

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

Agosto 2005 año 11 núm. 6

TABLA DE CONTENIDO

Reclamaciones

- Actualización trimestral de Julio 2005 para las tarifas de equipo médico duradero, prótesis, ortóticos y suplidors (DMEPOS) 3
- Cambios en la Remesa de Pago 3
- Pagos por el Cálculo de Razón de Costo 3
- Transmisión de facturas en formato electrónico 4
- Nuevos códigos HCPCS y cambios en el sistema asociados con los dispositivos de Asistencia Ventricular (VADs) 4
- Actualización de Julio 2005 del “Medicare Physician Fee Schedule” 4
- Corrección al uso de códigos de grupo para la aplicación de las transacciones electrónicas 5
- Corrección de las Tarifas de Viaje para Laboratorios Clínicos (Códigos: P9603 y P9604) 5
- Revisando el Sistema FISS Compartido 5
- Modificación en los editajes del Sistema FISS 6
- Ajuste por Educación Médica para las Facilidades Siquiátricas (IPF) en un Sistema de Pagos Prospectivos (PPS) 6
- Actualización del Códigos Taxonómicos para Proveedores de Salud 6
- Archivos de Precios en Internet para Equipo Médico Duradero 7
- Termina plan de contingencia para las facturas que no están en cumplimiento con el formato HIPAA 7
- Nuevo Precio Promedio de Venta (ASP) para Abril 2005 8
- Actualización de Julio 2005 del Sistema de Pagos Prospectivos para Servicios Ambulatorios en Hospital (OPPS) 8
- Actualización de Códigos para los Centros de Cirugía Ambulatoria (en inglés, ASC) añadidos y eliminados para el 2005 9
- Requisitos para corregir facturas en remote (DDE) 9

Cubierta

- Implante Coclear 10
- Aprepitant para Quimioterapia – Emesis Inducido 10

SNF

- Programa del Pagador (Software Pricer) para el Sistema de Pagos Prospectivos de SNF 11



NOTI MEDICARE

August 2005 year 11 no. 6

TABLE OF CONTENTS

Claims

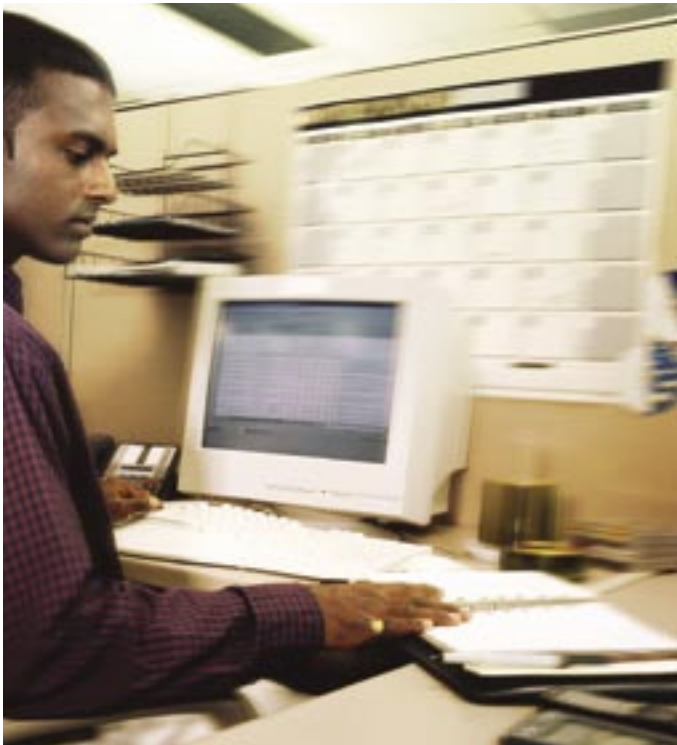
- July Quarterly Update for 2005 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule 3
- Standard Paper Remittance Advice Changes 3
- Calculating Payment-to-Cost Ratios (PCR) 3
- Electronic Submission of Medicare Claims 4
- New HCPCS Codes and Systems Edits associate with Ventricular Assist Devices (VADs) 4
- July Update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database 4
- Correction to the use of Group Codes for the Enforcement of Mandatory Electronic Submission of Medicare Claims 5
- Correction 2005 Clinical Laboratory Travel Fee (P9603; P9604) 5
- Revising the FISS Shared System 5
- Modification of FISS Edits 6
- The Teaching Adjustment for Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) 6
- Healthcare Provider Taxonomy Code (HPTC) Update 6
- Online Pricing Files for DMEPOS 7
- CMS ending contingency for non-Hipaa- Compliant Medicare claims 7
- New April 2005 Quarterly ASP Medicare Part B Drug Pricing File and Revisions to January 2005 Quarterly ASP Medicare Part B Drug Pricing File 8
- July 2005 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) 8
- Update of HCPCS Codes and File Names, Descriptions and Instructions for Retrieving the 2005 ASC HCPCS Additions, Deletions and Master Listing 9
- Line item changes for dde (remote) providers 9

