

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

Junio 2005 año 11 núm. 5

TABLA DE CONTENIDO

Reclamaciones

• Unidades fuera de los parámetros	3	• Actualización trimestral de julio 2005 de los códigos utilizados para la facturación consolidada de las facilidades de enfermería especializada	12
• Cambio en el tipo de factura de hospital para la facturación de mamografías	3	• Problemas con el procesamiento de facturas por servicios ambulatorios	13
• Códigos de diagnósticos para mamografías de cernimiento	3		
• Actualización al listado de códigos de terapia	4		
• Instrucciones para completar la forma cms-1450	4		
• Uso del tipo de factura 12x para la facturación de vacunas	4		
• Nuevo código de bajo riesgo para la prueba de papanicolaoy examen pélvico	5		
• Revisión al manual de política del programa medicare	5		
• Facturación de sangre y productos de sangre en el sistema de pagos prospectivos	5		
• Combinación de grupos y los códigos de razón	6		
• Proceso de notificación del reporte detallado de error	6		
• Corrección del código a4217	6		
• Actualización de los códigos de estatus y categorías	7		
• Nuevos códigos hcpcs para los agentes de contraste	7		
• Factores de coagulación en la sangre	8		
• Precio de venta promedio para drogas en la parte B efectivo el 1 de julio de 2005	8		
• Actualización a los códigos del comité nacional para la facturación uniforme	8		
• Nuevo código cpt 66711 para pagos de los centros de cirugía ambulatoria	9		
• Nuevos códigos hcpcs para agentes de contraste	9		
• Nuevas instrucciones en el manual de codificación y pago de la administración de medicamentos en el sistema de pagos prospectivos	10		
• Especificaciones del oce version 20.3 de julio 2005 para hospitales que no están opps	10		
• Especificaciones del outpatient code editor (OCE) version 6.2 para el sistema de pagos prospectivos	12		

Cubierta

- Abarelix para el tratamiento de cáncer en la próstata
- Angioplastia transluminal percutánea
- Consejería para dejar el uso del tabaco y el cigarrillo

Revisión médica

- Cambios al proceso de apelación de medicare
- Cambios a las determinaciones nacionales de cubierta de
laboratorios para julio 2005
- Terapia con dispositivo de presión positiva continua en vía
aérea para el síndrome de apnea obstructiva del sueño
- **Instrucción preliminar: determinación expedida y revisión
al medicare original**

NUEVO

Sistema

- Modificación del sistema fiss
- Proceso de acceso a las transacciones 270/271

Artículos especiales

- Identificador nacional para proveedores de salud
- Plan de transición del identificador nacional del proveedor

NOTI MEDICARE

June 2005 year 11 no. 5

TABLE OF CONTENTS

Claims

- Units of service edits 3
- Change in hospital type of bill for billing mammographies 3
- Diagnosis codes for screening mammography claims 3
- Update to therapy code lists 4
- Instructions for completion of form cms-1450 4
- Use of 12x type of bill (tob) for billing vaccines 4
- New low risk diagnostic code for pap smear and pelvic examination 5
- Revisions to the medicare benefit policy manual 5
- Billing for blood and blood products under the hospital outpatient prospective payment system 5
- Combination of group and reason codes 6
- Detailed error report notification process 6
- Correction to hcpcs code a4217 6
- Claims status code/claims status category code update 7
- New contrast agents healthcare common procedure coding system (hcpcs) codes 7
- Hemophilia blood clothing factors 8
- July 2005 quarterly average sales price (asp) medicare part B drug pricing file 8
- Update to current national uniform billing committee (Nubc) codes 8
- Payments to ambulatory surgery centers (ascs) for new cpt code 66711 9
- New hcpcs for contrast agents 9
- Manual instructions for coding and payment for drug administration under the hospital outpatient prospective payment system 10
- July update to the medicare non- opps outpatient code editor (OCE) specifications version 20.3 10

- July 2005 outpatient prospective payment system outpatient code editor (OCE) specifications version 6.2 12
- July quarterly update to 2005 annual update of hcpcs codes used for skilled nursing facility (SNF) consolidated billing (CB) enforcement 12
- Hospital outpatient claims processing problem 13

Coverage

- Abarelix for the treatment of prostate cancer 14
- Percutaneous transluminal angioplasty 14
- Smoking and tobacco use cessation counseling 14

Medical review

- Revisions to medicare appeals process 15
- Changes to the laboratory national coverage determination (ncd) edit software for july 2005 15
- Continuous positive airway pressure (cpap) therapy for obstructive sleep apnea 16
- Preliminary instructions: expedited determinations/ reviews for original medicare 16



System

- Modification to the fiscal intermediary standard system 18
- Access process for hipaa 270/271 18

Special articles

- National provider identifier (npi) 19
- Plans for transitioning to the national provider identifier 19

RECLAMACIONES**UNIDADES FUERA DE LOS PARÁMETROS -
(CR 2987)**

Efectivo el **1 de julio de 2005** un nuevo editaje conocido como MUE (Medically Unbelievable Edits) identificará las reclamaciones que reportan unidades de servicio en exceso. El sistema denegará automáticamente todas las unidades de servicios facturadas fuera de los parámetros. No será requerida la intervención del Intermediario para realizar revisiones manuales o suspender reclamaciones. Los editajes para las unidades fuera de los parámetros sólo aplican a los servicios especificados en la Tabla de Editajes preparada por CMS la cual será publicada próximamente.

**CAMBIO EN EL TIPO DE FACTURA DE HOSPITAL PARA LA
FACTURACIÓN DE MAMOGRAFÍAS - (CR 3469)**

Esta instrucción menciona el cambio del tipo de factura (TOB, por sus siglas en inglés) 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>

**CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS PARA MAMOGRAFÍAS DE
CERNIMIENTO - (CR 3562)**

Este artículo modifica las instrucciones que permiten informar cualquiera de los códigos de diagnósticos V76.11 o V76.12. Efectivo el **1 de enero de 1998**, los proveedores solo podían informar el código de diagnóstico V76.12 para las mamografías de cernimiento. Efectivo el **1 de julio de 2005**, CMS permitirá informar cualquiera de los dos códigos de diagnósticos, según sea apropiado.

Uno de los siguientes códigos de diagnósticos puede ser utilizado para informar las reclamaciones por mamografías de cernimiento:

V76.11 – “Special screening for malignant neoplasm, screening mammogram for high-risk patients” or;
V76.12 – “Special screening for malignant neoplasm, other screening mammography”

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3562.pdf>

CLAIMS**UNITS OF SERVICE EDITS - (CR 2987)**

Effective **July 1, 2005** a new edit referred as MUE's will be established to identify units of service in excess. The edits auto-deny all units of service billed in excess the criteria number of units of service. The edits do not require that Medicare contractors perform manual review or suspend claims. The MUEs only apply to the services specifically listed in the table of edits that will be produce by CMS.

**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>

**DIAGNOSIS CODES FOR SCREENING MAMMOGRAPHY CLAIMS
- (CR 3562)**

This article modifies instructions to allow reporting of either Diagnosis code V76.11 or V76.12. Effective as of January 1, 1998, providers only reported diagnosis code V76.12 on screening mammography claims. CMS will now allow reporting of either V76.11 or V76.12 as appropriate.

