente de SNF recibía servicios en un RHC o FQHC durante una estadía cubierta por la parte A, los servicios eran incluidos en el pago por los servicios de SNF, y no facturados por separado al Intermediario como servicios de RHC o de FQHC. Esto significa que en lugar de someter una factura por separado al Intermediario, el RHC o FQHC se refiere a los SNF para el pago de sus servicios.

La enmienda de la MMA permite que los servicios de un RHC y FQHC conserven su identidad separada de los “servicios médicos”. Los servicios de RHC y de FQHC son facturados por separado al Intermediario cuando son provistos a los residentes de SNF durante una estadía cubierta por la parte A. La ley de Modernización de Medicare especifica que esta provisión es efectiva para servicios ofrecidos después del **1 de enero de 2005**.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3575.pdf

After implementation of the October 2004 OPSS update, hospitals that wish to do so may submit adjustment requests for any claims containing HCPCS codes J7310, C9412, J9031, C9416, Q3002, or C9434, with dates of service on or after January 1, 2004 that were processed and paid between January 1, 2004 and implementation of the October update (October 4, 2004).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3540.pdf>

RURAL HEALTH CLINICS (RHCS) AND FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTERS (FQHCS) PAYMENT RATE INCREASES-(CR 3575)

This notification provides instructions for the calendar year (CY) 2005 Payment Rate Increase for RHC and FQHC services as well as for the coverage and payment of RHC/FQHC visits furnished within the SNF setting.

Change in RHC and FQHC Payment Rates

Effective for services provided on or after January 1, 2005 for CY 2005, the following upper payment limits (UPLs) per visit apply:

- The RHC UPL is increased from \$68.65 to \$70.78,
- The Urban FQHC UPL is increased from \$106.58 to \$109.88, and
- The Rural FQHC UPL is increased from \$91.64 to \$94.48.

These RHC and FQHC rates reflect a 3.1 percent increase over the 2004.

RHC/FQHC Visits within the SNF Setting:

Prior to the enactment of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA), RHC and FQHC services were not on the list of services excluded from the SNF CB requirement. Consequently, when a SNF resident receives RHC or FQHC services during a covered Part A stay, the services were bundled into the SNF’s comprehensive per diem payment for the covered stay itself, and are not separately billable as RHC or FQHC services to the Fiscal Intermediary (FI). This means that rather than submitting a separate bill to the FI for these services, the RHC or FQHC looked to the SNF for its payment.

The MMA amendment enables such RHC and FQHC services to retain their separate identity as excluded “practitioner” services. As such, these RHC and FQHC services are separately billable to the FI when furnished to an SNF resident during a covered Part A stay. The MMA specifies that this provision becomes effective with services furnished on or after **January 1, 2005**.

A provider education article related to this instruction is available at: www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3575.pdf

ACTUALIZACIÓN AL MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE DE EMERGENCIA (CR 3595)

La siguiente instrucción es para informarles sobre la actualización al *Medicare Physician Fee Schedule Database* de Emergencia para el 2005. Estos cambios afectan algunos códigos del CPT con respecto a indicadores de estatus, períodos globales, descriptores breves y la suma de 12 códigos de demostración para el uso de la infusión de quimioterapia. Esta instrucción enmienda el archivo de pago que fue publicado efectivo el 28 de octubre y 19 de noviembre de 2004.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3595.pdf>

FACTOR DE INFLACIÓN DE AMBULANCIA (AIF) (CR 3599)

Este documento provee el factor de inflación de ambulancia (AIF) del 2005 para determinar el límite de pago por servicios de ambulancia requeridos por la sección 1834(l) de la ley del Seguro Social. El AIF anual para determinar la cantidad del pago para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare son los siguientes:

AIF	CY
2.1	2004
3.3	2005



DISPOSITIVOS QUE NO TIENEN PAGO PROVISIONAL- (CR 3606)

Esta notificación describe los cambios en facturación de los dispositivos que no tienen pago provisional, y no son clasificados con APCs de nueva tecnología. El OCE del sistema de pagos prospectivos de enero 2005 y el PRICER reflejarán estos cambios. A menos que se indique lo contrario, todos los cambios presentados en esta notificación son efectivos para los servicios provistos después del 1 de enero de 2005.

Por lo tanto, efectivo el **1 de enero de 2005**, los hospitales que reciben pago prospectivo (con los tipos de factura 12X y 13X) que informan los códigos de procedimientos que requieren el uso de dispositivos, deben también informar los códigos aplicables y los cargos de todos los dispositivos que son utilizados para realizar los procedimientos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3606.pdf>

EMERGENCY UPDATE TO THE MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE- (CR 3595)

The following instruction informs you about emergency update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database. These changes impact a few CPT codes with respect to status indicators, global periods, short descriptors and the addition of 12 demonstration codes for use with chemotherapy infusion. This instruction amends payment files that were issued on October 28, 2004 and November 19, 2004.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3595.pdf>

AMBULANCE INFLATION FACTOR (AIF) (CR 3599)

This document furnishes you with the 2005 ambulance inflation factor (AIF) for determining the payment limit for ambulance services required by section 1834(l) of the Social Security Act. The annual AIF to determine the payment amounts for Medicare covered ambulance services are the following:

DEVICES THAT DO NOT HAVE TRANSITIONAL PASS-THROUGH- (CR 3606)

This notification describes changes to billing for devices that do not have transitional pass-through status, and are not classified as new technology APCs. The January 2005 OPSS OCE and OPSS PRICER will reflect these changes. Unless otherwise noted, all changes addressed in this notification are effective for services furnished on or after January 1, 2005.

Therefore, effective **January 1, 2005**, hospitals paid under the OPSS (bill types 12X and 13X) that report procedure codes that require the use of devices must also report the applicable HCPCS codes and charges for all devices that are used to perform the procedures.

A Medlearn Matters article related to this instruction is also available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3606.pdf>

CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES DE OPPTS PARA EL AÑO 2005- (CR 3610)

Los cambios y actualizaciones de OPPTS para el año natural 2005 fueron publicados en la Regla Final del *Federal Register* del 15 de noviembre de 2004. La dirección de internet para acceder los anejos con APC's, CPT's, HCPCS *Status Indicators* (SI), tarifas e información relacionada es: <http://www.cms.hhs.gov/providers/hopps/fr2005.asp>

Los cambios en los requisitos de facturación para OPPTS son efectivos para facturas con fecha de servicio desde el 1 de enero de 2005. La información también está incluida en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 4, sección 10.9 de la página de CMS: www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

Esta instrucción también es discutida en el artículo educativo disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3610.pdf>

CMS generalmente, determina anualmente las facilidades clasificadas como IRF. Esta determinación se realiza en una base anual, al inicio del período del informe de costos de la facilidad. La determinación de CMS aplica al período entero del informe de costos para el cual se hace la determinación.

Si CMS determina cambiar la clasificación de una facilidad, el status de clasificación del IRF permanece en efecto durante ese período del informe de costos. La clasificación de un hospital o unidad es efectiva con el periodo del informe de costos de éste.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3503.pdf>

FY 2005 HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS) CHANGES AND UPDATES- (CR 3610)

The OPPTS changes and updates for CY 2005 were published on the Federal Register's Final Rule dated November 15, 2004. The web link to access all the addenda with APC's, CPT's, HCPCS Status Indicators (SI), payment rates and other related information is:

<http://www.cms.hhs.gov/providers/hopps/fr2005.asp>

The billing changes in the OPPTS are effective on January 1, 2005. Unless otherwise noted, all changes discussed in this bulletin are effective for services furnished on or after January 1, 2005. The information can also be found on the web based Medicare Claims Processing Manual, Chapter 4, section 10.9: www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

These instructions also are discussed in the Medlearn Matters article at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3610.pdf>

CMS generally determine that a facility is classified as an IRF on an annual basis at the start of a facility's cost reporting period. The CMS's determination applies to the entire cost reporting period for which the determination is made.

If a determination is made by CMS to change the classification of a facility, the IRF status classification remains in effect for the duration of that cost reporting period. How a hospital or unit is classified takes effect only at the start of the facility's cost reporting period.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3503.pdf>



ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE 2005: RESUMEN DE CAMBIOS (CR 3632)

Esta notificación describe los cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago a ser implantadas en la Actualización del Sistema de Pagos Prospectivos de enero 2005. A menos que se informe lo contrario, todos los cambios presentados en esta instrucción son efectivos para servicios provistos desde el 1 de enero de 2005. Las políticas implantadas en esta instrucción fueron discutidas en la regla final de OPSS para el 2005, publicada en el *federal register* del 15 de noviembre de 2004. Las políticas implantadas son:

Cambios al archivo de datos de OPSS OCE, OPSS PRICER y política de pago para la mamografía diagnóstica. Estos cambios son provistos en el CR 3586. Para más información sobre esta instrucción, ver artículo educativo disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3586.pf>

Instrucciones para el Pago No Provisional de Dispositivos. Estas instrucciones están disponibles en el CR 3606. Un artículo educativo también está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3606.pf>

Instrucciones para la Administración de Drogas. Estas instrucciones están disponibles en el CR 3610 y también son discutidas en un artículo educativo disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3610.pf>

Instrucciones y especificaciones del Sistema de Pagos Prospectivos del OCE Versión 6.0 de enero 2005. Estas instrucciones están disponibles en el CR 3583 y son también discutidas en el artículo educativo disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3583.pf>

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3632.pdf>

TARIFAS DE AMBULANCIAS- LISTA DE CONDICIONES MÉDICAS- (CR 3619)

Este documento provee información sobre la lista de las condiciones médicas para los servicios de ambulancia. Bajo la cubierta de Medicare, la razón para el transporte de un paciente es actualmente definido por el uso de códigos, los cuales son también utilizados en la forma para las reclamaciones. Estos códigos se aplican para cada tipo de transporte en ambulancia.

La lista de condiciones médicas para los servicios de ambulancia provee un cruce (*crosswalk*) desde los códigos de ICD-9-CM que pueden ser utilizados para describir la condición clínica del paciente durante el transporte a los códigos HCPCS.

