

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

Abril 2005 año 11 núm. 4

TABLA DE CONTENIDO

Reclamaciones

• Actualización a las Guías de Transacciones Electrónicas	3
• Facturación de Servicios Repetitivos	3
• Actualización a la lista de Códigos de Remesa y Reason Codes	4
• Precio de Venta Promedio para Drogas en la Parte B efectivo el 1 de abril de 2005	4
• Tarifas actualizadas de Equipo Médico Duradero, Protésicos, Ortóticos y Suplidos para Abril de 2005	5
• Información Adicional Relacionada al Sistema de Pagos Prospectivos para las Facilidades de Hospitalización Psiquiátricas (IPF PPS) por sus Siglas en Inglés	5
• Aclaración- Criterios de clasificación de una Facilidad de Rehabilitación	6
• 1era Actualización al Medicare Physician Fee Schedule Database del 2005	6
• Revisión al Precio de Venta Promedio Trimestral	6
• Aclaración sobre las Guías del Manual de Medicare Pagador Secundario	7
• Especificaciones del Sistema de Pagos Prospectivos del OCE Versión 6.1 de Abril 2005	7
• Nuevos códigos (HCPCS) para facturar Inmunoglobulina Inyectable (IVIG) por sus siglas en inglés	8
• Nuevos Códigos HCPCS para los Agentes de Contraste	8
• Especificaciones del Oce Versión 20.2 de Abril 2005 para Hospitales que no están en Opps	8
• Sistema de Pagos Prospectivos de las Facilidades Siquiátricas- Más aclaraciones	9
• Actualización del Sistema de Pagos Prospectivos para Servicios Ambulatorios (OPPS) por sus siglas en Inglés: Resumen de los Cambios a las Políticas de Pago	9
• Actualización del Pricer para Hospitales IPPS para el año fiscal 2005	10

Cubierta

• Facturación de Defibriladores Automáticos Implantables para Beneficiarios en un Medicare Advantage y el uso del Modificador QR	10
• Examen Físico Preventivo Inicial	11
• Pruebas de cernimiento para Diabetes	11
• Bombas de Infusión	11
• Nueva codificación para PET Scans y Requisitos de facturación para las indicaciones específicas del Cáncer Cervical	12
• Requisitos Actualizados para el <i>Autologous Stem Cell Transplantation</i>	12

SNF

• Cambios a las correcciones del Archivo de Trabajo Común para la Facturación Consolidada de los Centros de Enfermería Especializada por el Transporte de Ambulancia	12
--	----

ESRD

• Terminación de la Cubierta de Medicare para Beneficiarios con Fallo Renal Permanente	13
• Nueva Ventana de excepciones al Cargo Compuesto rate de las facilidades Pediátricas ESRD	13

Artículos Especiales

.....	14
-------	----

NOTI MEDICARE

April 2005 year 11 no. 4

TABLE OF CONTENTS

Claims

- Update of Standard Electronic Transaction 3
- Hospital Billing for Repetitive Services 3
- Remittance Advice Remark Code Updates and Reason Code List 4
- April 2005 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing File 4
- April Quarterly update for 2005 Durable Medical Equipment, Prosthetics, orthotics, and supplies (DMEPOS) Fee Schedule 5
- Further Information Related to Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) 5
- Clarification- Inpatient Rehabilitation Facility (IRF) classification criteria 6
- 1st update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database... 6
- Revisions to January 2005 Quarterly Average Sales Price 6
- Clarification to the guidance of Medicare Secondary Payer Manual 7
- April 2005 Outpatient Prospective Payment System Code Editor Specifications version 6.1 7
- New Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) for Intravenous Immune Globulin 8
- New Contrast Agents Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Codes 8
- April Update To The Medicare Non- OPPTS Outpatient Code Editor (OCE) Specifications VERSION 20.2 8
- Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System- Further Clarifications 9
- April 2005 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS): Summary of Payment Policy Changes 9
- Update to FY 2005 Pricer for IPPS Hospitals 10

Coverage

- Billing for Implantable Automatic Defibrillators for Beneficiaries in a Medicare Advantage (MA) Plan and Use of the QR Modifier 10
- Initial Preventive Physical Examination (IPPE) 11
- Diabetes Screening Tests 11
- Infusion Pumps 11
- New Coding for FDG PET Scans and Billing Requirements for Specific Indications of Cervical Cancer 12
- Updated requirements for Autologous Stem Cell Transplantation 12

SNF

- Change to the Common Working File (CWF) Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing (CB) Edits for Ambulance Transports 12

ESRD

- Medicare Termination of Beneficiaries with End Stage Renal Disease 13
- New Composite Rate Exceptions Window for Pediatric ESRD Facilities 13

Special Articles

- 14

Board of Editors

Alba Cosme Beverly Caballero
Ada L. Vélez Mass Sandra Peña

RECLAMACIONES

ACTUALIZACIÓN A LAS GUÍAS DE TRANSACCIONES ELECTRÓNICAS (CR 3566)

La 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>

FACTURACIÓN DE SERVICIOS REPETITIVOS (CR 3633)

El siguiente artículo provee información relacionada con la facturación de hospitales por servicios repetitivos. Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS en inglés) han decidido re-evaluar la política de la facturación repetitiva para reducir la carga en los hospitales y mantener la habilidad de lograr una información exacta para la re-calibración de los APC (*Ambulatory Patient Classification*).