One of the following diagnosis codes should be reported on screening mammography claims:

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3562.pdf>

ACTUALIZACIÓN AL LISTADO DE CÓDIGOS DE TERAPIA (CR 3647)

Esta instrucción provee detalles sobre el *Change Request* 3647, el cual actualiza el listado de códigos que describen los servicios de terapia incluyendo terapia física, terapia ocupacional y patología del habla. También aclara el término para los códigos de “*always therapy*”. El término “terapia” utilizado en esta instrucción se refiere solamente a terapia física, terapia ocupacional y patología del habla. El término “terapistas” se refiere a terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla y, en algunos casos, a médicos, especialistas en enfermería clínica, *nurse practitioners* y médicos asistentes quienes pueden proveer servicios de terapia.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3647.pdf>

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA FORMA CMS-1450 - (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, por sus siglas en inglés) 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, por sus siglas en inglés) 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>

USO DEL TIPO DE FACTURA 12X (TOB, POR SUS SIGLAS EN INGLES) PARA LA FACTURACIÓN DE VACUNAS - (CR 3618)

Actualmente, cuando las vacunas son provistas a pacientes hospitalizados, las reclamaciones de hospital con un tipo de factura 13x utilizan la fecha de alta de la estadía en el hospital. Efectivo el 1 de julio de 2005, este requisito será cambiado para solicitar a los hospitales que utilicen el tipo de factura 12x para la facturación de vacunas y su administración cuando es provista a pacientes hospitalizados. Además, esta instrucción permite que los códigos G0008, G0009, y G0010 sean informados con el revenue code 771 en un tipo de factura 12x.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3618.pdf>

UPDATE TO THERAPY CODE LISTS - (CR 3647)

This instruction provides details from Change Request (CR) 3647 which updates the list of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes describing therapy services including physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology. It also clarifies the term “always therapy” codes. The term “therapy” as used in this instruction refers only to physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology. The term “therapists” refers to physical therapists, occupational therapists, speech-language pathologists, and, in some cases, to physicians, clinical nurse specialists, nurse practitioners, and physician assistants who may provide therapy services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3647.pdf>

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF FORM CMS-1450 - (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>

USE OF 12X TYPE OF BILL (TOB) FOR BILLING VACCINES - (CR 3618)

Currently, when vaccines are provided to hospital inpatients, the hospital bills on a 13x TOB using the discharge date of the hospital stays. This requirement is being changed to require hospitals to use 12x TOB for the billing of vaccines and their administration when provided to hospital inpatients, effective **July 1, 2005**. In addition, this instruction allows Healthcare Common Procedure Coding System G0008, G0009, and G0010 to be reported with revenue code 771 on a 12x TOB.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3618.pdf>





NUEVO CÓDIGO DE BAJO RIESGO PARA LA PRUEBA DE PAPANICOLAO Y EXAMEN PÉLVICO - (CR 3659)

El nuevo código de diagnóstico **V72.31** será añadido a los editajes del archivo de trabajo común (CWF, por sus siglas en inglés) para las beneficiarias de bajo riesgo. Este código de diagnóstico debe ser informado solamente cuando el proveedor realiza un examen ginecológico completo.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3659.pdf>

NEW LOW RISK DIAGNOSTIC CODE FOR PAP SMEAR AND PELVIC EXAMINATION (V72.31) - (CR 3659)

The new diagnosis code V72.31 has been added to the edits in CWF for low risk beneficiaries. This diagnosis code should only be annotated on the claim when the provider performs a full gynecological examination.

A Medlearn Matters provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3659.pdf>

REVISIÓN AL MANUAL DE POLÍTICA DEL PROGRAMA MEDICARE - (CR 3648)

Esta instrucción es una revisión al capítulo 15, secciones 220 y 230 del Manual de Políticas de Beneficios del Programa Medicare. Esta revisión aclara las políticas actuales concernientes a las órdenes, visitas, planes de cuidado, certificaciones, y práctica privada. También incluye el requisito mandatorio donde terapias provistas como un servicio de médico deben ser proporcionadas en una reunión individual con los mismos requisitos que los terapeutas, excepto la licenciatura.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3648.pdf>

REVISIONS TO THE MEDICARE BENEFIT POLICY MANUAL - (CR 3648)

This instruction is a revision to the chapter 15, sections 220 and 230 of Medicare Benefit Policy Manual. It clarifies current policies concerning orders, visits, plans of care, certifications, and private practice. It also manualizes the statutory requirement that therapy provided incident to a physician's service must be provided by an individual meeting the same requirements as therapists, except licensure.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3648.pdf>

FACTURACIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS DE SANGRE EN EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS (OPPS) - (CR 3681)

La siguiente instrucción añade la sección 231 al capítulo 4 del Manual para el Procesamiento de Facturas para las disposiciones sobre la facturación de sangre y sus productos. Los proveedores que están en un sistema de pagos prospectivos deben informar los cargos de sangre y productos de sangre según la política detallada en la sección 231, capítulo 4 del Manual para el Procesamiento de Facturas. En adición, se incluyen las instrucciones de cuando se utilizará el modificador BL cuando sometan facturas por servicios de sangre y sus productos.

Esto es efectivo para servicios provistos después del **1 de julio de 2005**.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3681.pdf>

BILLING FOR BLOOD AND BLOOD PRODUCTS UNDER THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (CR 3681)

The following instruction adds Section 231 to Chapter 4 of the Medicare Claims Processing Manual to address Medicare billing and blood products under the hospital outpatient prospective payment system (OPPS). Providers paid under the OPPS should report charges for blood and blood products in accordance with policies that are addressed in detail in the Medicare Claim Processing Manual, Chapter 4, and Section 231. Also the instruction informs when to use new modifier BL when submitting claims for blood and blood products.

This instruction is effective for services furnished on or after **July 1, 2005**.

Complete information about this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3681.pdf>

COMBINACIÓN DE GRUPOS Y LOS CÓDIGOS DE RAZÓN - (CR 3685)

Efectivo el **1 de julio de 2005**, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) requerirán al Intermediario informar un código de grupo específico en combinación con los códigos de razón específicos en la remesa electrónica (ERA, por sus siglas en inglés) y en transacciones de remesa en papel (SPR, por sus siglas en inglés). Además, CMS ha incluido requisitos adicionales para el Intermediario relacionados con el cálculo correcto para los elementos de datos del segmento TS2 y TS3 en transacciones de remesa.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3685.pdf>

PROCESO DE NOTIFICACIÓN DEL REPORTE DETALLADO DE ERROR - (CR 3709)

Esta instrucción dirige a los contratistas hacia la creación de una comunicación automatizada en el sistema, la cual debe notificar a los médicos, suplidores y proveedores cuando por error no se hizo el *crossover* de una factura al otro plan.

Esta instrucción es efectiva el **1 de julio de 2005**.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3709.pdf>

CORRECCIÓN DEL CÓDIGO A4217 - (CR 3714)

Esta información revisa una instrucción anterior publicada en el *Change Request 3300* el cual requiere el uso del modificador AU con el código A4217. Las instrucciones del CR 3300, indicaban que el modificador AU debía estar siempre presente en reclamaciones que informen el código A4217.