Coverage

- Cochlear Implantation 10
- Aprepitant for Chemotherapy – Induced Emesis 10

SNF

- SNF Prospective Payment System Pricer Software 11



Board of Editors

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

RECLAMACIONES**ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO 2005 PARA LAS TARIFAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROSTÉTICOS, ORTÓTICOS Y SUPLIDOS (DMEPOS)****Change Request 3779**

Esta notificación provee las instrucciones específicas relacionadas a la actualización trimestral para 2005 de las tarifas de DMEPOS. El pago basado en tarifas es requerido para Equipo Médico Duradero (DME), prótesis, ortóticos, ortopédicos y vendajes quirúrgicos por las Secciones 1834 (a), (h) (i) del Acta del Seguro Social.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3779.pdf>

CAMBIOS EN LA REMESA DE PAGO**Change Request 3645**

Efectivo el **1 de julio de 2005** los Intermediarios Fiscales (FI) deben discontinuar el envío de la remesa en papel a todos los proveedores, o agencias de cobro que estén recibiendo la remesa electrónica por lo menos por un período de 30 días. Además los FIs deben eliminar su número de teléfono de las remesas en papel.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3645.pdf>

PAGOS POR EL CÁLCULO DE RAZÓN DE COSTO**Change Request 3661**

Esta instrucción revisa los pagos para el cálculo de razón de costo (en inglés, PCR) para propósitos de determinar los pagos transitorios bajo el sistema de pagos prospectivos (OPPS) y revisa los criterios bajo los cuales un proveedor puede volver a solicitar su razón de costo.

Más información sobre este asunto está disponible en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R485CP.pdf

CLAIMS**JULY QUARTERLY UPDATE FOR 2005 DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS) FEE SCHEDULE****Change Request 3779**

This notification provides specific instructions regarding July quarterly update for the 2005 DMEPOS Fee Schedule. Payment on a fee schedule basis is required for durable medical equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by sections 1834 (a), (h), and (i) of the Social Security Act.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3779.pdf>

STANDARD PAPER REMITTANCE ADVICE CHANGES**Change Request 3645**

Effective July 1st, 2005 fiscal intermediaries (FI) must terminate issuance of Standard Paper Remittance Advice Notices (SPR) to those providers (or a billing agent, clearinghouse, or other entity representing those providers) currently receiving Electronic Remittance Advice (ERA) transactions for at least 30 days and to other providers (or their representatives) one they have received and ERA in production for 30 days. FIs must also eliminate reporting of their telephone number on their SPR.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3645.pdf>

CALCULATING PAYMENT-TO-COST RATIOS (PCR)**Change Request 3661**

This instruction revises “Calculating Payment-to-Cost Ratios (PCR) for Purposes of Determining Transitional Corridor Payments Under the Outpatient Prospective Payment System (OPPS) and Revising the Criteria Under Which a Provider May Request a Recalculation of Its Cost to Charge Ratio”.