Efectivo el 1 de enero de 2005 no serán permitidos en una misma reclamación servicios repetitivos con servicios no- repetitivos provistos el mismo día aunque éstos sean pagados en un sistema de pagos prospectivos (PPS).

CMS también ha modificado la facturación para los servicios de quimioterapia. La administración de quimioterapia ya no será considerada como un servicio repetitivo. Sin embargo, es común que este servicio sea administrado en múltiples ocasiones en un mes. Donde existan administraciones múltiples de quimioterapia u otro de los servicios no repetitivos en un mes, estos pueden ser informados en la misma reclamación o pueden ser facturados por separado.



CLAIMS

UPDATE OF STANDARD ELECTRONIC TRANSACTION (CR 3566)

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) direct 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>

HOSPITAL BILLING FOR REPETITIVE SERVICES (CR 3633)

This article provides information related to hospital billing for repetitive services. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has decided to re-evaluate the policy of repetitive billing to reduce the burden on hospitals and maintain the ability to achieve accurate data for Ambulatory Patient Classification (APC) recalibration.

Effective January 1, 2005 will not allow claims with repetitive services to be billed on the same claim with non-repetitive services furnished on the same date of service, even if the repetitive and non-repetitive services are both paid under the OPPS.

CMS is also modifying billing for chemotherapy services. Chemotherapy administration is no longer a repetitive service. However it is common for it to be administered in multiple encounters in a month. Where there are multiple encounters for chemotherapy or other non-repetitive services in a month, they may all be reported on the same claim or may be billed separately.

Definición de Servicios Repetitivos en la Parte B

La siguiente información fue tomada del Manual para el Procesamiento de Facturas (*Publicación 100-04*), *Capítulo 1 (Requisitos Generales de Facturación)*, *Sección 50.2.2 (Frecuencia de Facturación al Intermediario por Servicios Ambulatorios)*: Los servicios repetitivos en la Parte B son definidos como servicios facturados con los siguientes (y solamente los siguientes) *revenue codes*:

Type of Service	v
<i>Radiation Therapy</i>	0333
<i>Respiratory Therapy</i>	0410 – 0419
<i>Physical Therapy</i>	0420 – 0429
<i>Occupational Therapy</i>	0430 – 0439
<i>Speech Pathology</i>	0440 – 0449
<i>Home Health Visits</i>	0550 – 0559
<i>Kidney Dialysis Treatments</i>	0820 – 0859
<i>Cardiac Rehabilitation Services</i>	0482, 0943
<i>Psychological Services</i>	0900, 0901, 0911 - 0919 (in a psychiatric facility)

Un artículo educativo relacionado con esta información está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3633.pdf>

ACTUALIZACIÓN A LA LISTA DE CÓDIGOS DE REMESA Y REASON CODES (CR 3636)

Incluimos la actualización más reciente de los códigos de remesa y *reason codes* según publicado en: <http://wpc-edi.com/codes>

Estas listas son actualizadas tres (3) veces al año. Todos los proveedores deben hacer referencia a estas listas para entender las determinaciones de pago en la remesa.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3636.pdf>

PRECIO DE VENTA PROMEDIO PARA DROGAS EN LA PARTE B EFECTIVO EL 1 DE ABRIL DE 2005 (CR 3667)

La sección 303 (c) de la ley de Modernización de Medicare (MMA, en inglés) revisa la metodología de pago de drogas cubiertas por la parte B que no son pagados a base de costo o pago prospectivo. Con motivo de la ley MMA de 2003, efectivo el 1 de enero de 2005, las drogas y biológicos no pagados a base de costo o pago prospectivo serán pagados bajo el nuevo sistema de pago de drogas *Average Sale Price (ASP)*.

Comenzando el 1 de enero de 2005, el límite de pago permitido para las drogas y biológicos en la Parte B que no son pagados a base de costo o pago prospectivo es 106 por ciento del ASP. CMS actualizará los límites de pago trimestralmente. Existen excepciones a esta regla general resumidas en la siguiente dirección: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/asp.asp>

Definition of Repetitive Part B Services

The following was taken from the *Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04)*, *Chapter 1 (General Billing Requirements)*, *Section 50.2.2 (Frequency of Billing for Outpatient Services to FIs)*: Repetitive Part B services are defined as services billed under the following (and only the following) revenue codes:

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3633.pdf>

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE UPDATES AND REASON CODES LIST (CR 3636)

We are including the most recent updated list to the remittance advice remark codes and reason code list as published in: <http://wpc-edi.com/codes>.

These lists are updated 3 times a year. All providers should refer to both lists in order to better understand the Medicare remittance advice.

A provider education article related to this instruction is available at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3636.pdf>

APRIL 2005 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE (CR 3667)

Section 303(c) of the Medicare Modernization Act of 2003, MMA revises the payment methodology for Part B covered drugs that are not paid on a cost or prospective payment basis. Per the MMA, beginning January 1, 2005, drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment basis will be paid based on the ASP drug payment system.

Beginning January 1, 2005, the payment allowance limits for Medicare Part B drugs and biologicals that are not paid on a cost or prospective payment basis are 106 percent of the ASP. CMS will update the payment allowance limits quarterly. There are exceptions to this general rule summarized at <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/asp.asp>

TARIFAS ACTUALIZADAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉSICOS, ORTÓTICOS Y SUPLIDOS PARA ABRIL DE 2005 (CR 3669)

Las tarifas de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos y suplidos son actualizados trimestralmente a fin de implantar las tarifas de nuevos códigos y revisar cualquier otra tarifa para los códigos existentes que fueron calculados por error. La información sobre el proceso de actualización de las tarifas de DMEPOS está disponible en la sección 60, capítulo 23 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones (Pub. 100-4). Efectivo para servicios provistos después del 1 de abril de 2005, fueron añadidos los siguientes códigos.