Sin embargo, ha sido llevado a la atención de CMS que el código A4217 (sin la presencia del modificador AU) puede ser utilizado conjuntamente con equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés).

Por lo tanto, esta solicitud de cambio remueve la instrucción que requiere el modificador AU siempre que esté presente el código A4217.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3714.pdf>

COMBINATION OF GROUP AND REASON CODES - (CR 3685)

Effective **July 1, 2005**, the Center for Medicare & Medicaid Services (CMS) will require FIs to report a specific group code in combination with specific reason codes in electronic remittance advice (ERA) and in standard paper remittance advice (SPR) transactions. In addition, CMS has put forth additional requirements for the FI regarding correct calculation for TS2 and TS3 Segment Data Elements in remittance advice transactions.

A provider article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3685.pdf>

DETAILED ERROR REPORT NOTIFICATION PROCESS - (CR 3709)

This instruction includes information which directs Medicare Contractors to issue special automated correspondence from their internal systems to physicians, providers, and suppliers informing them that claims that were expected to be crossed over to supplemental payers/insurers were not crossed.

This instruction is effective on **July 1, 2005**.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3709.pdf>

CORRECTION TO HCPCS CODE A4217 - (CR 3714)

This information revises a prior instruction published in Change Request 3300 that required the use of modifier AU with HCPCS code A4217. Change Request 3300, instructed that modifier AU must be present on claims containing HCPCS code A4217.

However, it has come to the attention of CMS that HCPCS code A4217 (without the presence of modifier AU) can be used in conjunction with Durable Medical Equipment (DME).

Consequently, this Change Request removes the instruction requiring modifier AU to always be present with HCPCS code A4217.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3714.pdf>



ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE ESTATUS Y CATEGORÍAS - (CR 3715)

Esto es un recordatorio relacionado con el periodo de actualización de ciertos códigos usados como resultado del Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

De acuerdo con la Ley HIPAA del 1996, los planes de salud deben dirigir sus guías de transacciones electrónicas según mencionado en la regulación para el uso del formato ASC X12N 276/277 4010A1.

El conjunto de códigos a utilizar para el formato 276/277 puede ser obtenido en: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>.

Efectivo el **1 de julio de 2005**, el sistema para procesamiento de reclamaciones actualizará su listado de códigos de estatus y categorías con todos los cambios de códigos aplicables como *new as of 10/04* y antes de las fecha de designación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción puede ser obtenido en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3715.pdf>

NUEVOS CÓDIGOS HCPCS PARA LOS AGENTES DE CONTRASTE - (CR 3748)

Esta notificación contiene información sobre los nuevos códigos HCPCS para los agentes de contraste que serán efectivos desde el **1 de abril de 2005** y serán añadidos al Sistema de Codificación para Procedimientos (HCPCS).

Note que el departamento de servicios ambulatorios del hospital continuará facturando los códigos A (A4644- A4646, A4643, y A4647), y no informará los códigos Q9945-Q9957.

CLAIMS STATUS CODE/CLAIMS STATUS CATEGORY CODE UPDATE - (CR 3715)

This is a reminder item regarding the periodic update of certain code sets used as a result of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Per the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996, health plans must be able to conduct the standard electronic transactions mentioned in the regulation. The named HIPAA transaction for claims status is the ASC X12N 276/277 4010A1 Health Care Claims Status Request and Response.

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

Effective **July 1, 2005**, the Medicare Claims processing system will update its lists of Health Care Claims Status Codes and Health Care Claims Status Category Codes with all applicable code changes posted online with the “new as of 10/04” and prior date designations.

A provider article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3715.pdf>

NEW CONTRAST AGENTS HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODES - (CR 3748)

This notification contains information on new HCPCS codes for contrast agents which will be effective **April 1, 2005** and will be added to the Healthcare Common Procedure Coding System.

Note that hospital outpatient departments shall continue to bill the A codes (A4644- A4646, A4643, and A4647), and shall not report Q9945-Q9957.

HCPCS code	Short Descriptor	Long Descriptor
Q9945	LOCM <=149 mg/ml iodine, 1ml	Low osmolar contrast material, up to 149 mg/ml iodine concentration, per ml
Q9946	LOCM 150- 199mg/ml iodine, 1ml	Low osmolar contrast material, 150 - 199 mg/ml iodine concentration, per ml
Q9947	LOCM 200- 249mg/ml iodine, 1ml	Low osmolar contrast material, 200 - 249 mg/ml iodine concentration, per ml
Q9948	LOCM 250- 299mg/ml iodine, 1ml	Low osmolar contrast material, 250 - 299 mg/ml iodine concentration, per ml
Q9949	LOCM 300- 349mg/ml iodine, 1ml	Low osmolar contrast material, 300 - 349 mg/ml iodine concentration, per ml
Q9950	LOCM 350- 399mg/ml iodine, 1ml	Low osmolar contrast material, 350 - 399 mg/ml iodine concentration, per ml
Q9951	LOCM >= 400 mg/ml iodine, 1ml	Low osmolar contrast material, 400 or greater mg/ml iodine concentration, per ml
Q9952	Inj Gad-base MR contrast, ml	Injection, gadolinium-based magnetic resonance contrast agent, per ml
Q9953	Inj Fe-based MR contrast, ml	Injection, iron-based magnetic resonance contrast agent, per ml
Q9954	Oral MR contrast, 100 ml	Oral magnetic resonance contrast agent, per 100 ml
Q9955	Inj perflaxane lip micros, ml	Injection, perflaxane lipid microspheres, per ml
Q9956	Inj octafluoropropane mic, ml	Injection, octafluoropropane microspheres, per ml
Q9957	Inj perflutren lip micros, ml	Injection, perflutren lipid microspheres, per ml

FACTORES DE COAGULACIÓN EN LA SANGRE - (CR 3755)

Los factores de coagulación en la sangre que no son pagados a costo o basado un sistema de pagos prospectivos son catalogados como “droga/biológico” bajo el *drug pricing fee schedule* efectivo para la fecha específica del servicio. Efectivo desde el **1 de enero de 2005** será utilizado el *Average Sales Price* (ASP, por sus siglas en inglés) más el seis por ciento.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3755.pdf>

PRECIO DE VENTA PROMEDIO PARA DROGAS EN LA PARTE B EFECTIVO EL 1 DE JULIO DE 2005 - (CR 3783)

La sección 303 (c) de la ley de Modernización de Medicare (MMA, por sus siglas 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>

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3783.pdf>

ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS DEL COMITÉ NACIONAL PARA LA FACTURACIÓN UNIFORME (NUBC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) - (CR 3794)

Efectivo desde el **1 de octubre de 2005** el *National Uniform Billing Committee* aprobó la eliminación del *patient status* 08 y discontinuó los tipos de factura 17X, 24X, 27X, y 5XX. En adición, nuevas designaciones fueron asignadas para los *condition codes* E1 a FZ, N0 a ZZ y los *value codes* H0 a ZZ. El lenguaje de las notas de uso para el *revenue code* 019X fue cambiado. Relacionado con ese cambio, el tipo de factura X7X será discontinuado a partir del 1 de octubre de 2005.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3794.pdf>

HEMOPHILIA BLOOD CLOTHING FACTORS - (CR 3755)

Blood clotting factors not paid on a cost or prospective payment system basis are priced as a drug/biological under the drug pricing fee schedule effective for the specific date of service. As of **January 1, 2005**, the ASP (average sales price) plus six percent is used.