Additional information about this matter is available at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R485CP.pdf

TRANSMISIÓN DE FACTURAS EN FORMATO ELECTRÓNICO

Change Request 3440

Esta instrucción es para informarles que a partir del **1 de julio de 2005** Medicare no realizará pago a facturas que no sean sometidas electrónicamente. Existen unas excepciones a ésta regla. De no cumplir con las excepciones no se pagarán las facturas recibidas en papel.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3440.pdf>

NUEVOS CÓDIGOS HCPCS Y CAMBIOS EN EL SISTEMA ASOCIADOS CON LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR (VADS)

Change Request 3761

Efectivo el **1 de octubre de 2005**, se añadirán nuevos códigos al *Healthcare Common Procedure Coding System* (HCPCS, en inglés), para describir los accesorios y equipos de reemplazo para los implantes de dispositivos para Asistencia Ventricular (VADs) que son cubiertos bajo el beneficio de equipo protésico. Estos cambios no están incluidos en la actualización trimestral de equipo médico (DMEPOS, en inglés). Hay varios cambios en el sistema que están asociados con la implantación de éstos nuevos códigos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3761.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE JULIO 2005 DEL "MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE"

Change Request 3870

Esta instrucción corrige los archivos de pago emitidos en la regla final del 15 de noviembre de 2004 para la base de datos del Medicare Physician Fee Schedule de 2005. Los cambios principales incluyen dos nuevos códigos G (G0375 y G0376) relacionados a las determinaciones nacionales de cubierta de Medicare para las sesiones de dejar de fumar, la cual fue efectiva a partir del 22 de marzo de 2005, y los valores para los códigos CPT 97810, 97811, 97813, y 97814. Estos códigos de CPT, los cuales son relacionados a acupuntura, no están cubiertos bajo el Medicare Physician Fee Schedule.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3870.pdf>

ELECTRONIC SUBMISSION OF MEDICARE CLAIMS

Change Request 3440

This instruction notify that effective July 1, 2005 no payment may be made under Part A or Part B of the Medicare Program for any expenses incurred for items or services for which a claim is received in a non-electronic form. Consequently, absent an applicable exception, paper claims received by Medicare will not be paid.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3440.pdf>

NEW HCPCS CODES AND SYSTEMS EDITS ASSOCIATE WITH VENTRICULAR ASSIST DEVICES (VADS)

Change Request 3761

New codes are being added to the HCPCS effective **October 1, 2005**, to describe replacement accessories and supplies for implanted VADs which are covered under the prosthetic device benefit. There are systems changes associated with implementing these new codes. These changes are not included in the normal routine DMEPOS quarterly update. They are being addressed through this one time notification separate from the routine quarterly update instructions.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3761.pdf>

JULY UPDATE TO THE 2005 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE

Change Request 3870

This instruction amends payment files issued the November 15, 2004, Final Rule for the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database. Key changes include two new G codes (G0375 and G0376) related to Medicare's National Coverage Determination for smoking cessation, which was effective March 22, 2005, and practice expense values for Current Procedural Terminology (CPT) codes 97810, 97811, 97813, and 97814. These CPT codes, which relate to acupuncture, are non-cover under the Medicare Physician Fee Schedule.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3870.pdf>



CORRECCIÓN AL USO DE CÓDIGOS DE GRUPO PARA LA APLICACIÓN DE LAS TRANSACCIONES ELECTRÓNICAS

Change Request 3815

Esta instrucción contiene una corrección a los requisitos para el uso del código de grupo PR (“Patient Responsibility”) para la aplicación mandatoria de transacciones electrónicas conforme a la Ley de Simplificación (*Administrative Simplification Compliance Act*) de 2001. La Ley de Simplificación (ASCA) enmienda la sección 1862(a) para establecer que “no puede ser hecho ningún pago en la Parte A o Parte B del Programa Medicare por gastos incurridos de artículos o servicios” para los cuales sea recibida una reclamación en un formato no electrónico. Por lo tanto, ausentes de una excepción aplicable, las reclamaciones que son enviadas en papel a Medicare no serán pagadas.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3815.pdf>

CORRECCIÓN DE LAS TARIFAS DE VIAJE PARA LABORATORIOS CLÍNICOS (CÓDIGOS: P9603 Y P9604)

Change Request 3785

Esta instrucción indica que un laboratorio clínico puede facturar por el viaje incurrido para tomar las muestras a un paciente en un asilo o confinado a su hogar. La tarifa durante el 2005 para el código **P9603** ha sido corregida a \$0.855 por milla y el código **P9604** ha sido corregido a \$8.55 para un viaje ida y vuelta que no exceda las 20 millas. Las correcciones son efectivas para servicios brindados del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2005.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3785.pdf>