Code K0671 is being added to the HCPCS effective April 1, 2005. This code describes a portable oxygen concentrator system and is to be used when billing Medicare for the portable equipment add-on fee for patients using lightweight oxygen concentrators that can function as both the patient's stationary equipment and portable equipment.

Effective for claims with dates of service on or after April 1, 2005, code K0671 is to be used in conjunction with code E1390 (stationary oxygen concentrator) to describe combination stationary/portable oxygen concentrators for Medicare billing purposes. For claims with dates of service prior to April 1, 2005, codes E0431 (portable gaseous oxygen system) and E1390 are to be used to describe combination stationary/portable oxygen concentrators for Medicare billing purposes. Payment for code K0671 will be based on the current add-on fee schedule amounts for portable oxygen equipment.

Code K0670 is being added to the HCPCS effective April 1, 2005, and describes prosthesis.

Fee schedule amounts were calculated for code E0637 (combination sit to stand system), which was added to the HCPCS effective January 1, 2004; however, the DMERCs are not covering this code. Therefore, this code is being removed from the DMEPOS fee schedule as part of this quarterly update.

APRIL QUARTERLY UPDATE FOR 2005 DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS) FEE SCHEDULE (CR 3669)

The DMEPOS fee schedule are updated on a quarterly basis in order to implement fee schedule amounts for new codes and to revise any fee schedule amounts for existing code that were calculated in error. The update process for the DMEPOS fee schedule is located in section 60 of chapter 23 of the Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-04). Effective for items furnished on or after April 1, 2005, the following codes were added to the Healthcare.

INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA AL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA LAS FACILIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS (IPF PPS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (CR 3678)

La siguiente información aclara algunos aspectos relacionados con el sistema de pagos prospectivos para los servicios de hospitalizaciones psiquiátricas, ofrecido en facilidades psiquiátricas. Esta instrucción no reemplaza la información contenida en el CR 3541. Para tener una idea general de la política y los requisitos para la facturación en un sistema de pagos prospectivos para servicios de hospitalización en facilidades psiquiátricas hagan referencia al CR 3541. También pueden hacer referencia a la Regla Final del 15 de noviembre de 2004.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3678.pdf>

FURTHER INFORMATION RELATED TO INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPF PPS) (CR 3678)

The following information clarifies some aspects of IPF PPS. This information does not replace the information contained in Change Request (CR) 3541. Please see CR 3541 for an overview of the policy and billing requirements related to IPF PPS. Please also see the November 15, 2004 Final Rule.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3678.pdf>



ACLARACIÓN- CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE UNA FACILIDAD DE REHABILITACIÓN (CR 3704)

El Capítulo 3, de las secciones sección 140.1/4 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, ha sido revisado.

CMS generalmente determina que una facilidad es clasificada como un *Inpatient Rehabilitation Facility* en una base anual, al inicio del período de informes 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 una determinación es hecha por CMS para cambiar la clasificación de una facilidad, el estatus de clasificación del *IRF* permanece en efecto durante la duración de ese período de informe de costos. Un hospital o unidad es clasificada tomando solamente el comienzo del periodo de informe de costos de la facilidad.

1ERA ACTUALIZACIÓN AL MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE DEL 2005 (CR 3726)

La información sobre los cambios realizados a la primera actualización del *Medicare Physician Fee Schedule Database* están disponibles en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3726.pdf>

REVISIÓN AL PRECIO DE VENTA PROMEDIO TRIMESTRAL (CR 3728)

CMS ha determinado que para el primer trimestre 2005 ciertos límites de pago en las drogas de la parte B necesitan revisión. Los límites de pago aplican a las fechas de servicio después del 1 de enero de 2005, y antes del 31 de marzo de 2005. Los límites de pago revisados en esta notificación, reemplazan los límites de pago para los códigos publicados previos a esta instrucción. También, observe que el precio de venta promedio basado en el límite de pago para el primer trimestre 2005 de los códigos J7510, Q4054, y Q4055 ahora son provistos. El límite de pago revisado para el código 90740, una vacuna, está basado en el 95% del AWP. Los límites de pago revisados para los códigos del *blood clotting factor* incluyen las tarifas de \$0.14 por I.U. Los límites de pago en la Tabla 2 son para ciertas drogas nuevas.

CLARIFICATION- INPATIENT REHABILITATION FACILITY (IRF) CLASSIFICATION CRITERIA (CR 3704)

The Medicare Claims Processing Manual, Chapter 3, section 140.1/4 has been revised.

CMS generally determine that a facility is classified as an *Inpatient Rehabilitation Facility* 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.

1ST UPDATE TO THE 2005 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE (CR 3726)

Changes included in the revised 1st update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database are available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3726.pdf>

REVISIONS TO JANUARY 2005 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (CR 3728)

CMS has determined certain payment limits in the 1Q05 Medicare Part B Drug Pricing File need revision. The limits apply to dates of service on or after January 1, 2005, and on or before March 31, 2005. The revised payment limits in this notification supersede the payment limits for these codes in any publication published prior to CR 3728. Also, note that the ASP-based 1Q05 payment limit for J7510, Q4054, and Q4055 are now provided. The revised payment limit for 90740, a vaccine, is based on 95% of the average wholesale price (AWP). The revised payment limits for the blood clotting factor codes includes the \$0.14 per I.U. furnishing fee. The payment limits in Table 2 are for certain new drugs.