A provider article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3755.pdf>

JULY 2005 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE - (CR 3783)

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>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3783.pdf>

UPDATE TO CURRENT NATIONAL UNIFORM BILLING COMMITTEE (NUBC) CODES - (CR 3794)

Effective **October 1, 2005** the National Uniform Billing Committee approved the deletion of patient status code 08 and discontinued bill types 17X, 24X, 27X, and 5XX. Additionally, new designations were set for condition codes E1 through FZ, N0 through ZZ and in value codes H0 through ZZ. Usage note language was changed for revenue code 019X. Related to that change, bill type X7X is discontinued as of October 1, 2005.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3794.pdf>

NUEVO CÓDIGO CPT 66711 PARA PAGOS DE LOS CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) - (CR 3817)

Los Centros de Medicare & Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) añadirán el código de CPT 66711 a la lista de ASC para procedimientos cubiertos en la actualización de julio 2005. La fecha de efectividad del código es el **1 de enero de 2005**. Los procedimientos realizados entre el **1 de enero de 2005** y el **1 de julio de 2005** serán facturados retroactivos utilizando el código 66711.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3817.pdf>

NUEVOS CÓDIGOS HCPCS PARA AGENTES DE CONTRASTE - (CR 3847)

Esta notificación contiene información sobre los nuevos códigos HCPCS para agentes de alto contraste osmolar y para "Iloprost" (solución inhalante) que serán efectivos el **1 de julio de 2005**. Los siguientes HCPCS para agentes de contraste y un medicamento inhalante han sido añadidos al *Healthcare Common Procedure Coding System*:

PAYMENTS TO AMBULATORY SURGERY CENTERS (ASCS) FOR NEW CPT CODE 66711 - (CR 3817)

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will add CPT 66711 to the ASC list of covered procedures in the July 2005 update, with an effective date of **January 1, 2005**. Procedures performed between **January 1, 2005** and **July 1, 2005** may be billed retrospectively using the new code 66711.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3817.pdf>

NEW HCPCS FOR CONTRAST AGENTS - (CR 3847)

This notification contains information on new HCPCS codes for high osmolar contrast agents and for iloprost (inhalation solution) which will be effective **July 1, 2005**. The following contrast agents HCPCS drug codes and one inhalation drug code are being added to the Healthcare Common Procedure Coding System:

<i>HCPCS Code</i>	<i>Short Descriptor</i>	<i>Long Descriptor</i>
Q4080	<i>Iloprost inhalation solution</i>	<i>Iloprost, inhalation solution, administered through DME, 20 mcg</i>
Q9958	<i>HOCM <= 149 mg/ml iodine, 1ml</i>	<i>High osmolar contrast material, up to 149 mg/ml iodine concentration, per ml</i>
Q9959	<i>HOCM 150-199mg/ml iodine, 1ml</i>	<i>High osmolar contrast material, 150 - 199 mg/ml iodine concentration, per ml</i>
Q9960	<i>HOCM 200- 249mg/ml iodine, 1ml</i>	<i>High osmolar contrast material, 200 - 249 mg/ml iodine concentration, per ml</i>
Q9961	<i>HOCM 250- 299mg/ml iodine, 1ml</i>	<i>High osmolar contrast material, 250 - 299 mg/ml iodine concentration, per ml</i>
Q9962	<i>HOCM 300-349mg/ml iodine, 1ml</i>	<i>High osmolar contrast material, 300 - 349 mg/ml iodine concentration, per ml</i>
Q9963	<i>HOCM 350-399mg/ml iodine, 1ml</i>	<i>High osmolar contrast material, 350 - 399 mg/ml iodine concentration, per ml</i>
Q9964	<i>HOCM >= 400 mg/ml iodine, 1ml</i>	<i>High osmolar contrast material, 400 or greater mg/ml iodine concentration, per ml</i>

NUEVAS INSTRUCCIONES EN EL MANUAL DE CODIFICACIÓN Y PAGO DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS (OPPS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) - (CR 3848)

Esta instrucción aclara parte de la sección 230 (facturación y pago para medicamentos y biológicos) del Manual de Procesamiento de Facturas (Pub. 100-04), capítulo 4 (facturación y pago para medicamentos y biológicos). Además de la aclaración del manual, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) proveyeron algunos ejemplos para ayudar al proveedor a entender mejor las políticas de administración de medicamentos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3848.pdf>

ESPECIFICACIONES DEL OCE VERSION 20.3 DE JULIO 2005 PARA HOSPITALES QUE NO ESTÁN OPPS - (CR 3867)

El OCE se actualizó con nuevos cambios en códigos. Este OCE es utilizado para procesar facturas de hospital que no se reembolsan en el sistema de pagos prospectivos. Incluimos información en **inglés** de los cambios realizados a la versión 20.3 para procesar facturas que no se reembolsan en el sistema de pagos de OPPS:

MANUAL INSTRUCTIONS FOR CODING AND PAYMENT FOR DRUG ADMINISTRATION UNDER THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS) - (CR 3848)

This instruction clarifies portions of Section 230 in the Medicare Claims Processing Manual, Pub 100-04, Chapter 4, titled “Billing and Payment for Drugs and Biologicals”. In addition to the clarifications, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) have provided some examples to help providers better understand the drug administration policies.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3848.pdf>

JULY UPDATE TO THE MEDICARE NON- OPPS OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) SPECIFICATIONS VERSION 20.3 - (CR 3867)

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.

• Changes retroactive to 4/1/2004:

1. The following code was **removed** the Non-Reportable list:

Code	Description
L0960	Post surgical support pads

• Changes retroactive to 1/1/2005:

1. The following new HCPCS codes were **added** to the list of valid codes.

Code	Description
G0375	Smoke/Tobacco counseling 3-10
G0376	Smoke/Tobacco counseling >10

2. The following code was **added** to Non-Reportable list:

Code	Description
0065T	Ocular photoscreen bilat

3. The following code was **added** to the ASC list and Payment Group:

Code	Payment Group
66711	2

4. The following codes were **removed** from the Non-Reportable list:

Code	Description
E0950	Tray
E0951	Loop heel
E0952	Toe loop/holder, each
G0345	IV infuse hydration, initial
G0346	Each additional infuse hour

G0347 IV infusion therapy/diagnost
 G0348 Each additional hr up to 8hr
 G0349 Additional sequential infuse
 G0350 Concurrent infusion
 G0351 Therapeutic/diagnostic inje
 G0353 IV push, single original drug
 G0354 Each addition sequential IV
 G0355 Chemo adminisrate subcut/IM
 G0356 Hormonal anti-neoplastic
 G0357 IV push single/initial subst
 G0358 IV push each additional drug
 G0359 Chemotherapy IV one hr initi
 G0360 Each additional hr 1-8 hrs
 G0361 Prolong chemo infuse>8hrs pu
 G0362 Each add sequential infusion
 G0363 Irrigate implanted venous de
 G0368 EKG interpret & report preve
 G0369 Pharm fee 1st month transpla
 G0370 Pharmacy fee oral cancer etc