Sin embargo, observe los siguientes detalles:

- ü El utilizar los códigos de diagnósticos ICD-9-CM/códigos para condiciones médicas en ambulancias, no garantiza el pago de la reclamación o el pago para cierto nivel de servicio.

JANUARY 2005 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPSS: SUMMARY OF PAYMENT-(CR 3632)

This notification informs about changes to, and billing instructions for, various payment policies implemented in the January 2005 OPSS update. Unless otherwise noted, all changes addressed in this notification are effective for services furnished on or after January 1, 2005. The policies implemented in this instruction were discussed in the 2005 OPSS final rule, which was published in the Federal Register on November 15, 2004. The policies implemented are:

Changes to the OPSS OCE data files, the OPSS PRICER logic, and payment policy for diagnostic mammography are provided in CR 3586. For information on this, see Medlearn Matters article available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3586.pf>

Instructions for non-pass-through devices are provided in CR 3606. A Medlearn Matters article is also available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3606.pf>

Instructions for Drug administration are provided in CR 3610. These instructions are discussed in the Medlearn Matters article at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3610.pf>

•Revisions to OPSS OCE instructions and specifications are provided in CR 3583. These instructions are covered in Medlearn Matters article at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3583.pf>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3632.pdf>

AMBULANCE FEE SCHEDULE - MEDICAL CONDITIONS LIST- (CR 3619)

This document furnishes information about the Ambulance Medical Conditions List. Under Medicare, a patient's reason for transport is currently defined by the use of the Health Care Common Procedure Coding System (HCPCS) codes, which are billing codes used on the claim form. The HCPCS codes address every type of ambulance transport.

The Ambulance Medical Conditions List provides a crosswalk from the ICD-9-CM code that may be used to describe the patient's clinical condition during the transport to the HCPCS code.

However, note the following details:

- ü Using the ICD-9-CM diagnosis crosswalk to ambulance medical condition code(s) will not guarantee payment of the claim or payment for a certain level of service.
- ü Remember that you must retain adequate documentation of dispatch

- ii Recuerde que usted debe conservar siempre documentación pertinente de las instrucciones del transporte, condición del paciente, otra información sobre la situación del paciente, y los detalles del transporte (e.g., medicamentos administrados, cambios en la condición del paciente, y millas viajadas), las cuales pueden estar sujetas a revisión médica por Medicare u otra autoridad. Además, Medicare tomará en consideración la documentación del record médico (y no simplemente los códigos o el código de condición médica por sí mismos) para justificar la cubierta.
- ii Además, todas las políticas actuales de Medicare con relación a los servicios de ambulancia permanecen igual.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3619.pdf>

instructions, patient's condition, other on-scene information, and details of the transport (e.g., medications administered, changes in the patient's condition, and miles traveled), all of which may be subject to medical review by your Medicare contractor or other oversight authority. Additionally, Medicare will rely on medical record documentation (and not simply the HCPCS code or the condition code by themselves) to justify coverage.

- ii Also be aware that all current Medicare ambulance policies remain in place.

An education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3619.pdf>

HCPCS	Short Description	HCPCS Dosage	Code	1Q05 Payment Limit	1Q05 Independent ESRD Limit
90747*	ENGERIX-B	40 MCG		\$113.91	\$113.91
J0835	Inj cosyntropin per 0.25 MG	0.25 MG		\$64.60	\$64.60
J1563	IV immune globulin	1 GRAM		\$56.72	\$56.72
J1564	Immune globulin 10 mg	10 MG		\$0.57	\$0.57
J1655	Tinzaparin sodium injection	1000 IU		\$2.60	\$2.60
J2324	Nesiritide	0.25 MG (revised)		\$73.33	\$73.33
J3315	Triptorelin pamoate	3.75 MG		\$180.93	\$180.93
J3470*	Inj hyaluronidase	up to 150 units		\$20.00	\$20.00
J7030	Sodium Chloride	1000 CC		\$0.10	\$0.10
J7350	Injectable human tissue	10 MG		\$4.53	\$4.53
J7611	Albuterol concentrated form	1 MG		\$0.07	\$0.07
J8501	Oral aprepitant	5 MG		\$4.62	\$4.62
J9185	Fludarabine phosphate inj	50 MG		\$272.09	\$272.09
J9214	Intron-A	1 UNIT		\$13.12	\$13.12
Q0179	Zofran	8 MG		\$30.86	\$30.86
Q2014	Geref	0.5 MG		\$8.77	\$8.77

REVISIÓN AL PRECIO DE VENTA PROMEDIO TRIMESTRAL (CR 3695)

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

El límite de pago revisado aplica a las fechas de servicio después del 1 de enero de 2005, y antes del 31 de marzo de 2005. Esta instrucción es una revisión a la información publicada en el Noti Medicare, Diciembre 2004, Pág. 14 (CR 3539). Los límites de pago revisados en esta notificación,

REVISIONS TO QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) (CR 3695)

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is replacing payment limits for the first quarter of 2005 for certain Medicare Part B drugs, effective January 1, 2005.

The revised payment limits apply to dates of service on or after January 1, 2005, and on or before March 31, 2005. This instruction makes a revision to information publish on the Noti Medicare, Dec. 04, Page 14. The revised payment limits in this notification supercede the payment limits

dejan sin efecto los límites de pago para estos códigos publicados previo a esta instrucción.

Las drogas afectadas y los límites de pago revisados asociados, están contenidos en la siguiente tabla.

*El límite de pago revisado para el **90747** está basado en la metodología de tasación para las vacunas (el 95% del AWP). También note que el límite de pago para el 1er trimestre de 2005 para el **J3470** es ahora provisto.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3695.pf>

REVISIÓN Y CORRECCIONES AL MANUAL PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES- (CR 3664)

Esta instrucción revisa la sección 30, capítulo 6 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones para incluir la guía de códigos ICD-9-CM para las Facilidades de Cuidado Diestro (SNF, en inglés) y remover los tipos de facturas para las Agencias de Salud en el Hogar (HHA, en inglés) de varias secciones del capítulo 15 conforme con la política existente.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3664.pf>

MODIFICACIÓN AL CUESTIONARIO ELECTRÓNICO DEL MANUAL DE MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO- (CR 3504)

El capítulo 3, sección 3/20.2.1 del Manual de Medicare Pagador Secundario ha sido revisado. La pregunta 6 del cuestionario fue duplicada de la pregunta 5 del Manual en línea de Medicare Pagador Secundario. La pregunta 6 ha sido cambiada para reflejar el proceso apropiado de pregunta/respuesta.

USO DE MODIFICADORES -52, -73, Y -74 PARA SERVICIOS DESCONTINUADOS O REDUCIDOS- (CR 3507)

La siguiente revisión al manual aclara el uso de los modificadores -52, -73, y -74. Estos modificadores son utilizados para informar procedimientos que son descontinuados por el médico debido a circunstancias imprevistas. El modificador -52 se utiliza para indicar la reducción parcial o descontinuar procedimientos de radiología y otros servicios que no requieren anestesia. Para las cirugías y ciertos procedimientos diagnósticos que requieren anestesia (incluyendo colonoscopías), el hospital puede recibir un 50 por ciento de la cantidad del pago prospectivo para los casos en los cuales el procedimiento es descontinuado después que el beneficiario fue preparado para el procedimiento y llevado al cuarto donde el procedimiento debía ser realizado. Si el procedimiento es descontinuado después que el beneficiario ha recibido anestesia o después que el procedimiento fue iniciado (Ej.; un área insertada, una entubación comenzada, una incisión realizada) el hospital puede recibir una cantidad

for these codes in any publication published prior to this document.

The affected drugs and the associated revised payment limits are contained in the following table.

*The revised payment limit for 90747 is based on the pricing methodology for vaccines (95% AWP). Also note that the IQ05 payment limit for J3470 is now provided.

A provider education article related to this information is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3695.pf>

REVISIONS AND CORRECTIONS TO THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL- (CR 3664)

This instruction revises Section 30, Chapter 6 of the Medicare Claims Processing Manual to include ICD-9-CM coding guidance for Skilled Nursing Facilities (SNFs) and removes Home Health Agency (HHA) Types of Bill from various sections of Chapter 15 to conform to the existing policy.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3664.pf>

MODIFICATION TO ONLINE MEDICARE SECONDARY PAYER QUESTIONNAIRE- (CR 3504)

Chapter 3, section 3/20.2.1 of the Medicare Secondary Payer Manual has been revised. Question 6 was a duplicate of Question 5 in the Online Medicare Secondary Payer Manual. Question 6 is being changed to reflect the appropriate follow-up question/answer.

USE OF MODIFIERS -52, -73 AND -74 FOR REDUCED OR DISCONTINUED SERVICES- (CR 3507)

The following manual revision clarifies use of modifiers -52, -73, and -74. These modifiers are used to report procedures that are discontinued by the physician due to unforeseen circumstances. Modifier -52 is used to indicate partial reduction or discontinuation of radiology procedures and other services that do not require anesthesia. For surgeries and certain diagnostic procedures requiring anesthesia (including colonoscopies), the hospital may receive 50 percent of the OPPS payment amount for cases in which the procedure is discontinued after the beneficiary was prepared for the procedure and taken to the room where the procedure was to be performed. If the procedure is discontinued after the beneficiary has received anesthesia or after the procedure was started (e.g., scope inserted, intubation started, incision made) the hospital may receive the full OPPS payment amount for the discontinued procedure. The definition of anesthesia for purposes of billing for services furnished in the hospital

completa del pago prospectivo por el procedimiento discontinuado. La definición de anestesia para propósitos de facturación por servicios provistos en el departamento ambulatorio de hospital incluye, bloqueo local, regional, sedación/analgésico moderado (“sedación consciente”), sedación/analgésico profundo, y anestesia general.