Table 1

HCPCS	Short Description	HCPCS Code Dosage	1Q05 Payment Limit	1Q05 Independent ESRD Limit	1Q05 Vaccine Limit
90740	Hepb vacc, ill pat 3 dose im	3 DOSE SCH	\$113.91	\$113.91	\$113.91
J7190*	Factor viii	I.U.	\$0.66	\$0.66	
J7191*	Factor viii (porcine)	I.U.	\$1.86	\$1.86	
J7192*	Factor viii recombinant	I.U.	\$1.06	\$1.06	
J7193*	Factor ix non-recombinant	I.U.	\$0.89	\$0.89	
J7194*	Factor ix complex	I.U.	\$0.63	\$0.63	
J7195*	Factor ix recombinant	I.U.	\$0.98	\$0.98	
J7197*	Antithrombin iii injection	I.U.	\$1.72	\$1.72	
J7198*	Anti-inhibitor	I.U.	\$1.23	\$1.23	
J7510	Prednisone oral per 5 mg	5 MG	\$0.05	\$0.05	
Q0187*	Factor viia recombinant	1.2 MG	\$1,051.45	\$1,051.45	
Q2022*	Von Willebrand Factr Cmplx per IU	I.U.	\$0.86	\$0.86	
Q4054	Darbepoetin alfa, ESRD use	1MCG	\$3.54	\$3.54	
Q4055	Epoetin alfa, ESRD use	1,000 units	\$9.32	\$9.76	

* El límite de pago permitido basado en el precio de venta promedio para los factores de coagulación de la sangre y las tarifas provistas para los factores de coagulación de la sangre no aplican a facturas *inpatient*.

* The ASP-based payment allowance limit for blood clotting factors and the furnishing fee for the blood clotting factors do not apply to inpatient claims.

Table 2

HCPCS	Drug Name	Dosage	1Q05 Payment Limit	1Q05 Independent ESRD Limit	1Q05 Vaccine Limit
J3490	<i>Pegaptamib sodium</i>	0.3 MG	\$1,054.70	\$1,054.70	
J9999	<i>Histrelin implant</i>	5 MG	\$530.00	\$530.00	
J9999	<i>Natalizumab</i>	5 MG	\$31.94	\$31.94	

Un artículo de proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3728.pdf>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3728.pdf>

ACLARACIÓN SOBRE LAS GUÍAS DEL MANUAL DE MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO (CR 3729)

Los hospitales y laboratorios independientes que han solicitado y retenido información de Medicare Pagador Secundario (MSP en inglés), pueden utilizar esa información para la facturación de servicios en laboratorios que no son de referencia. Sin embargo, en situaciones cuando hay un encuentro personal con el beneficiario, a los hospitales y laboratorios independientes se les requerirá solicitar información MSP cuando facturen por los servicios de laboratorio.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3729.pdf>

CLARIFICATION TO THE GUIDANCE OF MEDICARE SECONDARY PAYER MANUAL (CR 3729)

Hospitals and independent labs, which have already collected and retained MSP information for beneficiaries, may use that information for the billing of non-face-to-face reference lab services. However, in situations when there is a face-to-face encounter with the beneficiary, hospitals and independent labs will be required to collect MSP information from the beneficiary when billing for lab services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3729.pdf>

ESPECIFICACIONES DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DEL OCE VERSIÓN 6.1 DE ABRIL 2005 (CR 3743)

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

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3743.pdf>

APRIL 2005 OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM CODE EDITOR SPECIFICATIONS VERSION 6.1 (CR 3743)

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3743.pdf>

NUEVOS CÓDIGOS (HCPCS) PARA FACTURAR INMUNOGLOBULINA INYECTABLE (IVIG, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (CR 3745)

Efectivo el 1 de abril de 2005 ya no serán pagados por Medicare los códigos J1563 y J1564 para la inmunoglobulina inyectable. Los códigos J1563 y J1564 serán reemplazados con los códigos Q9941, Q9942, Q9943, Q9944. Estos nuevos códigos han sido añadidos para distinguir apropiadamente entre la forma *lyophilized* y la *non-lyophilized*.

NEW HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) FOR INTRAVENOUS IMMUNE GLOBULIN (IVIG) (CR 3745)

Effective April 1, 2005, codes J1563 and J1564 will no longer be paid by Medicare. Codes J1563 and J1564 will be replaced with HCPCS codes Q9941, Q9942, Q9943 and Q9944. These new codes have been added to distinguish between the lyophilized and non-lyophilized form of IVIG.

HCPCS Code	Short Descriptor	Long Descriptor
<i>Q9941</i>	<i>IVIG lyophil 1G</i>	<i>INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, LYOPHILIZED, 1G</i>
<i>Q9942</i>	<i>IVIG lyophil 10 MG</i>	<i>INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, LYOPHILIZED, 10 MG</i>
<i>Q9943</i>	<i>IVIG non-lyophil 1G</i>	<i>INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, NON-LYOPHILIZED, 1G</i>
<i>Q9944</i>	<i>IVIG non-lyophil 10 MG</i>	<i>INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, NON-LYOPHILIZED, 10 MG</i>

ESPECIFICACIONES DEL OCE VERSIÓN 20.2 DE ABRIL 2005 PARA HOSPITALES QUE NO ESTÁN EN OPPS (CR 3750)

El OCE ha sido actualizado con nuevos cambios en códigos. Este OCE es utilizado para procesar facturas de hospital que no se reembolsan en el sistema de pagos prospectivos.