• Changes retroactive to 4/1/2005:

1. The following new HCPCS codes were **Added** to the list of valid codes:

Code	Description
K0730	Ctrl dose inh drug deliv sys
K0731	Lith ion batt cid, on body
K0732	Lith ion batt cid behind ear

2. The following code was **added** to the Non-Reportable list:

Code	Description
K0730	Ctrl dose inh drug deliv sys

• Changes effective 7/1/2005:

1. The following new HCPCS codes were **added** to the list of valid codes:

Code	Description
C9129	Inj clofarabine
Q9958	HOCM <=149 mg/ml iodine, 1ml
Q9959	HOCM 150-199 mg/ml iodine, 1ml
Q9960	HOCM 200-249 mg/ml iodine, 1ml
Q9961	HOCM 250-299 mg/ml iodine, 1ml
Q9962	HOCM 300-349 mg/ml iodine, 1ml
Q9963	HOCM 350-399 mg/ml iodine, 1ml
Q9964	HOCM >= 400 mg/ml iodine, 1ml
S0118	Ziconotide intrathecal 1 mcg
S0133	Histerlin implant
S0145	Peg interferon alfa-2B/10
S0146	Peg interferon alfa-2B/10
S0198	Inj pegaptanib 0.3 mg
S0265	Genetic counsel 15 mins
S0613	Ann breast exam
S2900	Robotic surgical system
S8270	Enuresis alarm

2. The following code was **deleted** from the list of valid HCPCS:

Code	Description
C9126	Injection, natalizumab

3. The following codes were **added** to the Non-reportable list:

Code	Description
59050	Fetal monitor w/report
C9129	Inj clofarabine
G0250	MD review interpret of test
L8620	Repl lithium ion battery
S0118	Ziconotide intrathecal 1 mcg
S0133	Histerlin implant
S0145	Peg interferon alfa-2B/10
S0146	Peg interferon alfa-2B/10
S0198	Inj pegaptanib 0.3 mg
S0265	Genetic counsel 15 mins
S0613	Ann breast exam
S2900	Robotic surgical system
S8270	Enuresis alarm

4. The following code was **removed** from the Non-Reportable list:

Code	Description
59510	Cesarean delivery

ESPECIFICACIONES DEL OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) VERSION 6.2 PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS (OPPS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) DE JULIO 2005 - (CR 3871)

Esta notificación provee las instrucciones y especificaciones del OCE OPPS que serán utilizadas en los departamentos ambulatorios del hospital, los Centros de Salud Mental Comunitarios y para servicios limitados provistos en un *Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility* (CORF, por sus siglas en inglés), Agencias de Salud en el Hogar que no estén en un sistema de pagos prospectivos o para pacientes de hospicio en tratamiento para una condición terminal.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3871.pdf>

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2005 DE LOS CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LAS FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA - (CR 3873)

Los Centros de Servicios Medicare & Medicaid actualizan periódicamente las listas de códigos que están sujetos a la facturación consolidada para el sistema de pagos prospectivos de las facilidades de enfermería especializada (SNF, en inglés). Las facturas por servicios que aparecen en esta lista sometidas a Intermediarios y Carriers, incluyendo los Carriers de equipo médico, no serán pagados por Medicare a proveedores que no sean una facilidad de enfermería especializada, aun cuando estén incluidos en la facturación consolidada de una facilidad de enfermería especializada.

- Para servicios que no son terapéuticos, la facturación consolidada sólo aplica cuando los servicios son ofrecidos a un residente de SNF durante una estadía cubierta por la Parte A.
- Para médicos, terapeutas ocupacionales y servicios de patología del habla la facturación consolidada de SNF aplica cada vez

JULY 2005 OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS) OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) SPECIFICATIONS VERSION 6.2 - (CR 3871)

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 provider in a comprehensive outpatient rehabilitation facility (CORF), home health agency (HHS) not under the Home Health Prospective Payment System 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/MM3871.pdf>

JULY QUARTERLY UPDATE TO 2005 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) ENFORCEMENT - (CR 3873)

The Center for Medicare & Medicaid Services periodically updates the lists of HCPCS codes that are subject to the consolidated billing provisions of the SNF Prospective Payment System (PPS). Claims for services appearing on this list (which are submitted to Medicare Fiscal Intermediaries (FIs) and carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs) will not be paid by Medicare to providers, other than a SNF, when **included** in SNF CB.

- For non-therapy services, SNF CB applies only when the services are furnished to a SNF resident during a covered Part A stay;
- For physical and occupational therapies and speech-language pathology services, SNF CB applies whenever they are furnished to a SNF resident, regardless of whether Part A covers the stay; and

que los servicios sean ofrecidos a un residente de un SNF independientemente de si la parte A cubre o no la estadía.

- Los servicios excluidos del SNF PPS y la facturación consolidada pueden ser pagados a un proveedor que no sea SNF, aun cuando el beneficiario esté en una estadía en un SNF.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3873.pdf>

PROBLEMAS CON EL PROCESAMIENTO DE FACTURAS POR SERVICIOS AMBULATORIOS (JSM 05356)

En julio 2004, CMS trajo a nuestra atención un asunto relacionado con el procesamiento de facturas por servicios ambulatorios de hospital donde algunas reclamaciones fueron pagadas incorrectamente. El 6 de julio de 2004, el *Change Request* 3104 modificó el sistema para procesar las facturas por servicios ambulatorios de hospital correctamente. CMS implantó el CR 3104 para procesar adecuadamente las denegaciones de revisión médica por línea de cargos y por las acciones de Medicare Pagador Secundario (MSP, por sus siglas en inglés) por reclamaciones en un sistema de pagos prospectivos. Específicamente, las líneas de cargos por procedimientos quirúrgicos que contengan cargos menores de \$1.01.

Realizamos ajustes en muchas de las reclamaciones de MSP. Sin embargo, también descubrimos que las reclamaciones de MSP para ciertos beneficiarios afectados por el CR 3104 ya no tienen un expediente en el archivo de trabajo común (CWF) para las fechas de servicio reflejado en las reclamaciones. Estamos en el proceso de realizar ajustes en estas reclamaciones las cuales reflejarán un pago primario realizado por Medicare. Anticipamos que estos ajustes sólo afectarán a un pequeño grupo de reclamaciones. Los proveedores no necesitan tomar ninguna acción; el Intermediario corregirá automáticamente todos los pagos realizados por error. Estos ajustes sólo aplican a reclamaciones afectadas por el CR 3104 donde el estatus de MSP ha cambiado a Medicare primario.

Los siguientes mensajes de códigos aparecerán en todas las remesas afectadas de reclamaciones ajustadas:

MA 67 -- Correction to a prior claim.