Esta instrucción también aclara que los procedimientos de radiología discontinuados que no requieran anestesia no pueden ser informados utilizando los modificadores -73 y -74.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3507.pf>

NOTAS DE PSICOTERAPIA- (CR 3457)

El Capítulo 3, sección 3.4.1.2, del Manual para la Integridad del Programa ha sido revisado para no solicitar al proveedor las notas por los servicios de psicoterapia. La revisión establece que la información de integración, excluida de la definición de notas de psicoterapia y la información protegida en un documento o expediente, no altera la información no-protegida en las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia excluyen la siguiente información:

- § Supervisión y prescripción de medicamentos
- § Horas del comienzo y terminación de la sesión de consejería.
- § Modalidades y frecuencias del tratamiento provistos,
- § Resultados de pruebas clínicas y cualquier resumen de: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico, progreso, y progreso hasta la fecha.

Sin embargo, el proveedor es responsable de extraer la información necesaria para apoyar el que la reclamación sea razonable y necesaria. Si el proveedor no somete suficiente información para demostrar que los servicios eran médicamente necesarios, la reclamación será denegada.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3457.pdf>

outpatient department to include, local, regional block(s), moderate sedation/analgesia (“conscious sedation”), deep sedation/analgesia, and general anesthesia.

This instruction also clarifies that discontinued radiology procedures that do not require anesthesia may not be reported using modifiers -73 and -74.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3507.pf>

PSYCHOTHERAPY NOTES- (CR 3457)

Chapter 3, section 3.4.1.2 of Medicare Program Integrity has been revised for not to request that a provider submit psychotherapy notes. It states that physically integrating information excluded from the definition of psychotherapy notes and protected information into one document or record does not transform the non-protected information into protected psychotherapy notes. The definition of psychotherapy notes expressly excludes the following information:

- § Medication prescription and monitoring,
- § Counseling session start and stop times,
- § Modalities and frequencies of treatment furnished,
- § Results of clinical tests and any summary of: diagnosis, functional status, treatment plan, symptoms, prognosis, progress, and progress to date.

However, the provider is responsible for extracting the information needed to support that the claim is reasonable and necessary. If the provider does not submit sufficient information to demonstrate that services were medically necessary, the claim will be denied.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3457.pf>



REEMBOLSO**EL INGRESO DE SEGURIDAD SUPLEMENTARIA
(SSI, EN INGLÉS) (CR 3567)**

La siguiente información provee los datos actualizados para determinar el pago adicional a facilidades de rehabilitación (IRF) por concepto de servicios ofrecidos a pacientes de bajos ingresos.

Bajo el IRF PPS, las facilidades reciben un pago adicional por el costo de servicios por el cuidado de pacientes de bajos ingresos. Esto es realizado haciendo ajustes a las tarifas de pagos prospectivos. Los datos de SSI son actualizados sobre una base anual. Estos datos son uno de los componentes utilizados para determinar un ajuste apropiado por pacientes de bajos ingresos en cada IRF.

Si necesita más información sobre este asunto, por favor comuníquese por e-mail a [Director de Reembolso](#).

**ÍNDICE DE SALARIO DEL SISTEMA DE PAGOS
PROSPECTIVOS HOSPITALIZADO (IPPS) Y AMBULATORIO
(OPPS)- (CR 3672)**

La siguiente instrucción menciona los cambios y actualizaciones a los índices de salario (wage index) del sistema de pagos hospitalizado (IPPS) para el año fiscal 2005. Las tablas corregidas del índice de salario provistas en el Aviso de Correcciones a la regla final del IPPS, fueron publicadas en **Federal Register** del 22 de diciembre de 2004.

Las tablas corregidas también están disponibles en el Web site de IPPS en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/hipps/ippswage.asp>

A menos que se indique lo contrario, todos los dispositivos cubiertos para esta instrucción son efectivos después del **1 de enero de 2005**.

**PAGO DE INTERESES POR PAGOS PROVISIONALES
O NO PERIÓDICOS - (CR 3557)**

El Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, Capítulo 1, Secciones 80.2.2 provee las instrucciones para determinar y calcular el interés de pago provisional no periódico ("PIP") debido a reclamaciones no pagadas a tiempo. Se requiere el pago de interés por reclamaciones sin errores, no pagadas en un plazo de 30 días después del día del recibo. El interés aumenta hasta e inclusive el día del pago tardío. Actualmente la sección 80.2.2 del manual contiene dos ejemplos (de facturas sin errores, en papel y electrónicas) relacionados con el cómputo de interés, el cual refleja incorrectamente la fecha para la cual el pago está vencido, los días totales para los cuales el interés está vencido, y la cantidad de interés a ser pagado.

REIMBURSEMENT**THE SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME
(SSI) - (CR 3567)**

The following information provides updated data for determining additional payment amounts for Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System (IRF) with a disproportionate share of low-income patients.

Under the IRF PPS, facilities receive additional payment amounts to account for the cost of furnishing care to low-income patients. This is done by making adjustments to the prospective payment rate. The SSI data is updated on an annual basis and these data are one of the components used to determine an appropriate low income patient adjustment for each IRF.

Should you need any clarification on this matter, please email [Reimbursement Director](#).

**WAGE INDEX FOR INPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT
SYSTEM (IPPS) AND OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT
SYSTEM (OPPS) HOSPITALS- (CR 3672)**

The following instruction outlines changes and updates information to the IPPS wage index for FY 2005. The corrected wage index tables are provided in the Correction Notice to the IPPS final rule, which were published at the **Federal Register** on December 22, 2004.

These corrected tables are also available for download on the IPPS web site at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/hipps/ippswage.asp>

All items covered in this instruction are effective on or after **January 1, 2005**, unless otherwise noted.

**INTEREST PAYMENT FOR NON PERIODIC INTERIM
PAYMENT- (CR 3557)**

Medicare Claims Processing Manual Chapter 1, Sections 80.2.2 provides instructions for assessing and calculating interest due on non periodic interim payment ("PIP") claims not paid in a timely manner. Interest is required to be paid for clean claims not paid within 30 days after the day of receipt of a claim. Interest accrues until and including the day of late payment. The current manual section 80.2.2 contains two examples (clean paper claim and clean electronic claim) related to the computation of interest, which incorrectly show the dates on which payment is due, the total days for which interest is due, and the amount of interest to be paid.

REVISIÓN MÉDICA

REVISIÓN MÉDICA POR SERVICIOS DE AMBULANCIA RURAL AEREA - (CR 3571)

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) han revisado el capítulo 6 “*Intermediary MR Guidelines for Specific Services*” del Manual para la Integridad del Programa para incluir la sección 6.4 - Revisión Médica de los Servicios de Ambulancia Rural.

Esta notificación provee información sobre la implantación de Medicare en la sección 415 de la ley de Modernización, que enmienda el Acta de Seguro Social (SSA) para proveer una cobertura apropiada de servicios de ambulancia rural aérea. Un resumen de estos cambios incluye:

- § Solicitud Razonable
- § Protocolos de Servicios Médicos Emergencia (EMS)
- § Prohibido los Parentescos (Persona que solicita los servicios y el proveedor)
- § Servicios razonables y necesarios
- § Información Adicional

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3571.pdf>

PRUEBAS CLÍNICAS CON IDE (INVESTIGATIONAL DEVICE EXEMPTION)- (CR 3548)

La sección 731 (b) de la ley de Modernización de Medicare (MMA) autoriza la cubierta para los costos de rutina relacionados con las pruebas clínicas con IDE categoría A, efectivo para costos de rutina incurridos después del **1 de enero de 2005**. Esta extensión de cubierta sólo se refiere a los servicios de rutina realizados para tal prueba. El dispositivo categoría A continúa no cubierto. Esta extensión de cubierta efectiva después del 1 de enero de 2005, pertenece solamente a los costos de rutina de una prueba clínica que envuelve un dispositivo IDE categoría A, y solamente cuando tal dispositivo se utiliza dentro de la prueba para el diagnóstico, supervisión, o tratamiento inmediato de enfermedad o condición peligrosa para la vida.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3548.pdf>

MEDICAL REVIEW

MEDICAL REVIEW (MR) OF RURAL AIR AMBULANCE SERVICES- (CR 3571)

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has revised Chapter 6 “*Intermediary MR Guidelines for Specific Services*” of the Medicare Program Integrity Manual to include Section 6.4 – Medical Review of Rural Ambulance Services.

This notification provides information on Medicare’s implementation of Section 415 of the MMA, which amends the Social Security Act (SSA) (Section 1834(l)) to provide appropriate coverage of Rural Air Ambulance Services. A summary of these changes include:

- § Reasonable Request
- § Emergency Medical Services (EMS) Protocols
- § Prohibited Air Ambulance Relationships
- § Reasonable and Necessary Services
- § Additional Information

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3571.pdf>

CLINICAL TRIALS INVOLVING INVESTIGATIONAL DEVICE EXEMPTION (IDE) - (CR 3548)

Section 731 (b) of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) authorizes Medicare to cover the routine costs of clinical trials involving IDE category A devices effective for routine costs incurred on or after January 1, 2005. This extension of coverage only refers to the routine services performed for such a trial. The Category A device itself remains non-covered. This extension of coverage effective on and after January 1, 2005, only pertains to the routine costs in a clinical trial that involves an IDE Category A device, and only when such device is used in the trial for the diagnosis, monitoring, or treatment of an immediately life-threatening disease or condition.

A provider education article related to this instruction is available at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3548.pdf>



CAMBIOS A LAS DETERMINACIONES NACIONALES DE CUBIERTA - (CR 3429)

El 23 de noviembre de 2001, se publicaron las Determinaciones Nacionales de Cubierta (NCDs, en inglés) para pruebas de laboratorios clínicos. Con el propósito de mantener a los proveedores actualizados, se preparó un “software” nacional el cual establece uniformidad en el procesamiento de facturas a través de los estados y sus territorios. Este programa fue efectivo desde el 1 de enero de 2003. El módulo se actualiza trimestralmente según sea necesario e incluye los cambios incorporados según el debido proceso de revisión.