Los cambios realizados a la versión 20.2 para procesar facturas que no se reembolsan en el sistema de pagos de OPPS puede ser obtenido en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3750.pdf>

APRIL UPDATE TO THE MEDICARE NON-OPPS OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) SPECIFICATIONS VERSION 20.2 (CR 3750)

The OCE has been updated with new additions, changes, and deletions to Healthcare Common Procedure Coding System/Current Procedural Terminology, Fourth Edition (HCPCS/CPT-4) codes. This OCE is used to process bills from hospitals not paid under the OPPS.

The changes made to version 20.2 of the non-OPPS OCE can be obtained at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3750.pdf>

SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE LAS FACILIDADES SIQUIÁTRICAS- MÁS ACLARACIONES (CR 3752)

La siguiente información no reemplaza las instrucciones contenidas en el CR 3541 o 3678, pero sí aclara preguntas recientemente recibidas por CMS de las Facilidades Siquiátricas e Intermediarios. Esta información también corrige algunos aspectos del CR 3678.

Información completa sobre esta instrucción está disponible en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R495CP.pdf

INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM- FURTHER CLARIFICATIONS (CR 3752)

The following information does not replace Change Request (CR) 3541 or 3678, but will clarify recent questions CMS has received from IPFs and the Medicare fiscal intermediaries (FIs) that service them. It also corrects some aspects of 3678.

Complete information about this instruction is available at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R495CP.pdf

ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA SERVICIOS AMBULATORIOS (OPPS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS): RESUMEN DE LOS CAMBIOS A LAS POLÍTICAS DE PAGO (CR 3756)

La actualización de OPPS para abril 2005 contiene los siguientes cambios:

1. Un nuevo <i>status indicador</i> M.
2. Nuevos Servicios bajo OPPS.
3. Medicamentos con pagos basados en el <i>Average Sales Price</i> (ASP).
4. Actualización de las tarifas de pago para algunos medicamentos y servicios.
5. Nuevos HCPCS para Inmunoglobulina inyectable (IVIG) por sus siglas en inglés.
6. Facturación y pago para Nesiritide, J2324
7. Facturación y pago para Venorelbine Tartrate y el genérico.
8. Nuevo HCPC para Natalizumab (inyectable)
9. Nuevo HCPC para Adenosine (Inyectable).
10. Pago para medicamentos recientemente aprobados por FDA.
11. Facturación del Venipuncture.
12. Facturación para los <i>Contrast Agents</i>.
13. Reactivación del modificador 27.
14. Actualización del Cost-to-charge ratio Threshold.
15. Cambios en la facturación de servicios de bservación.
16. Resumen de los cambios para abril 2005

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3756.pdf>

APRIL 2005 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS): SUMMARY OF PAYMENT POLICY CHANGES (CR 3756)

The April 2005 update to OPPS contains the following changes:

1. New Status Indicator “M”.
2. New services assign for payment under OPPS.
3. Clarification of Brachytherapy source descriptors.
4. Drugs with payments based in the Average Sales Price (ASP).
5. Update Payment Rate for certain drugs, biological, and services.
6. New HCPCS for Intravenous Immune Globulin (IVIG).
7. Billing and Payment for Nesiritide, J2324.
8. New HCPCS code for Injection, Natalizumab.
9. New HCPCS Code for Adenosine Injection.
10. Payment for Drugs and Biologicals Recently Approved by the FDA.
11. Billing for Venipuncture, Discontinued Code.
12. Billing for Contrast Agents.
13. Reactivation of OPPS Modifier 27.
14. Update to Cost-to-Charge ratio (CCR) Threshold.
15. Changes in Billing for Observation Services (APC 0339).
16. Summary of April 2005 Data Changes.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3756.pdf>

ACTUALIZACIÓN DEL PRICER PARA HOSPITALES IPPS PARA EL AÑO FISCAL 2005 (CR 3784)

Esta instrucción anuncia los cambios al *Pricer* para los hospitales IPPS para el año fiscal 2005. El cambio está basado en las correcciones realizadas al *Federal Register* del 30 de diciembre de 2004.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3784.pdf>

CUBIERTA

FACTURACIÓN DE DEFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES PARA BENEFICIARIOS EN UN MEDICARE ADVANTAGE Y EL USO DEL MODIFICADOR QR (CR 3604)

Medicare expande la cubierta de los defibriladores implantables para indicaciones adicionales efectiva para reclamaciones con fechas de servicio después del 27 de enero de 2005.

Una vez que la cubierta sea efectiva, el pago por los defibriladores implantables cubiertos para las nuevas indicaciones debe ser realizado a base de las tarifas de pago por servicio (*fee for service*) cuando el beneficiario está acogido a un *Plan Medicare Advantage (MA)*. Los beneficiarios acogidos a un plan MA son responsables de pagar los coaseguros aplicables, pero no son responsables de pagar los deducibles de la parte A o de la parte B. El pago por las indicaciones cubiertas para los defibriladores implantables, previos a esta instrucción, son parte del *capitation* del plan MA y no se realizará un pago por servicio por reclamaciones con fechas de servicio después del 1 de enero de 2005, cuando el beneficiario está acogido a un MA plan.