MA 17 -- We are the primary payer and have paid at the primary rate. You must contact the patient's other insurer to refund any excess it may have paid due to its erroneous primary payment.

- Services **excluded** from SNF PPS and CB may be paid to providers (other than SNFs) for beneficiaries, even when in a SNF stay.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3873.pdf>

HOSPITAL OUTPATIENT CLAIMS PROCESSING PROBLEM - (JSM 05356)

In July 2004, we brought to your attention a claims processing issue where some hospital outpatient claims had an error in payment. On July 6, 2004, Change Request (CR) 3104 modified the claims processing system supporting hospital outpatient claims. The CMS implemented CR 3104 to accurately process line item medical review denials and line item Medicare secondary payer (MSP) actions on Outpatient Prospective Payment System (OPPS) claims with lines for surgical procedures containing charges of less than \$1.01.

We performed adjustments on many of the MSP claims. However, we also discovered that certain beneficiaries' MSP claims affected by CR 3104 no longer had an MSP record on CMS' Common Working File for the dates of service reflected on the claims. We are in the process of making adjustments to these claims that will reflect Medicare making a primary payment. We anticipate that this problem affects only a small volume of claims. Providers do not need to take any action; contractors will automatically correct all payments made in error. These adjustments only apply to those claims affected by CR 3104 where MSP status has changed to Medicare primary.

The following remittance advice remark code messages shall appear on all impacted remittances for adjusted claims:



CUBIERTA**ABARELIX PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER EN LA PRÓSTATA
- (CR 3775)**

Efectivo el **15 de marzo de 2005**, el Centro de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) está extendiendo su cobertura nacional para cubrir el uso de abarelix (Plenaxis) para el tratamiento en pacientes con síntomas avanzados de cáncer en la próstata:

- 1) en pacientes en los que no es apropiado la terapia con la hormona gonadotropina,
- 2) en pacientes que rechazan la castración quirúrgica y
- 3) los pacientes que presenten uno de los siguientes:
 - a. riesgo neurológico debido a metástasis,
 - b. obstrucción de la uretra o vejiga debido a enfermedad metastática, o
 - c. dolor severo debido a metástasis esquelética resistente a los narcóticos.

Un artículo educativo relacionado a esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3775.pdf>

**ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (PTA, POR SUS
SIGLAS EN INGLÉS) - (CR 3811)**

Efectivo el **17 de marzo de 2005**, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) expanden la cubierta de PTA de la arteria carótida concurrente con la colocación de un *stent* carotideo aprobado por FDA con protección embólica para algunos casos específicos. CMS determinó que un *stent* carotideo arterial (CAS) con protección, es razonable y necesario sólo si se realiza en instituciones capaces de realizar la evaluación, procedimiento y el seguimiento necesario para asegurar el nivel óptimo del paciente. Todas las facilidades deben cumplir los estándares de CMS establecidos en Pub. 100-03, sección 20.7, del Manual de Determinación Nacional de Cubierta.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3811.pdf>

**CONSEJERÍA PARA DEJAR EL USO DEL TABACO Y EL
CIGARRILLO - (CR 3834)**

Efectivo el **22 de marzo de 2005**, la Parte B de Medicare cubre dos nuevos niveles de asesoramiento, intermedio e intensivo, para dejar de fumar y cesar el uso de tabaco. La cubierta se limita a los beneficiarios quienes consumen tabaco y tienen una enfermedad o efecto de salud adverso encontrado por el Cirujano General de los Estados Unidos debido al uso del tabaco o quienes toman ciertos agentes terapéuticos

COVERAGE**ABARELIX FOR THE TREATMENT OF PROSTATE CANCER -
(CR 3775)**

Effective **March 15, 2005**, the Centers for Medicare & Medicaid Services is extending national coverage for the use of abarelix (Plenaxis) as a palliative treatment in patients with advanced symptomatic prostate cancer:

- 1) in whom gonadotropin-releasing hormone (GnRH) therapy is not appropriate,
- 2) who decline surgical castration, and,
- 3) who present with one of the following:
 - a. risk of neurological compromise due to metastases,
 - b. urethral or bladder outlet obstruction due to local encroachment or metastatic disease, or
 - c. severe bone pain from skeletal metastases persisting on narcotianalgesia.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3775.pdf>

**PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) -
(CR 3811)**

Effective **March 17, 2005**, The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) expanded the coverage of PTA of the carotid artery concurrent with placement of an FDA-approved carotid *stent* with embolic protection for patients with specific characteristics. In addition, CMS determines that carotid artery stenting (CAS) with embolic protection is reasonable and necessary only if performed in facilities that have been determined to competent in performed the evaluation, procedure, and follow-up necessary to ensure optimal patient outcomes. Standards to determine competency will include specific physician training standards, facility support requirements, and data collection to evaluate outcomes during a required reevaluation. All facilities must at least meet CMS's standards as outlined in Pub. 100-03, section 20.7, of the National Coverage Determination Manual.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3811.pdf>

**SMOKING AND TOBACCO USE CESSATION COUNSELING -
(CR 3834)**

Effective **March 22, 2005**, Medicare Part B covers two new levels of counseling, intermediate and intensive, for smoking and tobacco use cessation. The coverage is limited to beneficiaries whose tobacco and have a disease or adverse health effect found by the U.S. Surgeon General to be linked to tobacco use or who are taking certain therapeutic agents whose metabolism or dosage is affected by tobacco use as based on Food

cuyo metabolismo o dosificación es afectada por el uso del tabaco según una información aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés). Los pacientes deben estar competentes y alertas al momento de proporcionarles el servicio. Dos intentos se cubren cada año y cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas. Un máximo de ocho sesiones serán cubiertas en un período de 12 meses.

Los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) establecen dos nuevos códigos de "G" para la facturación de los nuevos niveles de asesoramiento para dejar de fumar y cesar el uso del tabaco, efectivo para fechas de servicio después del 22 de marzo de 2005.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3834.pdf>

REVISIÓN MÉDICA

CAMBIOS AL PROCESO DE APELACIÓN DE MEDICARE - (CR 3530)

Hay un nuevo nivel en el proceso de apelación para reclamaciones de la parte A y B de Medicare que se someten al intermediario. Este nuevo nivel se llama reconsideración, pero no debe confundirse con el anterior primer nivel de apelación de la parte A. Este nuevo nivel de "reconsideración" será procesado por un Contratista Independiente Qualificado (*Qualified Independent Contractor, QIC*, por sus siglas en inglés).

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

Para información adicional pueden acudir a la siguiente dirección en medlearn matters: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3530.pdf>

CAMBIOS A LAS DETERMINACIONES NACIONALES DE CUBIERTA (NCD, POR SUS SIGLAS INGLÉS) DE LABORATORIOS PARA JULIO 2005 - (CR 3806)

El CR 3806 anuncia los cambios a la lista de códigos que serán incluidos en la publicación de julio 2005 del módulo de las Determinaciones Nacionales de Cubierta para pruebas de laboratorios clínicos. Estos cambios son el resultado del análisis de codificación completado por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3806.pdf>

and Drug Administration (FDA)-approved information. Patients must be competent and alert at the time that services are provided. Two attempts are covered each year and each attempt may include a maximum of four intermediate or intensive sessions. A maximum of 8 sessions in a 12-month period are covered.