- De acuerdo con el análisis de codificación publicado en la página de Internet para cubierta, el código V72.84 se eliminó de la lista de “Códigos ICD-9 cubiertos por Medicare” para las NCDs de cultivo de orina y de hierro en sangre. La cubierta para este código terminará para los servicios provistos después del **1 de enero de 2005**. Acceder: <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.;cAsp?id=127>.
- De acuerdo con el análisis de codificación publicado en la página de Internet para cubierta, el código V10.41, *Personal history of malignant neoplasm, cervix uteri* y el código V10.42, *Personal history of malignant neoplasm, other parts of the uterus*, se añadieron a la lista de “Códigos ICD-9 cubiertos por Medicare” para la NCD de *tumor antigen by immunoassay CA 125*. La cubierta para estos códigos comenzará para servicios provistos después del **1 de enero de 2005**. Acceder: <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.;cAsp?id=132>
- De acuerdo con el análisis de codificación publicado en la página de Internet para cubierta, se ha removido el código V43.60, *Unspecified joint replaced by other means*, de la lista de “Códigos ICD-9 cubiertos por Medicare” para la prueba de tiempo de protrombina, (PT). La cubierta para este código terminará para servicios provistos después del **1 de enero de 2005**. Acceder: [CMS.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.;cAsp?id=131](http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.;cAsp?id=131)
- Para incluir los nuevos beneficios para el cernimiento cardiovascular y diabetes que fueron añadidos a la ley de Modernización de Medicare de 2003 (MMA), los siguientes códigos de la lista de Códigos ICD-9 no cubiertos por Medicare (han sido removidos): V77.1, V81.0, V81.1, y V81.2.
- Para implantar el nuevo beneficio de cernimiento cardiovascular que fue añadido a Medicare como resultado de la ley de Modernización del 2003, se subdividió el editaje NCD para lípidos en dos partes. Los códigos V81.0, V81.1 y V81.2 se añadieron a la lista de Códigos ICD-9 cubiertos por Medicare para los códigos CPT 80061, 82465, 83718 y 84478. La lista de códigos cubiertos para los códigos restantes de CPT en la NCD de lípidos (83715, 83716, y 83721) permanecen sin cambio.
- Para implantar el nuevo beneficio de cernimiento para diabetes que fue añadido a Medicare por la ley de Modernización (MMA), se subdividió la NCD de glucosa en la sangre en dos partes. El código

CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) (CR 3429)

The NCDs for clinical diagnostic laboratory services were published as a final rule on November 23, 2001. In order to keep providers update, national uniform software has been developed so that laboratory claims subject to one of the 23 NCDs are processed uniformly throughout the nation effective January 1, 2003. The laboratory edit module for the NCDs will be updated quarterly as necessary to reflect ministerial coding updates and substantive changes to the NCDs developed through the NCD process.

- In accordance with the coding analysis published on the coverage Internet site on July 26, 2004 (see <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=127>), we are deleting ICD-9-CM code V72.84 from the list of “ICD-9-CM Codes Covered by Medicare” for the urine culture and serum iron studies NCD. Coverage for this code will terminate for services furnished on or after January 1, 2005.
- In accordance with the coding analysis published on the coverage Internet site on July 27, 2004 (see <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=132>), we are adding ICD-9-CM diagnosis codes V10.41, Personal history of malignant neoplasm, cervix uteri, and V10.42, Personal history of malignant neoplasm, other parts of uterus, to the list of “ICD-9-CM Codes Covered by Medicare” for the tumor antigen by immunoassay CA 125 NCD. Coverage for these codes will begin for services furnished on or after January 1, 2005.
- In accordance with the coding analysis published on the coverage Internet site on July 28, 2004 (see cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=131), we are removing ICD 9-CM diagnosis code V43.60, Unspecified joint replaced by other means, from the list of “ICD-9-CM Codes Covered by Medicare” for the prothrombin time (PT) test NCD. Coverage for this code will terminate for services furnished on or after January 1, 2005.
- In order to accommodate the new cardiovascular and diabetes screening benefits that were added to Medicare by the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA), we are removing the following ICD-9-CM codes from the list of ICD-9-CM Codes Not Covered by Medicare: V77.1, V81.0, V81.1, and V81.2.
- In order to implement the new cardiovascular screening benefit that was added to Medicare by the MMA, we are subdividing the lipid NCD edit into two parts. We are adding ICD-9-CM diagnosis codes V81.0, V81.1 and V81.2 to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for CPT codes 80061, 82465, 83718, and 84478. The covered codes list for the remaining CPT codes in the lipid NCD (83715, 83716, and 83721) remains unchanged.
- In order to implement the new diabetes screening benefit that was added to Medicare by the MMA, we are subdividing the blood glucose NCD into two parts. We are adding ICD-9-CM diagnosis code V77.1 to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for CPT code 82947. The covered codes for the remaining CPT codes in the blood glucose NCD (82948 and 82962) remain unchanged.

V77.1 se añadió a la lista de códigos ICD-9 cubiertos por Medicare para el código de CPT 82947. Los códigos cubiertos para los restante códigos de CPT en la NCD de glucosa en sangre (82948 y 82962) no cambiaron.

Efectivo el **1 de octubre de 2003**, todas las reclamaciones por servicios de laboratorio clínico sometidos a Medicare requieren que los códigos de diagnóstico ICD-9 sean incluidos en la factura.

SNF

ACTUALIZACIÓN AL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE PARTE A PARA LAS FACILIDADES DE CUIDADO DIESTRO DE ENFERMERÍA- (CR 3368)

La siguiente instrucción provee información sobre las actualizaciones a las tarifas de pago utilizadas en un Sistema de Pagos Prospectivos (PPS) para las Facilidades de Cuidado Diestro de Enfermería (SNFs), para el año fiscal 2005.

El 31 de julio de 2002 CMS publicó un aviso de la actualización en el *Federal Register*, indicando las tarifas federales de SNF PPS aplicables para los pagos durante el año fiscal 2003. CMS publicó en el *Federal Register* del 4 de agosto de 2003, las tarifas de pago de los SNF para el año fiscal 2004.

La metodología utilizada en la actualización añade la sección 511 del MMA que especifica un pago separado por residentes con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. La metodología actualizada es idéntica a la utilizada en el año anterior.

Si usted tiene cualquier pregunta, favor enviar e-mail a [Director de Reembolso](#).

7. Effective **October 1, 2003**, all claims for clinical diagnostic laboratory services submitted to Medicare require ICD-9-CM diagnosis codes to be included on the claim.

SNF

MEDICARE PART A SKILL NURSING FACILITY (SNF) PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) UPDATE- (CR 3368)

The Program Memorandum provides information on the updates to the payment rates used under the PPS for Skill Nursing Facility (SNFs), for Fiscal Year 2005, as required by statute.

On July 31, 2002, CMS published an update notice in the *Federal Register*, detailing the schedule of SNF PPS Federal rates applicable for Medicare SNF payments in Fiscal Year 2003. CMS published the SNF payment rates for FY 2004, in the *Federal Register* on August 3, 2003.

The methodology used for the update incorporates section 511 of MMA that specifies a separate add on payment for residents with AIDS. The update methodology is identical to that used in the previous year.

Should you need any clarification on this matter, please email [Reimbursement Director](#).



DÍAS DE RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA- (CR 3568)

Efectivo al **1 de enero de 2005**, esta instrucción permitirá incluir en las facturas los días de responsabilidad del proveedor por servicios en una facilidad de enfermería especializada (SNF).

Las facilidades de enfermería especializada facturan los días de responsabilidad del proveedor utilizando el *Occurrence Span Code* (OCS) 77. La utilización del OSC 77 es aplicada al período de beneficios por días facturados y por lo tanto, debe ser indicado en el campo de días cubiertos. Sin embargo, para un reembolso apropiado, los días de responsabilidad del proveedor facturados con un OSC 77 no deben ser contados en el campo de unidades cubiertas.

Por lo tanto, para el tipo de factura 21x (SNF hospitalizado) la suma de todas las unidades cubiertas indicadas con el revenue code 0022 debe ser igual los días cubiertos menos el número de días reportados con un OSC 77.

Las instrucciones para informar el OSC 77 pueden ser encontradas en el Manual para el Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Capítulo 6, *SNF Inpatient Part A Billing, Sección 40.6.4, Bills with Covered and Noncovered Days*.

SERVICIOS PROVISTOS BAJO "ARREGLO" CON UNA ENTIDAD EXTERNA- (CR 3592)

La siguiente instrucción provee una aclaración sobre la información publicada en el Noti Medicare de Junio 2004, Año 10, num.3. La misma explica que la validez de un arreglo entre un Centro de Enfermería Especializada (SNF) y su suplidor externo está determinada por los requisitos de tales arreglos, más que por la presencia o la ausencia de documentación específica escrita como apoyo. Sin embargo, mientras un SNF y su suplidor no necesiten ejecutar un contrato legal formalizado para tener en un arreglo válido, el desarrollo de documentación de apoyo que se limite a escribir el arreglo para los servicios de los cuales el SNF es responsable (y la manera en la cual el SNF pagará al suplidor por los servicios) puede ayudar a asegurar que las dos partes lleguen a una mutua comprensión en estos puntos.

CORRECCIÓN A LA ACTUALIZACIÓN ANUAL DE CÓDIGOS USADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA- (CR 3613)

CMS actualiza periódicamente las listas de códigos que están sujetos a la facturación consolidada del sistema de pagos prospectivos de los centros de enfermería especializada.

La siguiente instrucción es para notificarles que el siguiente código fue omitido por error en la actualización anual de enero 2005:

Ambulance Trips (Major Category I.H., FI Annual Update, Exclusion)
Add A0999- unlisted ambulance service.

Además, los códigos 53660, 95974, y G0168 fueron informados dos

PROVIDER LIABILITY DAYS ON SKILLED NURSING FACILITY- (CR 3568)

Effective **January 1, 2005**, this instruction to allow include for provider liability days on skilled nursing facility bills.