El proveedor facturará al Intermediario por estos servicios utilizando el modificador KZ y el *condition code 78*.

También, se ha creado un modificador QR para los pacientes que reciben un defibrilador como prevención primaria de un fallo cardíaco repentino. Aunque la expansión para las indicaciones de cubierta es efectiva desde el 27 de enero de 2005, el QR debe ser añadido solamente a las reclamaciones sometidas después del 4 de abril de 2005.

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

UPDATE TO FY 2005 PRICER FOR IPPS HOSPITALS (CR 3784)

This transmittal seeks to announce changes to the 2005 IPPS Pricer based on corrections to the *Federal Register* published on December 30, 2004.

A provider article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3784.pdf>

COVERAGE

BILLING FOR IMPLANTABLE AUTOMATIC DEFIBRILLATORS FOR BENEFICIARIES IN A MEDICARE ADVANTAGE (MA) PLAN AND USE OF THE QR MODIFIER (CR 3604)

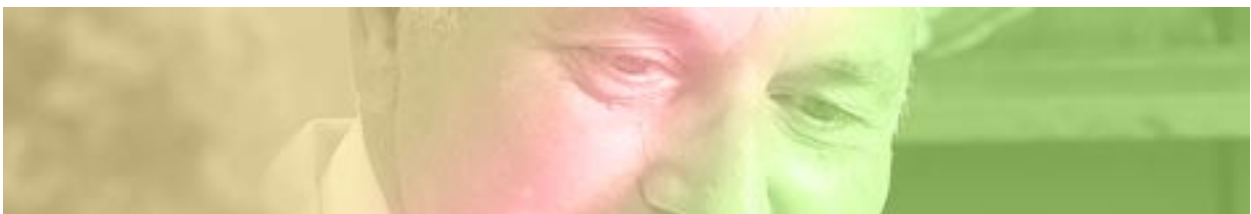
Medicare is expanding coverage for implantable defibrillators for additional indications for claims with dates of service on or after January 27, 2005.

Once coverage is effective, payment for defibrillators covered for the new indications is to be made on a fee-for-service (FFS) basis when the beneficiary is under an MA plan. Medicare Advantage plan beneficiaries are responsible for paying applicable coinsurance, but are not responsible for paying the Part A or Part B deductibles. Payment for previous, covered indications for defibrillators will be part of the MA capitated rates and not to be paid FFS for claims with dates of service on or after January 1, 2005.

Provider will bill Fiscal Intermediaries (FIs) for these services using the KZ modifier and condition code 78.

Also, a QR modifier has been created for patients receiving a defibrillator as primary prevention of sudden cardiac arrest. Although coverage for the expanded indications is effective January 27, 2005, the QR should only be appended to claims submitted on or after April 4, 2005.

A provider education article related to this instruction will be available at: www.cms.hhs.gov/medlearn/matters.



EXAMEN FÍSICO PREVENTIVO INICIAL (CR 3638)

La sección 611 de la ley de Modernización de Medicare (MMA) provee para la cubierta bajo la Parte B de un examen físico preventivo inicial (IPPE en inglés), que incluye un electrocardiograma de cernimiento (EKG) para nuevos beneficiarios de Medicare, efectivo para los servicios provistos después del 1 de enero de 2005, conforme a ciertos criterios de elegibilidad y a otras limitaciones.

Este examen incluirá medidas para la altura, peso, presión arterial y un EKG de cernimiento con la meta de promoción de la salud y detección de enfermedades. Esto incluye educación, consejería, y referidos con respecto a cernimientos y servicios preventivos cubiertos actualmente y pagados en la Parte B Medicare.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción ésta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3638.p>

PRUEBAS DE CERNIMIENTO PARA DIABETES (CR 3677)

La cubierta extendida de Medicare para ciertas pruebas de cernimiento de diabetes son asignadas por orden de la sección 613 del Acta de Modernización de 2003. Esta sección provee las guías y aclaración de las nuevas reglas para las pruebas de cernimiento de diabetes efectivo para servicios realizados después del 1 de enero de 2005.

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

INITIAL PREVENTIVE PHYSICAL EXAMINATION (IPPE) (CR 3638)

Section 611 of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA) provides for coverage under Part B of an initial preventative physical examination (IPPE), including a screening electrocardiogram (EKG), for new Medicare beneficiaries, effective for services furnished on or after January 1, 2005, subject to certain eligibility and other limitations.

This examination will include measurement of height, weight, and blood pressure and a screening EKG with the goal of health promotion and disease detection and includes education, counseling, and referral with respect to screening and preventive services currently covered and paid under Medicare Part B.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3638.p>

DIABETES SCREENING TESTS (CR 3677)

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 section provides guidance and clarification of the new rules for diabetes screening tests effective for services performed on or after January 1, 2005.

A provider education article related to this instruction will be available at: www.cms.hhs.gov/medlearn/matters



BOMBAS DE INFUSIÓN (CR 3705)

Efectivo el 1 de enero de 2002 CMS revisó los valores de laboratorio para los niveles de C-Peptide. Esta revisión aumentó el valor de la prueba para determinar la cubierta de la bomba de infusión de insulina para todos los pacientes diabéticos.