The Centers for Medicaid & Medicare Services (CMS) has established two new "G" codes for billing for the new levels of smoking and tobacco use cessation counseling, effective for dates of service on or after March 22, 2005.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3834.pdf>

MEDICAL REVIEW

REVISIONS TO MEDICARE APPEALS PROCESS (CR 3530)

There is now a new level of the appeals process for Medicare Part A and Part B claims submitted to Medicare fiscal intermediaries (FIs). This new second level of appeal process is called reconsideration (not to be confused with the previous first level of appeal for Part A claims). These new "reconsiderations" will be processed by Qualified Independent Contractors (QICs).

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

For specific information pertaining to this change, please refer to medlearn matters at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3530.pdf>

CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR JULY 2005 - (CR 3806)

CR 3806 announces changes to the list of codes included in the July 2005 release of the Medicare Laboratory National Coverage Determination (NCD) edit module for clinical diagnostic laboratory services. These changes are a result of coding analysis completed by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3806.pdf>

TERAPIA CON DISPOSITIVO DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN VÍA AÉREA (CPAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) PARA EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO - (CR 3843)

Efectivo para servicios realizados después del **4 de abril de 2005**, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) actualizaron las políticas de cubierta nacional para establecer que basado en una reconsideración de la política actual, no existe evidencia suficiente para concluir que el estudio del sueño utilizando un dispositivo portátil de registro respiratorio y sin supervisión es necesario y razonable para el diagnóstico del síndrome de apnea obstructiva del sueño para la terapia con CPAP. Estas pruebas permanecerán no cubiertas para ese propósito. La determinación de cubierta nacional (NCD, por sus siglas en inglés) específica que sólo la polisomnografía realizada en un laboratorio de estudios de sueño puede ser utilizada para identificar pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño que requieran CPAP. La polisomnografía debe ser realizada en un laboratorio de estudios de sueño, no puede ser realizada en la casa o en una facilidad móvil.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3843.pdf>

INSTRUCCIÓN PRELIMINAR: PROCESO ACELERADO DE REVISIÓN - (CR 3903)

Esta instrucción nos informa sobre un proceso de revisión acelerado basado en el proceso de cuidado dirigido de Medicare, cual es efectivo bajo las regulaciones del 1 de julio de 2005. Esto permite a los beneficiarios bajo unas facilidades de salud como salud en el hogar, hospicio, servicios de rehabilitación ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), el derecho de apelar al QIO (Quality Improvement Organization) un alta dentro de un periodo de cuidado cubierto. Este proceso es similar que la revisión que efectúa el QIO sobre un alta de hospitalización.

La información incluye las siguientes secciones:

HOSPITAL	42 CFR 405.1206 - .1208
<ul style="list-style-type: none"> • Previously existing process now codified in regulations • All inpatient services paid by Part A, including Critical Access Hospitals (CAHs) • Services submitted on institutional claims with type of bill (TOB)* 11x • Inpatient Part B services (12x TOB) remain categorized as outpatient hospital, not included • Existing QIO review right triggered by use of HINN form mostly unchanged, EXCEPT: <ul style="list-style-type: none"> - Now limited to discharges from hospital level care ONLY <p>Therefore, new process/notices for Swing Beds at skilled nursing level of care</p>	
NON- HOSPITAL	42 CFR 405.1200 - .1202
<ul style="list-style-type: none"> • New process, new notices - notification MUST use prescribed notices • “Discharge/Termination**” of all covered Skilled Nursing Facility (SNF), Hospice, Home Health and Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) services • Swing Bed terminations change from existing hospital process to this process <ul style="list-style-type: none"> - Affected TOBs: 18x, 21x, 22x, 32x, 33x, 34x, 75x, 81x, 82x 	

*TOB is a field on the claim classifying the type of provider/service (see Medicare Claims Processing Manual Chapter 25)

CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP) THERAPY FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA - (CR 3843)

Effective for services performed on and after **April 4, 2005**, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) is updating the national coverage policy to state that based on reconsideration of the current policy, there is not sufficient evidence to conclude that unattended portable multi-channel sleep study testing is reasonable and necessary in the diagnosis of OSA for CPAP therapy, and these tests will remain non covered for this purpose. The current National Coverage Determination (NCD) specifies that only polysomnography performed in a facility-based sleep study laboratory can be used to identify patients with OSA requiring CPAP. The polysomnography must be performed in a facility-based sleep study laboratory, not in the home or in a mobile facility.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3843.pdf>

PRELIMINARY INSTRUCTIONS: EXPEDITED DETERMINATIONS/REVIEWS FOR ORIGINAL MEDICARE - (CR 3903)

This instruction informs us about an expedited review process, modeled on an existing Medicare managed care process, is effective under regulations **July 1, 2005**. It allows beneficiaries in specific care settings, home health, hospice, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), Skilled Nursing Facility (SNF) and swing bed, the right to appeal a pending discharge from a period of covered care to a Quality Improvement Organization (QIO). This Process is similar to the QIO review of inpatient hospital discharges that has existed for some time.

The instruction information includes the following sections:

NO NEW FISCAL INTERMEDIARY INSTRUCTIONS FOR 07/01/2005. HINN instructions updated, especially for swing bed change (attached)

NEW FISCAL INTERMEDIARY INSTRUCTIONS ++REQUIRED++ FOR 07/01/2005.

Overview of Non-Hospital Expedited Determination Process for Original Medicare

RESIDENTIAL: <i>No additional requirement beyond discharge (42 CFR 405.1202 (a) (2))</i>	NON-RESIDENTIAL: <i>A physician must certify health risk* (42 CFR 405.1202 (a) (1))</i>
<p>Hospice: 81x, 82x - <i>Scope:</i> All care settings, even home - <i>Triggering Event:</i> “Discharge” meaning coverage discharge ONLY</p> <p>SNF: 21x, 22x - <i>Scope:</i> All continuous A-B stays - <i>Triggering Event:</i> “Discharge” meaning end of all covered services, including changes to NF, NOT transfer / LOA**</p> <p>Swing Bed: 18x - <i>Scope:</i> All covered SNF-level services, - <i>Triggering Event:</i> “Discharge” meaning end of all covered services, including changes to NF, NOT transfer / LOA**</p>	<p>CORF: 75x - <i>Scope:</i> Exclusively CORF (i.e., no ORF’s, no therapy at OPD’s) - <i>Triggering Event:</i> “Termination” meaning end of all covered services on plan</p> <p>Home Health (HH): 32x, 33x, 34x - <i>Scope:</i> All coverage under plan of care, home health OR therapy plan - <i>Triggering Event:</i> “Termination” meaning end of all covered services on plan</p>

* The certifier

provided by a QIO physician if the beneficiary wants to request an expedited determination but cannot find another physician.

** LOA = *Leave of absence*. Transfers are

other residential setting).