Skilled Nursing Facilities (SNFs) bill for provider liability periods using the occurrence span code (OSC) 77. Utilization is applied to the benefit period for days billed in an Occurrence Span Code (OSC) 77 and therefore, must be reported in the covered day's field. However, for proper reimbursement, the provider liability days billed under an OSC 77 must **not** be counted in the covered unit's field.

Therefore, for types of bill 21x (SNF inpatient) the sum of all covered units reported on all revenue code 0022 lines should be equal to the covered day's field less the number of days reported in an OSC 77.

The Skilled Nursing Facility instructions for reporting OSC 77 can be found in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 6, SNF Inpatient Part A Billing, Section 40.6.4, Bills with Covered and Noncovered Days.

SERVICE FURNISHED UNDER AN "ARRANGEMENT" WITH AN OUTSIDE ENTITY- (CR 3592)

The following instruction provides clarification of information that was issued on Noti Medicare, June 2004, year 10, no.3. It explains that the validity of an arrangement between a Medicare skilled nursing facility (SNF) and its supplier is determined by their actual compliance with the requirements that govern such arrangements, rather than by the presence or absence of specific supporting written documentation. However, while an SNF and its supplier need not execute a formalized legal contract in order to enter into a valid arrangement, developing supporting documentation that reduces to writing the arranged-for services for which the SNF assumes responsibility (and the manner in which the SNF will pay the supplier for those services) can help to ensure that the two parties arrive at a mutual understanding on these points.

CORRECTION TO THE ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) - (CR 3613)

CMS periodically updates the list of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes that are subject to the consolidated billing provision of SNF Prospective Payment System (PPS).

This instruction is to notify you that the following code was inadvertently omitted from the 2005 annual SNF CB update:

Ambulance Trips (Major Category I.H., FI Annual Update, Exclusion)
Add A0999- unlisted ambulance service.

In addition, HCPCS 53660, 95974, and G0168 were reported twice in

veces bajo la sección *Major Category I.F.- (Outpatient Surgery and Related Procedures- INCLUSION)*. Esta duplicación también ha sido corregida.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3613.pdf>

CUBIERTA

PRUEBA DE CERNIMIENTO CARDIOVASCULAR EN SANGRE- (CR 3411)

La siguiente información provee una guía para la nueva política nacional de cubierta relacionada con las pruebas de cernimiento cardiovascular, efectivo para servicios provistos después del **1 de enero de 2005**.

De acuerdo con la ley de Modernización de Medicare (MMA), **efectivo para servicios ofrecidos después del 1 de enero de 2005**, Medicare cubre pruebas de sangre para cernimiento cardiovascular (esto es, pruebas para la detección temprana de enfermedad cardiovascular o anomalías asociadas con un alto riesgo para esa enfermedad).

La ley de Modernización de Medicare permite la cubierta de las pruebas de niveles de colesterol y otros lípidos o triglicéridos para este propósito. Por lo tanto, efectivo el 1 de enero de 2005, la cubierta de Medicare incluye las siguientes pruebas:

- Prueba de Colesterol Total;
- Prueba de Colesterol para Lipoproteínas de alta densidad; y
- Prueba de triglicéridos

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3411.pdf>

PRUEBAS DE CERNIMIENTO DE DIABETES- (CR 3637)

La ampliación de cubierta para ciertas pruebas de cernimiento para diabetes son asignadas por mandato de la ley de Modernización de Medicare del 2003.

Este artículo es para notificar que Medicare permitirá la cubierta de las pruebas de cernimiento para diabetes por servicios realizados después del **1 de enero de 2005**. Esto aplica a individuos que cumplan los requisitos de elegibilidad de estar en riesgo para la diabetes:

- *Fasting plasma glucose test; and*
- *Post-glucose challenge test (an oral glucose tolerance test with a glucose challenge of 75 grams of glucose for non-pregnant adults or a two-hour post glucose challenge test alone).*

Un artículo educativo relacionado con las guías y la aclaración de las nuevas reglas para las pruebas de cernimiento para la diabetes están disponibles en:

<http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3637.pdf>

Major Category I.F. – this duplication of codes has also been corrected.

An education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3613.pdf>

COVERAGE

CARDIOVASCULAR SCREENING BLOOD TESTS- (CR 3411)

The following information provides guidance for the new national coverage policy related to cardiovascular screening tests covered, effective for services performed on or after **January 1, 2005**.

In accordance with the Medicare Modernization Act (MMA), Medicare coverage is provided for cardiovascular screening blood tests (tests for the early detection of cardiovascular disease or abnormalities associated with an elevated risk for that disease) **effective for services performed on or after January 1, 2005**.

The MMA permits coverage of tests for cholesterol and other lipid or triglycerides levels for this purpose. Therefore, effective January 1, 2005, coverage is provided for the following:

- Total Cholesterol Test;
- Cholesterol Test for High Density Lipoproteins; and
- Triglycerides Test.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3411.pdf>

DIABETES SCREENING TESTS- (CR 3637)

Expanded Medicare coverage of certain diabetes screening tests is mandated by section 613 of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003. This article is to notify you that Medicare will permit coverage for the following diabetes screening tests for services performed on or after January 1, 2005 for individuals who satisfy the eligibility requirements of being at risk for diabetes:

- Fasting plasma glucose test; and
- Post-glucose challenge test (an oral glucose tolerance test with a glucose challenge of 75 grams of glucose for non-pregnant adults or a two-hour post glucose challenge test alone).

An education article with the guidance and clarification of the new rules for diabetes screening tests is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3637.pdf>

DEMOSTRACIÓN DEL TRATAMIENTO CONTRA LA INFLUENZA- (CR 3696)

Medicare cubrirá cuatro medicamentos nuevos contra la gripe, incluyendo -- donde aplique -- sus equivalentes genéricos. Estos medicamentos son *Amantadine Hydrochloride*; *Zanamivir, Inhalation Power Administered* a través del inhalador; *Oseltamivir Phosphate, Oral*; y *Rimantadine Hydrochloride, oral*.

Estas drogas serán pagadas bajo la demostración de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) para fechas de servicio hasta el 31 de mayo de 2005. Además, los proveedores que se inscriban en Medicare antes del 31 de mayo de 2005, pueden también archivar sus reclamaciones para los medicamentos provistos bajo esta demostración comenzando con las fechas de servicio desde el momento en que el proveedor termina la inscripción.

Un artículo educativo relacionado con instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3696.pdf>

ARTÍCULOS ESPECIALES

NUEVO SISTEMA IVR (INTERACTIVE VOICE RESPONSE, EN INGLÉS), PARA PROVEEDORES DE MEDICARE 1-877-908-8433

Instalamos un sistema automático que le permitirá al proveedor verificar por medio del teléfono información del beneficiario y sus reclamaciones. Encontrará información sobre: Cubierta, Deducible Anual Parte B, Días Psiquiátricos, Medicare Pagador Secundario (MSP, en inglés), Elegibilidad, Agencias de Salud en el Hogar (HHA, en inglés), Hospicio, HMO, Estatus de Facturas, Códigos de Remesa de Pagos e información general.

El servicio del IVR está disponible desde el 17 de enero de 2005 de 6:00 a.m. hasta 6:00 p.m. (ET, Hora del Este) de lunes a viernes.

A continuación encontrarán un detalle del flujo de la llamada y el proceso que deben seguir para acceder la información que necesitan:

Información General del Sistema

Es requisito cumplir con las Leyes de Seguridad y Privacidad establecidas por el Congreso De los Estados Unidos de América. Por lo tanto, establecimos un sistema de identificación del proveedor. Para acceder al sistema, el proveedor necesita una contraseña que sólo puede ser compartida con el personal autorizado por el Hospital para obtener información del paciente.

Esta contraseña inicialmente, será asignada por el Intermediario Fiscal de Medicare, COSVI. El proveedor tiene la opción de cambiarla. Este

INFLUENZA TREATMENT DEMONSTRATION- (CR 3696)

We have been informed that Medicare will cover four new flu medications, including—where applicable—their generic equivalents. These medications are *Amantadine Hydrochloride*; *Zanamivir, Inhalation Power Administered* through Inhaler; *Oseltamivir Phosphate, Oral*; and *Rimantadine Hydrochloride, Oral*.

These drugs will be paid under Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Demonstration for dates of service through May 31, 2005. In addition, providers that enroll in Medicare before May 31, 2005 may also file claims for drugs furnished under this demonstration for dates of service beginning when the provider or supplier completes such enrollment.

A Medlearn Matters provider education article related to this instruction is available: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3696.pdf>

SPECIAL ARTICLES

NEW IVR SYSTEM FOR MEDICARE PROVIDERS 1-877-908-8433

We have installed automatic systems that allow you to verify by phone, information related to: Coverage, Part B Annual Deductible, Psychiatric Days, MSP Information, Eligibility, Home Health, Hospice, HMO Status, Claims Status, remittance advice codes, and general information.

The system is available since January 17, 2005 from 6:00 a.m. through 6:00 p.m. Eastern Time, Monday through Friday.

Following you will find a call flow detail and the process you must follow to access the information:

Systems General Information

In order to comply with the Privacy and Security Laws established by the United States Congress, we have implemented a provider identification system.

To access the system the provider needs a password that can be share only with the Hospital authorized personnel. E.g., (Admissions and Billing Departments)

Initially the password will be assigned by COSVI-Medicare Fiscal Intermediary then, the providers will have the option to change it. This change must be requested by the Hospital Administrator or the person designated by him. The provider is responsible to inform their personnel

cambio debe ser solicitado por el Administrador o persona designada por éste. Es responsabilidad del proveedor informar a todo el personal de la Institución que utiliza el sistema siempre que cambie su contraseña.

El IVR le dará tres oportunidades para ingresar la información. Luego de tres intentos con información incorrecta, el sistema dará por terminada la llamada.

Para verificar elegibilidad del beneficiario, el sistema requiere que indique la letra que aparece al final del número de Medicare. Si no sabe la letra, puede intentar con las más frecuentes como la A, B o D. Luego de tres intentos con información incorrecta, el sistema terminará la llamada.