REVISANDO EL SISTEMA FISS COMPARTIDO

Change Request 3812

CMS ha establecido dos programas para monitorear la precisión del Programa de Pagos por Servicio (FFS) de Medicare: el programa de prueba para la tarifa de error comprensiva (CERT, por sus siglas en inglés) y el programa de monitoreo para el pago de hospital (HPMP, por sus siglas en inglés). El pago nacional de reclamaciones con error en la tarifa es una combinación de tarifas con error calculadas por los contratistas del Programa CERT y el HPMP representando cada componente el 50 por ciento de la tarifa en error. El programa CERT calcula el error en las tarifas de carriers, carriers regionales de equipo médico duradero (DMERCs) y los intermediarios fiscales (FIs); HPMP calcula las tarifas en error a través de las organizaciones para el mejoramiento de calidad (QIOs).

El cumplimiento del proveedor con el cálculo de error en la tarifa es un buen indicador de lo bien que los carriers/intermediarios fiscales (FIs)

CORRECTION TO THE USE OF GROUP CODES FOR THE ENFORCEMENT OF MANDATORY ELECTRONIC SUBMISSION OF MEDICARE CLAIMS

Change Request 3815

This instruction contains a correction to the requirements for the use of Group Code PR (Patient Responsibility) for the enforcement of mandatory electronic submission of Medicare claims base on the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) of 2001. The ASCA amendment to section 1862(a) of the Act prescribes that “no payment may be made under Part A or Part B of the Medicare Program for any expenses incurred for items or services” for which a claim is received in a non-electronic form. Consequently, absent an applicable exception, paper claims that a provider sends to Medicare will not be paid.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3815.pdf>

CORRECTION 2005 CLINICAL LABORATORY TRAVEL FEE (P9603; P9604)

Change Request 3785

This instruction notifies that a laboratory can bill for travel services to perform a clinical laboratory specimen collection for either a nursing home or homebound patient. The 2005 fee for code **P9603** is corrected to \$0.855 per mile and code **P9604** is corrected to \$8.55 per flat rate trip basis (where the average round trip is less than 20 miles). The correction is effective for dates of service January 1, 2005 through December 31, 2005.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3785.pdf>

REVISING THE FISS SHARED SYSTEM

Change Request 3812

The CMS has established two programs to monitor the accuracy of the Medicare Fee-for-Service (FFS) Program: The comprehensive error rate testing program (CERT) and the hospital payment monitoring program (HPMP). The national paid claims error rate is a combination of error rates calculated by the CERT contractor and HPMP with each component representing about 50 percent of the error rate. The CERT program calculates the error rates for carriers, durable medical equipment regional carriers (DMERCs), and fiscal intermediaries (FIs); HPMP calculates the error rate for the quality improvement organizations (QIOs).

The provider compliance error rate is a good indicator of how well Medicare carriers/FIs are educating their provider communities. Currently, carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs), are able to compute this error rate. This change will allow FIs to do the same, effective October 3, 2005.

han educado a sus proveedores. Actualmente, los carriers, incluyendo los carriers regionales de equipo médico duradero (DMERCs) son capaces de calcular esta tarifa de error. Este cambio también le permitirá a los intermediarios fiscales a hacer lo mismo, efectivo el 3 de octubre de 2005.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3812.pdf>

MODIFICACIÓN EN LOS EDITAJES DEL SISTEMA FISS

Change Request 3763

Efectivo el 1 de octubre de 2005, el proveedor podrá someter (o re-someter) en un tipo de factura 22x (TOB), reclamaciones por servicios de cernimiento de cáncer colorectal provistos a personas con Medicare cubiertos por la Parte A. Esta instrucción modifica el sistema de procesamiento de reclamaciones para estos servicios al aceptar los códigos G0104, G0106, G0107, y G0120 con fechas de servicio retroactivo al 1 de abril de 2002; y para los códigos G0328 retroactivo al 1 de enero de 2004.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3763.pdf>