The remainder of this document provides preliminary instructions on this review process for providers effective July 1, 2005. Under regulations, QIOs must have contracts with Fiscal Intermediaries (FIs) and Regional Home health Intermediaries (RHHIs), referred to as “intermediaries”, that support this process. QIOs are assigned to cover specific States, and may directly contact providers to facilitate this new review process by that date. More detailed manualized instructions will follow this and other resources include:

- *CMS-4004-FC can be accessed on the CMS website at: www.cms.hhs.gov/providerupdate/october2004/newregs.asp*
- *Frequently asked questions (FAQs) on the new review process can be found at: www.cms.hhs.gov/medicare/bni/default.asp*
- *A State QIO directory is found on the CMS website at: <http://www.cms.hhs.gov/qiol>*

SISTEMA

MODIFICACIÓN DEL SISTEMA FISS - (CR 3564)

Esta instrucción modifica el sistema FISS para no permitir que los servicios de ambulancia, reportados con el *revenue code* 054x, sean facturados con el tipo de factura 21x.

A fin de explicar los costos por el transporte de ambulancia consolidada con el tipo de factura 21x, los proveedores de las facilidades de enfermería especializada deben incluir el costo del transporte con el *revenue code* apropiado por el servicio realizado.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3564.pdf>

PROCESO DE ACCESO A LAS TRANSACCIONES 270/271 - (CR 3883)

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) realizan cambios a su infraestructura tecnológica de información. La meta es establecer las guías de preguntas de elegibilidad de beneficiarios, para crear una base de datos necesaria y una infraestructura que proporcione un cumplimiento centralizado de las transacciones 270/271 en un tiempo real transacción.

En junio de 2005, solamente los *clearinghouses*, ciertos proveedores y *trading partners* se les permitirá enviar las transacciones 270 vía el Extranet, una red segura, cerrada, y privada utilizada para transmitir datos entre los contratistas de Medicare y CMS. CMS espera proporcionar un acceso limitado vía Internet para las transacciones 270/271 más adelante en este año.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3883.pdf>

SYSTEM

MODIFICATION TO THE FISCAL INTERMEDIARY STANDARD SYSTEM (FISS) - (CR 3564)

This instruction modifies the FISS system to not allow ambulance services, reported under revenue code 054x, to be billed on 21x TOB.

In order to account for the costs of the consolidated ambulance transport on 21x TOB, SNF providers should include the cost of the transport under the appropriate ancillary revenue center of the service performed.

A provider education article related to this instruction is available at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3564.pdf>

ACCESS PROCESS FOR HIPAA 270/271 - (CR 3883)

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is making changes to its Information Technology (IT) infrastructure. The goal is to address standards for Medicare beneficiary eligibility inquiries to create the necessary database and infrastructure to provide a centralized Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) compliant 270/271 health care eligibility inquiry and response on a real-time transaction.

In June 2005, only clearinghouses, certain providers and trading partners will be permitted to send 270 transactions via the Extranet, a secure, closed, and private network used to transmit data between Medicare carriers and intermediaries and CMS. CMS expects to provide limited access via the Internet for 270/271 transactions later this year.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3883.pdf>



ARTÍCULOS ESPECIALES

IDENTIFICADOR NACIONAL PARA PROVEEDORES DE SALUD
(NPI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) - (JSM 05360)

Comenzando el **23 de mayo de 2005**, todos los proveedores de salud pueden solicitar su identificador nacional para proveedores de salud (*National Provider Identifier*, en inglés). El NPI substituirá el número de identificación del proveedor utilizado actualmente, para las transacciones de cuidado médico. Todas las entidades cubiertas por la ley HIPAA excepto, los planes médicos pequeños deben comenzar a utilizar el NPI desde el 23 de mayo de 2007; los planes médicos pequeños tienen hasta el 23 de mayo de 2008. Para información adicional, y completar una solicitud, visite el sitio en la Web: <https://nppes.cms.hhs.gov>. Es importante notar que el Programa Medicare no aceptan todavía el NPI en las transacciones. Más instrucciones sobre el periodo de duración e implementación del NPI para facturación Medicare serán publicados más adelante en el 2006. Otros planes de médicos con los cuales usted tiene acuerdos le indicarán como y cuando usted puede comenzar a utilizar el NPI en transacciones estándar.

PLAN DE TRANSICIÓN DEL IDENTIFICADOR NACIONAL DEL
PROVEEDOR (NPI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) anunciaron el siguiente plan para la transición del Identificador Nacional del Proveedor (NPI, por sus siglas en inglés) en el Programa de Pago-por-Servicio de Medicare:

1. **23 de mayo de 2005 – 2 de enero de 2006:** Los sistemas para el procesamiento de reclamaciones de CMS aceptarán un número de proveedor existente asignado por Medicare y rechazarán, como no procesable, cualquier reclamación que incluya solamente un NPI.
2. **3 de enero de 2006 – 1ro de octubre de 2006:** Los sistemas de CMS aceptarán un número de proveedor existente o un NPI que esté acompañado por un número de proveedor existente asignado por Medicare.
3. **2 de octubre de 2006 – 22 de mayo de 2007:** Los sistemas de CMS aceptarán un número asignado por Medicare y/o un NPI. Esto permitirá seis a siete meses de pruebas con los proveedores antes de que el Programa de Medicare empiece a aceptar solamente el NPI.
4. **23 de mayo de 2007 –** Los sistemas de CMS **sólo** aceptarán el Identificador Nacional para Proveedores de Salud (NPI, por sus siglas en inglés). Para información adicional, completar una aplicación o acceder a las herramientas educativas visite en Internet: <https://nppes.cms.hhs.gov>

SPECIAL ARTICLES

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI) - (JSM 05360)

Starting **May 23, 2005**, all health care providers can apply for their National Provider Identifier (NPI). The NPI will replace health care provider identifiers in use today in standard health care transactions. All Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) covered entities except small health plans must begin using the NPI on May 23, 2007; small health plans have until May 23, 2008. For additional information, and to complete an application, visit <https://nppes.cms.hhs.gov> on the web. It is important to note that the Medicare program is not accepting the NPI in standard transactions yet. Explicit instructions on time frames and implementation of the NPI for Medicare billing will be issued later in 2006. Other health plans with whom you do business will instruct you as to when you may begin using the NPI in standard transactions.

PLANS FOR TRANSITIONING TO THE NATIONAL PROVIDER
IDENTIFIER (NPI)

The Centers for Medicare and Medicaid Services announces the following plans for transitioning to the National Provider Identifier (NPI) in the Fee-for-Service Medicare Program:

1. Between **May 23, 2005 and January 2, 2006**, CMS claims processing systems will accept an existing legacy Medicare number and reject, as unprocessable, any claim that includes only an NPI.
2. Beginning **January 3, 2006, and through October 1, 2006**, CMS systems will accept an existing legacy Medicare number or an NPI as long as it is accompanied by an existing legacy Medicare number.
3. Beginning **October 2, 2006, and through May 22, 2007**, CMS systems will accept an existing legacy Medicare number and/or an NPI. This will allow for 6-7 months of provider testing before only an NPI will be accepted by the Medicare Program on May 23, 2007.
4. Beginning **May 23, 2007**, our systems will only accept an NPI. For additional information, to complete an NPI application, and to access educational tools, visit <https://nppes.cms.hhs.gov> on the web.

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