Es importante que el proveedor oriente al personal que utilizará el sistema: Admisiones y Facturación, entre otros.

Instrucciones para acceder al IVR

Para elegir Idioma presione:

- 1 Español
- 2 Inglés

Menú Principal

Opción	Información
1	Deducible Anual
2	Estatus de Reclamaciones
3	Elegibilidad del Beneficiario
4	Información General de Medicare
5	Significado de los códigos de Remesa de Pago
9	Repetir Opciones
0	Hablar con un Representante

Opción 1 Deducible Anual

Entre:

- Número de Proveedor
- Contraseña del Proveedor
- Seleccione los últimos dígitos del número de Medicare

Presione:

- 1 Si el último dígito del número de Medicare es una letra (Ejemplo: 123-45-6789A)
- 2 Si el último dígito del número de Medicare es un número y el anterior es una letra (Ejemplo: 123-45-6789C1)
- 3 Si los últimos dos dígitos del número de Medicare son dos letras (Ejemplo: 123-45-6789 HA)
- Entre los nueve dígitos del número de Medicare
- Seleccione la letra del número de Medicare

when the password has been changed.

The IVR system will give you three options to enter the requested information. After the third, the telephone system will automatically disconnect the call, you must dial again.

To verify the beneficiary's information you must enter the complete Medicare number including the letter. If you do not have the letter you may seek with the most common: A, B, D and T. Remember, after three incorrect attempts, the call will be disconnected.

It is very important that you share and advice clearly your Admission, Billing, and other concerning hospital areas personnel regarding this new system.

Steps to access the IVR

Select Language

- 1 Spanish
- 2 English

Main Menu

Option	Information
1	Annual Deductible
2	Claims Status
3	Beneficiary Entitlement
4	Medicare General Information
5	Remittance Advice Codes Explanation
9	Repeat Options
0	Speak with a Representative

Option 1 Annual Deductible

Enter:

- Provider Number
- Password
- Select the last digit(s) of the Medicare Number:

Press

- 1 If the last digit is a letter (e.g., 123-45-6789A)
- 2 If the last digit is a number and the previous is a letter (e.g., 123-45-6789C1)
- 3 If the last two digits are a letter (e.g., 123-45-6789HA)
- Enter the nine digits of the Medicare Number
- Select the Medicare Number letter

Presione:

- 1 Si la letra es A
- 2 Si la letra es B
- 3 Si la letra es C
- 4 Si la letra es D
- 5 Si la letra es T
- 6 Si la letra es M
- 7 Si la letra es W

- Entre la fecha de nacimiento con dos dígitos para el mes, dos para el día y cuatro para el año. (MM, DD, AAAA)

Opción 2 Estatus de Reclamaciones

Entre:

- Número de Proveedor
- Contraseña del Proveedor
- Selecciones los últimos dígitos del número de Medicare (siga instrucciones de opción 1)
- Entre los nueve dígitos del número de Medicare del beneficiario
- Entre la fecha de admisión y luego la fecha de alta de los servicios

Opción 3 Elegibilidad del Beneficiario

Sub-Menú

Opción	Información
1	Cubierta de Medicare
2	Días Psiquiátricos
3	Información HMO
4	Salud en el Hogar
5	Periodo de Hospicio
6	Información de MSP
8	Menú Principal
9	Repetir Opciones
0	Hablar con un Representante

Entre:

- Número de Proveedor
- Contraseña del proveedor
- Seleccione los últimos dígitos del número de Medicare (Siga instrucciones de la Opción 1)
- Entre los nueve dígitos del número de Medicare de Beneficiario
- Seleccione la letra del número de Medicare
- Entre la fecha de nacimiento del beneficiario (MM, DD, AAAA)

El sistema le provee:

Opción 1 Cubierta de Medicare - Fecha de elegibilidad de Medicare Parte A y B, si aplica.

Press

- 1 If the letter is A
- 2 If the letter is B
- 3 If the letter is C
- 4 If the letter is D
- 5 If the letter is T
- 6 If the letter is M
- 7 If the letter is W

- Enter the beneficiary's date of birth with two digits for the month, two digits for the day and four digits for the year. (MM,DD,YYYY)

Note: If there is a number after the letter, please select one of the followings:

- 1 for B
- 2 for C
- 3 for D
- 0 To speak with a Representative

Option 2 Claims Status

- Provider number
- Password
- Select the last digit of the Medicare Number
- Enter the nine digits of the Medicare Number
- Select the letter of the Medicare Number
- Enter the admission date of services and the discharge date

Option 3 Beneficiary Eligibility

Sub-Menu

Option	Information
1	Medicare Coverage
2	Psychiatric Days
3	HMO Information
4	Home Health Period
5	Hospice Period
6	MSP Information
8	Main Menu
9	Repeat these options
0	Speak with a Representative

Enter

- Provider Number
- Password
- Select the last digits of the Medicare Number
- Enter the nine digits of the Medicare Number
- Select the letter of the Medicare Number
- Enter the beneficiary's date of birth (MM, DD, YYYY)

Option 1 Medicare Coverage – Provide the Medicare Part A and B Entitlement dates (when applicable).

Opción 2 Días Psiquiátricos - Cantidad de días psiquiátricos disponibles.

Opción 3 HMO o Medicare Advantage - Número del HMO o la fecha de efectividad y terminación, si aplica.

Opción 4 Salud en el hogar - Periodo más reciente, la fecha de inicio y terminación, si aplica.

Opción 5 Periodo de Hospicio - Periodo más reciente, fecha de inicio y terminación, si aplica.

Opción 6 Información de MSP - Categoría de MSP, fecha de inicio y terminación de la categoría, si aplica.

Option 2 Medicare Psychiatric Days – Will inform the number of available Psychiatric days

Option 3 HMO or Medicare Advantage – Inform the HMO number and the effective and termination date (if applicable)

Option 4 Home Health – Inform the most recent period and the start and termination date (if applicable)

Option 5 Hospice–Provide the most recent periods information and the start and termination Date (if applicable)

Opción 4 Información General de Medicare

Esta opción le brindará información sobre procesos de Revisión Médica, Reclamaciones e Información General de Medicare Pagador Secundario (MSP). Si selecciona esta opción puede regresar al menú principal en cualquier momento marcando cualquier tecla del teléfono.


Opción 5 Códigos de Remesa de Pago

El sistema le solicitará que entre el código de la Remesa de pago. Entre las letras o el número con el que inicia el código. Esta opción tiene un sub-menú donde usted escogerá las letras. Si el código que usted solicita no está en el sub-menú, debe marcar el 0 para hablar con un Representante.

Sub-Menú

Opción	Información
1	MA
2	M
3	N
4	Número
8	Menú principal
0	Hablar con un Representante

Notas:

- El sistema le dará hasta tres oportunidades para ingresar la información correcta, si usted no brinda la información solicitada, la llamada será terminada inmediatamente.
- Debe tener a la mano el número de Medicare del beneficiario, su número de proveedor y contraseña.
- Puede acceder varias opciones para un mismo beneficiario si presiona asterisco .
- Una vez termina una consulta de elegibilidad, deducible anual o reclamaciones, usted puede seleccionar:

Option 6 MSP Information – Describes the MSP Category the start and termination period (if applicable)

Option 4 Medicare General Information

This option provides you with information regarding the Medical Review Process, Claims and Medicare Secondary Payer general information. If you want to return to the main menu you can dial any number at any time.

Option 5 Remittance Advice Codes


The system will ask you the remittance code. First, select the letter which appears previous the code number. If the code does not appear in this option, select 0 to speak with a Representative.

In this option you will select the letter from a sub-menu.

Sub-Menu

Option	Information
1	MA
2	M
3	N
4	Number
8	Main Menu
0	Speak with a Representative

Notes:

- The system will gives you at least three opportunities to enter the correct information. After three incorrect attempts, the call will be disconnected.
- You must have in hands the beneficiary’s Medicare Number, your provider number and password.
- You can revise different information for the same beneficiary by pressing star .
- Once you finish with your Coverage, Annual Deductible and Claims Inquiries, you will have the followings options:

Opción	Información
0	Repetir la Información
7	Volver al Sub-Menú
8	Regresar al Menú Principal
9	Repetir estas opciones
0	Hablar con un Representante

Option	Information
1	0 Repeat the Information
7	Return to the Submenu
8	Return to the Main Menu
9	Repeat these Options
0	Speak with a Representative

EFFECTIVOS EN ABRIL 2005

RECLAMACIONES

CORRECCIONES DEL ARCHIVO DE TRABAJO COMÚN (CWF, EN INGLÉS) POR SERVICIOS DE OBSERVACIÓN- (CR 3311)

Actualmente, las correcciones del sistema de Medicare no permiten el procesamiento de reclamaciones sometidas por unidades de servicios en Observación mayor de 48 horas (*Revenue code 0762*). El Intermediario suspende la reclamación y solicita toda la documentación médica para revisar la necesidad médica de todos los servicios de observación facturados.

Si las horas adicionales no son razonables y necesarias, todas las horas más allá de 48 horas se deniegan y se refleja en la factura como un servicio no cubierto. Sin embargo, si se determina que las horas son razonables y necesarias, las reclamaciones no pueden ser procesadas para pago debido a la corrección realizada por el sistema. Los cambios al sistema serán realizados por Medicare para que la corrección sea eliminada y permitir el pago de estas reclamaciones a partir del **1 de abril de 2005**.

Un artículo educativo para el proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en:
<http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3311.pdf>

FACTURACIÓN DE CARGOS NO CUBIERTOS- (CR 3416)

Esta instrucción actualiza la guía del capítulo 1, sección 60 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones. Esta guía sirve para efectuar conforme con la ley de seguro médico y responsabilidad (HIPAA), el asegurar que todos los servicios no cubiertos por Medicare puedan ser sometidos y aceptados en reclamaciones, que alternadamente se cruzan con la de pagadores subsecuentes.