Esta nueva instrucción añade la prueba del beta cell autoantibody como una alternativa diagnóstica al requisito de la prueba C-peptide para el uso de las bombas de infusión de insulina. Esta instrucción es efectiva para los servicios ofrecidos después del 17 de diciembre de 2004.

En adición, efectivo para servicios después del 17 de diciembre de 2004, serán aceptados los códigos de CPT 84681 (C-peptide) y 86337 (insulin antibodies) cuando estos sean reportados con los códigos de diagnósticos 250.00 - 250.93.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3705.pdf

INFUSION PUMPS (CR 3705)

Effective January 1, 2002 CMS revised the laboratory value for the C-peptide level. This revision expands the value of the laboratory test to be considered in determining coverage of the insulin infusion pump for all diabetic patients.

This new instruction adds beta cell autoantibody testing as an alternative diagnostic per the updated C-peptide testing requirement for the use of insulin infusion pumps, effective for services performed on or after December 17, 2004.

Additionally, Medicare will accept effective for services on or after December 17, 2004, CPT code 84681 (C-peptide) or CPT code 86337 (insulin antibodies) when diagnosis codes 250.00-259.93 are also reported on a claim.

A provider education article related to this instruction is available at: www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3705.pdf

NUEVA CODIFICACIÓN PARA PET SCANS Y REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA LAS INDICACIONES ESPECÍFICAS DEL CÁNCER CERVICAL (CR 3741)

Esta instrucción extiende la cubierta de *FDG-PET Scans* para incluir ciertas indicaciones específicas del cáncer cervical, sustituir códigos específicos “G” con códigos CPT, y activar códigos CPT para el *PET Scans*.

Además, un nuevo código HCPCS (G0235) ha sido añadido para la no-cubierta de las indicaciones del PET Scans no especificadas.

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

REQUISITOS ACTUALIZADOS PARA EL AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANTATION (CR 3797)

Esta instrucción es efectiva para los servicios provistos después del 15 de marzo de 2005, cuando los factores de riesgos clínicos reconocidos son empleados para seleccionar pacientes de trasplante; una alta dosis de Melfalan junto con un trasplante de células madre son razonables y necesarios para beneficiarios de Medicare de cualquier categoría de edad con amiloidosis AL primaria con los siguientes criterios:

- Deposición de amiloide en 2 órganos o menos; y,
- Fracción de eyección del ventrículo cardiaco izquierdo (EF) mayor de 45%.

SNF

CAMBIOS A LAS CORRECCIONES DEL ARCHIVO DE TRABAJO COMÚN PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA POR EL TRANSPORTE DE AMBULANCIA (CR 3676)

La siguiente información provee una corrección a la instrucción publicada en el CR 3427. Incorrectamente esta instrucción requería el rechazo de las facturas que contenían el código 054x, en adición de un modificador “ND” de origen/destino o “DN,” cuando el beneficiario es residente en un Centro de Enfermería Especializada con cubierta de la Parte A. El CR 3676 revisó esta instrucción para requerir el rechazo solamente, de la línea de cargos que contengan esos códigos y modificadores.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3676.pdf>

NEW CODING FOR FDG PET SCANS AND BILLING REQUIREMENTS FOR SPECIFIC INDICATIONS OF CERVICAL CANCER (CR 3741)

This instruction expands coverage of FDG-PET to include certain indications of cervical cancer, replaces specific “G” codes with Current Procedural Terminology (CPT) codes, and activates CPT codes for PET/CT scans.

Additionally, a new HCPCS code (G0235) has been added for non-coverage of PET scan indications not otherwise specified.

A provider education article related to this instruction will be available soon at www.cms.hhs.gov/medlearn/matters.

UPDATED REQUIREMENTS FOR AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANTATION (CR 3797)

This instruction is effective for services on or after March 15, 2005, when recognized clinical risk factors are employed to select patients for transplantation; HDM together with AuSCT is reasonable and necessary for Medicare beneficiaries of any age group with primary AL amyloidosis who meet the following criteria:

- Amyloid deposition in 2 or fewer organs; and,
- Cardiac left ventricular ejection fraction (EF) greater than 45%.

SNF

CHANGE TO THE COMMON WORKING FILE (CWF) SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) EDITS FOR AMBULANCE TRANSPORTS (CR 3676)

The following information provides a correction to the instruction published in the CR 3427. This instruction incorrectly required the rejection of claims containing revenue code 054x, in addition to an origin/destination modifier of “ND” or “DN,” when the beneficiary is in a covered Part A SNF stay. CR 3676 revised this instruction to require the rejection of only line items that contain these codes and modifiers.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3676.pdf>

ESRD**TERMINACIÓN DE LA CUBIERTA DE MEDICARE PARA BENEFICIARIOS CON FALLO RENAL PERMANENTE (CR 2923)**

Los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS en inglés) han identificado a los beneficiarios cuya cubierta de Medicare para las estipulaciones de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD en inglés) debían haber terminado antes de diciembre 1999, pero no fue así.

Según la sección 226A (b) (2) de la ley del Seguro Social, los beneficios de Medicare basados en ESRD deberán terminar 36 meses después del mes en que el individuo recibe un trasplante del riñón o 12 meses después del mes en el cual un individuo que no ha recibido un trasplante de riñón ya no requiere más un plan regular de diálisis.