Desde la publicación del resumen de instrucciones y una aclaración, en el Transmittal R133CP, CR 3115, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) se han percatado de otras actualizaciones requeridas y nuevas necesidades, incluyendo las siguientes:

(1) el permitir totalmente en las reclamaciones los códigos de cargos no cubiertos sin cualquiera de los dos códigos de condición (condition code) 20 o 21,

CLAIMS

COMMON WORKING FILE (CWF) EDIT FOR OBSERVATION SERVICES- (CR 3311)

Currently, Medicare edits do not allow claims greater than 48 hours that are submitted showing the units of service for observation (*Revenue Code 0762*) for processing. The FI suspends the claim and will request complete medical documentation to review the medical necessity of all observation services billed.

If additional hours are not found to be reasonable and necessary, all hours beyond 48 hours are denied and shown as a non-covered service on the claim. However, if the hours are found to be reasonable and necessary the claims can not be processed at this time for payment due to the Medicare system edit. Changes will be made by Medicare to allow the edit to be overridden to allow payment of these claims as of **April 1, 2005**.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3311.pdf>

BILLING NON-COVERED CHARGES- (CR 3416)

This instruction refines guidance in Chapter 1, Section 60 of Medicare Claims Processing Manual. It serves to effect compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) in ensuring all services not covered by Medicare may be submitted and accepted on Medicare claims, which in turn can be crossed over to subsequent payers.

Since publication of the summary instructions and one clarification, Transmittal R133CP, CR 3115 the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has become aware of other required refinements and new need(s) including the following:

(1) Allowing totally noncovered provider-liable outpatient claims without either condition codes 20 or 21,

(2) providing additional guidance on billing bundled services related to

(2) proveer guías adicionales para la facturación de servicios incluidos relacionados con un ABN, con ejemplos específicos para las clínicas de salud rural (RHCs), clínicas federales cualificadas de salud (FQHCs) y pruebas de paneles de laboratorio facturadas en las reclamaciones institucionales,

(3) transferencia de algunas correcciones relacionadas con cargos no cubiertos en la línea artículos de ambulancia utilizando los modificadores QM o QN, y

(4) otras actualizaciones a direcciones de Internet, conforme a texto y cambios administrativos comparables.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: http://www.cms.hhs.gov/medlearn/_matters/mmarticles/2005/MM3416.pdf

CORRECCIÓN DEL SISTEMA POR FACTURACIÓN INCORRECTA DE SUPLIDOS - (CR 3468)

Un sistema de corrección ha sido establecido para devolver a los CORFs/OPTs las reclamaciones de suplidos con el Revenue Code 270 sin un código de HCPCS apropiado.

Los suplidos provistos por los CORFs/OPTs son considerados como parte del costo de práctica. Los CORFs/OPTs no deben facturar por los suplidos provistos por ellos con excepción de la tablilla (*splint*) y del molde (*cast*).

Los códigos Q del Manual de HCPCS, nivel II que serán utilizados son Q4001 al Q4049.

Los códigos del Manual de HCPCS nivel I asociados con los códigos Q del nivel II son 29000 al 29085; 29105 al 29131; y 29305 al 29515.

Un artículo educativo de proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2003/MM3468.pdf>

an ABN, with specific examples for rural health clinics (RHCs), federally qualified health clinics (FQHCs) and laboratory panel tests billed on institutional claims,

(3) Bypassing of some edits related to noncovered ambulance line items using the QM or QN modifiers, and

(4) Other updates to Web site addresses, conforming text and comparable administrative changes.

A provider education article related to this instruction is available at: http://www.cms.hhs.gov/medlearn/_matters/mmarticles/2005/MM3416.pdf

EDIT FOR BILLING INAPPROPRIATE SUPPLIES- (CR 3468)

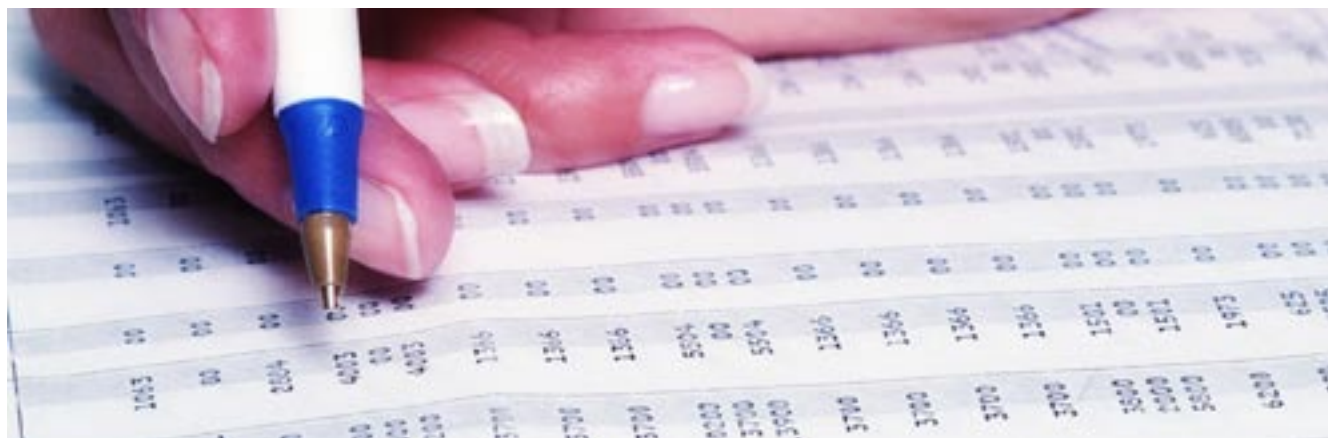
A system edit is being established to return claims to CORFs/OPTs when billing for supplies with revenue code 270 without an appropriate Healthcare Common Procedure Code System (HCPCS) code.

Supplies furnished by CORFs/OPTs are considered part of the practice expense. CORFs/OPTs should not bill for the supplies they furnish except for the splint and cast.

The appropriate Level II HCPCS “Q” codes to be used are Q4001 thru Q4049.

The appropriate Level I HCPCS codes associated with the level II HCPCS “Q” codes are 29000 thru 29085; 29105 thru 29131; and 29305 thru 29515.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2003/MM3468.pdf>



CAMBIO DEL TIPO DE FACTURA DE HOSPITAL PARA LA FACTURACIÓN DE MAMOGRAFÍAS- (CR 3469)

Esta instrucción menciona el cambio del tipo de factura (TOB) de hospital para la facturación de mamografías diagnósticas y de cernimiento. Previamente, se les requería a los hospitales facturar las mamografías diagnósticas y de cernimiento con el tipo de factura 14X. Este requisito ha cambiado. Las mamografías diagnósticas y de cernimiento serán facturadas con el tipo de factura 13X.

Por lo tanto, efectivo el **1 de abril de 2005** las reclamaciones por servicios de mamografías diagnósticas y de cernimiento serán facturadas utilizando el tipo de factura 13X. Estos servicios no deben ser facturados bajo el tipo de factura 14X. Los tipos de factura para los demás proveedores, con excepción de hospitales permanecen igual. Ellos son 22x y 23x.

Un artículo educativo para el proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en:
<http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3469.pdf>

CHANGE IN HOSPITAL TYPE OF BILL FOR BILLING MAMMOGRAPHIES- (CR 3469)

This instruction changes the hospital type of bill (TOB) for billing diagnostic and screening mammographies. Previously, diagnostic and screening mammographies furnished by hospitals were required to be billed under TOB 14X. This requirement is being changed to require billing of diagnostic and screening mammography claims under the TOB 13X.

Therefore, effective for claims with dates of service on or after **April 1, 2005**, diagnostic and screening mammography claims shall be billed utilizing the TOB 13X. These services should no longer be billed under TOB 14X. Appropriate TOBs for providers other than hospitals remain the same. They are 22x and 23x.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3469.pdf>



NUEVO CASE- MIX AJUSTADO- (CR 3572)

El Acta de Modernización de Medicare (MMA) ordena a los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS) que utilicen un limitado número de características de pacientes para establecer un case-mix básico ajustado al sistema de pagos prospectivos. Esto aplica para los servicios renales provistos por proveedores de servicios y facilidades renales, a individuos en una facilidad o en su hogar. Las tarifas actuales de pago serán ajustadas por la característica individual de cada paciente y neutralidad del presupuesto para servicios provistos después del **1 de abril de 2005**.

El “case-mix” según el sistema podría ser utilizado para un limitado número de características de pacientes. Las variables que se utilizan en la determinación de un case-mix ajustado por característica individual del paciente incluye:

- Cinco categorías o grupos de edad;
- Un índice bajo de la masa corporal (BMI);
- Un área superficial del cuerpo (BSA); y
- Un ajuste para pacientes pediátricos

Un artículo de proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3572.pdf>

NEW CASE-MIX ADJUSTED- (CR 3572)

The Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) mandates that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) use a limited number of patient characteristics in establishing a basic case-mix adjusted prospective payment system for dialysis services furnished by providers of services and renal dialysis facilities to individuals in a facility or in their home. The current composite payment rates will be adjusted for individual patient characteristics and budget neutrality for services furnished on or after **April 1, 2005**.

The case-mix under the system would be for a limited number of patient characteristics. The patient characteristic variables that are utilized in determining an individual patient’s case-mix adjusted composite payment rate include:

- Five age groups;
- A low Body Mass Index (BMI);
- A body surface area (BSA); and
- An adjustment for pediatric patients

A provider article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3572.pdf>

CAMBIOS EN LAS CORRECCIONES DEL ARCHIVO DE TRABAJO COMÚN (CWF, EN INGLÉS) PARA EL TRANSPORTE DE AMBULANCIA- (CR 3427)

Medicare considera que el transporte en ambulancia de un beneficiario residente en un Centro de Enfermería Especializada con cubierta de la parte A, a o desde una Facilidad para Pruebas Diagnósticas Independientes, es parte de la facturación consolidada los Centros de Enfermería Especializada. Por lo tanto, este transporte debe ser pagado en la tarifa de pagos prospectivos para los Centros de Enfermería Especializada y **no** ser pagado por separado como servicios de la parte B. Por lo tanto, después del **1 de abril de 2005**, cualquier reclamación de la parte B por servicios de ambulancia que usted facture al Intermediario será denegado.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3427.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE LAS INSTRUCCIONES DE FACTURACIÓN PARA LAS CLÍNICAS DE SALUD RURAL Y CENTROS FEDERALES DE SALUD CUALIFICADOS- (CR 3487)

Las instrucciones generales de facturación para los capítulos 9, 18 y 32 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones ha sido actualizado.

Efectivo el **1 de abril de 2004**, las Clínicas de Salud Rural (RHC, en inglés) y los Centros Federales de Salud Cualificados (FQHC, en inglés) no tendrán que informar líneas de cargos adicionales cuando facturen servicios preventivos con los tipos de factura 71X y 73X. A los FQHC con base en hospital no se les solicitará informar códigos por cada línea de servicios.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3487.pdf>

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO CMS-1450- (UB-92) (CR 3543)

El capítulo 25, sección 60 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones ha sido revisado. El Comité Nacional para la Facturación Uniforme (NUBC) aprobó el uso de un nuevo *condition code* y *value code*. El nuevo *condition code* es el **80- Home Dialysis**, para las localidades 24-30 y un nuevo *value code* **P1- Do Not Resuscitate Order (DNR)** para las localidades 39-41.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3543.pdf>

CHANGE TO THE COMMON WORKING FILE SKILLED NURSING FACILITY CONSOLIDATED BILLING EDITS FOR AMBULANCE TRANSPORTS- (CR 3427)

Medicare considers the ambulance transport of a beneficiary in a covered Part A SNF stay, to or from an Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF), to be part of SNF Consolidated Billing (CB). Therefore, this transport is to be paid in the SNF Prospective Payment System (PPS) rate and may **not** be paid separately as Part B services. Therefore, on or after April 1, 2005, any such Part B ambulance claims that you bill to your FI will be denied.

A provider education article related to this instruction available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3427.pdf>

UPDATED BILLING INSTRUCTIONS FOR RURAL HEALTH CLINICS (RHCS) AND FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTERS (FQHCs)- (CR 3487)

The general billing instructions in chapters 9, 18 and 32 of Medicare Claims Processing Manual are being updated.

Effective **April 1, 2004**, RHCs and FQHCs will no longer report additional line items when billing for preventive services on TOBs 71X and 73X. Hospital-based FQHCs will no longer be required to report HCPCS codes for each FQHC service line item on the bill.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3487.pdf>

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF FORM CMS-1450- (UB-92) (CR 3543)

Chapter 25, Section 60 of the Medicare Claims Processing Manual has been revised. The National Uniform Billing Committee (NUBC) has approved the use of a new condition code and value code. The new condition code is 80 – Home Dialysis, Form locator 24-30 and a new value code P1-Do Not Resuscitate Order (DNR), Form locator 39-41.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3543.pdf>

ACTUALIZACIÓN A LAS GUÍAS DE TRANSACCIONES ELECTRÓNICAS- (CR 3566)

Ley HIPAA dirige a todos los planes de salud a utilizar las guías nacionales de transacciones electrónicas para la transferencia de cierta información del cuidado de salud. La ley requiere que todos los contratistas utilicen los códigos aplicables según mencionado en la regulación del *American National Standards Institute (ANSI)* para el uso del formato ASC X12N 276/277 4010A1.

A partir del 4 de abril de 2005, todos los cambios de códigos y códigos nuevos aplicables con la designación “new as of June 2004” o anterior a la fecha de designación pueden ser obtenidos en: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3566.pdf>

SNF'S

ACTUALIZACIÓN 2005 DE LOS CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA- (CR 3683)

CMS actualiza periódicamente las listas de códigos que están sujetos a la facturación consolidada para el sistema de pagos prospectivos de los centros de enfermería especializada. Los códigos son enumerados según han sido añadidos o removidos de la actualización anual.

La nueva codificación identificada en cada actualización describe los mismos servicios que están sujetos por ley a la facturación consolidada para el sistema de pagos prospectivos de los centros de enfermería especializada. No serán añadidos servicios adicionales por estas actualizaciones rutinarias; es decir, las nuevas actualizaciones son requeridas por los cambios al sistema de codificación, no porque los servicios sujetos a la facturación consolidada de los centros de enfermería especializada sean redefinidos. Otros cambios en regulación adicionales a las actualizaciones de la lista de códigos, serán notificados cuando y si estos ocurren.

La actualización del 2005 puede ser obtenida en la Página Interactiva de CMS en: www.cms.hhs.gov/manuals/, selecciona el enlace *2004 transmittals*, y selecciona *transmittal # R360CP dated November 5, 2004*.

UPDATE OF STANDARD ELECTRONIC TRANSACTION- (CR 3566)

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) direct that all health care plans to use national standards for the transfer of certain health care data. HIPAA requires all payers to use the applicable health care claims status category codes and health care claim status codes of the American National Standards Institute (ANSI) American Standards Committee (ASC) X12N 276/277 4010A1.

By April 4, 2005, all applicable code changes and new codes with the “new as of June 2004” or a prior date designation may be found at: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3566.pdf>

SNF'S

2005 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) - (CR 3683)

The CMS periodically updates the lists of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes that are subject to the consolidated billing provision of the SNF Prospective Payment System (SNF PPS). The codes are listed as being added or removed from the annual update.

The new coding identified in each update describes the same services that are subject to SNF PPS payment by law. No additional services will be added by these routine updates; that is, new updates are required by changes to the coding system, not because the services subject to SNF CB are being redefined. Other regulatory changes beyond code list updates will be noted when and if they occur.

The 2005 Annual Update can be found on the CMS Web site at www.cms.hhs.gov/manuals/, select the link for 2004 transmittals, and select transmittal # R360CP dated November 5, 2004.

¡Unáanse a nuestra lista de correo electrónico para proveedores y reciban información importante directo a su buzón!

Puede hacerlo accediendo a:

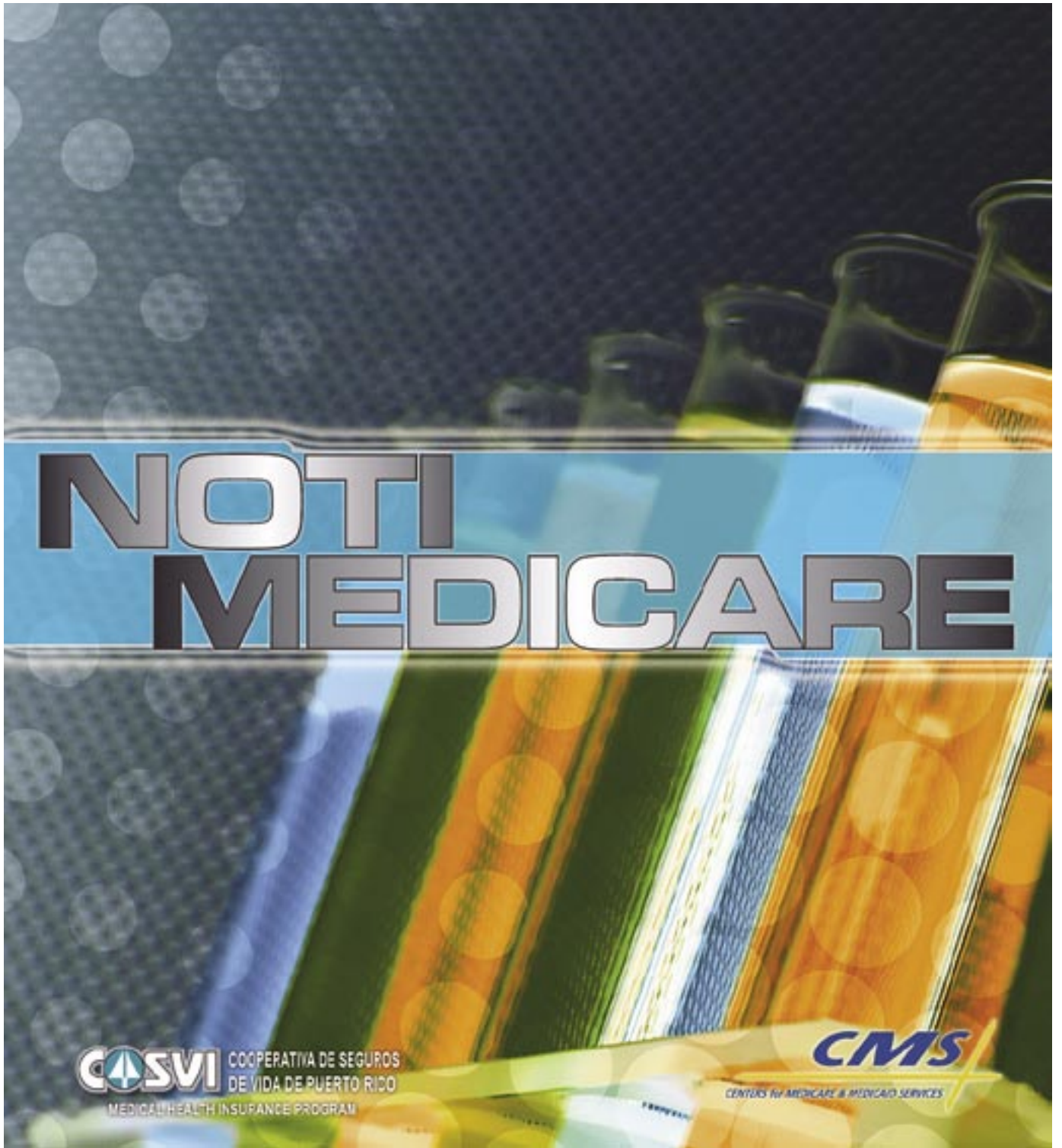
<http://www.cosvi.com/medicare/suscripcion.htm>

NOTI MEDICARE

Join our new electronic mailing list for providers and receive important information directly to your e-mailbox!

You may subscribe at:

<http://www.cosvi.com/medicare/english/suscripcion.htm>



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