CMS ha terminado la cubierta retroactivamente para cerca de 8.000 individuos con servicios de la Parte A, pero no le exigirá a los beneficiarios ni a los proveedores responsabilidad financiera por los artículos y servicios recibidos antes del aviso formal de la terminación de cubierta. Además, el Intermediario no recobrará ningún pago que Medicare hiciera previamente por artículos y servicios cubiertos por la Parte A.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM2923.pdf>

NUEVA VENTANA DE EXCEPCIONES AL CARGO COMPUESTO DE LAS FACILIDADES PEDIÁTRICAS ESRD (CR 3720)

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) están utilizando un número limitado de características que explican la variación de los costos informados por los servicios en el cargo compuesto consistente con el requisito legislativo.

Las tarifas actuales de pago serán ajustadas por las características individuales de cada paciente y neutralidad del presupuesto (budget neutrality) para servicios provistos después del 1 de abril de 2005.

Un artículo de proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3720.pdf>

ESRD**MEDICARE TERMINATION OF BENEFICIARIES WITH END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) (CR 2923)**

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) have identified beneficiaries whose Medicare coverage under the end stage renal disease (ESRD) provisions should have ended prior to December 1999, but did not.

Under section 226A (b)(2) of the Social Security Act (the Act), Medicare benefits based on ESRD shall end 36 months after the month the individual receives a kidney transplant or 12 months after the month in which the individual who has not received a kidney transplant and no longer requires a regular course of dialysis.

CMS has terminated Medicare coverage retroactively for approximately 8,000 individuals for Medicare Part A services, but will not hold the beneficiaries nor the providers financially liable for items and services received prior to the formal notice of Medicare termination to the extent that a another third party payer has not voluntarily made or does not voluntarily make a primary payment for any items and services. Intermediary will not seek to recover any payments that Medicare previously made for covered Part A items and services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM2923.pdf>

NEW COMPOSITE RATE EXCEPTIONS WINDOW FOR PEDIATRIC ESRD FACILITIES (CR 3720)

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is using a limited number of characteristics that explain variation in reported costs for composite rate services consistent with the legislative requirement.

The current composite payment rates will be adjusted for individual patient characteristics and budget neutrality for services furnished on or after April 1, 2005.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3720.pdf>



ARTÍCULOS ESPECIALES/SPECIAL ARTICLES



EDS Benefit Integrity Support Center

Project Background

On January 25, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) awarded a new contract to EDS and its subcontractors to assume the Program Safeguard Contract (PSC) to address Medicare fraud, waste, and abuse for specific programs in Puerto Rico, the U.S. Virgin Islands, and the State of Florida. Effectively, this means that as of March 1, 2005, the PSC work performed by TriCenturion in these areas will be performed by EDS.

The Puerto Rico and U.S. Virgin Island Medicare Part A and Part B work will be managed from EDS' existing PSC servicing New York and New Jersey, the Eastern Benefit Integrity Support Center (EA-BISC). This realignment was made because it more closely mirrors CMS' New York Regional Office jurisdiction which includes New York, New Jersey, Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands. For Florida, EDS has established a separate and distinct PSC, the Florida Benefit Integrity Support Center (FLA-BISC).

The EA-BISC does not replace the Medicare program administration work that is performed by Cooperativa (COSVI) or Triple S, Inc. the current Fiscal Intermediary (Part A) and Carrier (Part B) for Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands. For Florida, First Coast Service Options is the Carrier and Fiscal Intermediary. These Affiliated Contractors (AC) will continue their current responsibilities including processing and paying claims, performing customer service, reviewing the medical necessity of claims unrelated to suspected fraud and abuse, and auditing facilities for Medicare expenses and reimbursement.

Project Purpose

The EA-BISC and FLA-BISC create a focused resource to detect and deter fraud in the Medicare Part A and Part B programs. In this capacity, they will perform extensive and unique data analysis to identify aberrant Medicare activities in their respective jurisdictions. They will also develop cases for referral to law enforcement and provide ongoing support of those cases as needed; process complaints alleging Medicare fraud; coordinate benefit integrity activities in the region; and disseminate relevant benefits integrity information to the related ACs, providers, and beneficiaries.

Expected Outcomes

- Identification of situations of potential fraud, waste and abuse in the Medicare program for case development and referral to law enforcement.
- Timely and accurate resolution of complaints alleging fraud.
- Identify Medicare program weaknesses, vulnerabilities, and make recommendations for corrective actions, including overpayment recovery and provider education.

Questions regarding the EA - BISC may be directed to:

Maurene Mealy, Benefit Integrity Manager
EDS EA-BISC
225 Grandview Avenue
Mailstop F-10
Camp Hill, PA 17011
Ph.: (717) 975-4445
Fax: (717) 975-4424
E-mail: maurene.mealy@eds.com

Herramientas para el proveedor

IVR (Interactive Voice Response)

Página Interactiva: www.cosvi.com/medicare

Medlearn Matters:

www.cms.hhs.gov/medlearn/matters

Lista de correo electrónico:

www.cosvi.com/medicare/suscripcion.htm

Provider Tools

IVR (Interactive Voice Response)

Web page: www.cosvi.com/medicare

Medlearn Matters:

www.cms.hhs.gov/medlearn/matters

Listserv:

www.cosvi.com/medicare/english/suscripcion.htm

NOTI MEDICARE



NOTI MEDICARE

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

CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

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

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

COSVI COOPERATIVA DE SEGUROS
DE VIDA DE PUERTO RICO