AJUSTE POR EDUCACIÓN MÉDICA PARA LAS FACILIDADES SIQUIÁTRICAS (IPF) EN UN SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS (PPS)

Change Request 3809

Las reclamaciones por educación médica en facilidades psiquiátricas en un sistema de pagos prospectivos, sometidas entre el 1 de enero y 1 de octubre de 2005 volverán a ser procesadas para que la información en el informe de costos fluya correctamente realizando una modificación en el pagador (*pricer*) y en el sistema FISS.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3809.pdf>

ACTUALIZACIÓN DEL CÓDIGOS TAXONÓMICOS PARA PROVEEDORES DE SALUD

Change Request 3803

A partir del **3 de octubre de 2005**, la Ley de Privacidad (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*) requiere que la información sometida, la cual es parte de un conjunto de códigos con un nombre establecido, debe ser información válida para ese conjunto de códigos. Reclamaciones que se acepten con información que no es válida, no estarán en cumplimiento.

El conjunto de códigos de Taxonómicos para proveedores de salud es información externa no médica utilizada para clasificar a los proveedores de acuerdo al tipo de proveedor o especialidad del profesional en un

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3812.pdf>



MODIFICATION OF FISS EDITS

Change Request 3763

Effective October 1, 2005 for covered Part A stay beneficiaries, you may submit (or re-submit), on a 22x type of bill (TOB), colorectal cancer screening claims. This instruction modifies the Medicare claims processing systems to accept colorectal cancer screening service claims for HCPCS codes G0104, G0106, G0107, and G0120 with dates of service back to April 1, 2002; and for HCPCS code G0328 back to January 1, 2004.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3763.pdf>

THE TEACHING ADJUSTMENT FOR INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPF PPS)

Change Request 3809

Providers should note that teaching IPF claims submitted between January 1, 2005 and October 1, 2005 will be reprocessed, so that the information will flow correctly to the cost report do to a modification in the Pricer and FISS.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3809.pdf>

HEALTHCARE PROVIDER TAXONOMY CODE (HPTC) UPDATE

Change Request 3803

Beginning **October 3, 2005** HIPAA requires that submitted data, which is part of a named code set, must be valid data from that code set. Claims accepted with invalid data are no-complaint.

The Provider Taxonomy code set is an external non-medical data code set designed for use in classifying health care providers according to provider type or practitioner specialty in an electronic environment, specifically within the American National Standards Institute (ANSI) Accredited Standards Committee (ASC) health care transaction.

HPTCs are updated twice per year (April and October), and the HPTC

ambiente electrónico, específicamente dentro del Comité de Guías de Acreditación (ASC, por sus siglas en inglés) del Instituto Americano de Guías Nacionales (ANSI por sus siglas en inglés).

Los códigos de Taxonomía son actualizados dos veces al año (abril y octubre), y están disponibles en las siguientes dos formas en el website del *Washington Publishing Company* en: <http://www.wpc-edi.com/code/taxonomy>

- Una lista en formato PDF libre de costo
- Una representación de la lista electrónica (disponible para la venta).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3803.pdf>

ARCHIVOS DE PRECIOS EN INTERNET PARA EQUIPO MÉDICO DURADERO

Change Request 3792

A partir del 1 de octubre de 2005, las guías para el número de archivos de tarifas que los contratistas de Equipo Médico Regional (DMERC), Intermediario Fiscal (FI) y el Intermediario Regional de Cuidado de Salud en el Hogar (RHHI) deben mantener para determinar el reembolso por reclamaciones de equipo médico facturados a DMERC, FI y RHHI es de 8 archivos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3792.pdf>

TERMINA PLAN DE CONTINGENCIA PARA LAS FACTURAS QUE NO ESTÁN EN CUMPLIMIENTO CON EL FORMATO HIPAA

Change Request 3956

El 4 de agosto de 2005 el administrador para los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS), Mark B. McClellan, M.D., Ph.D., anunció que a partir del **1 de octubre de 2005**, CMS no procesará facturas electrónicas de que no cumplan con el formato HIPAA.

Antes del 1 de octubre de 2005, las facturas en un formato electrónico que no cumplan con el formato HIPAA serán pagadas. Este proceso cambia el 1 de octubre de 2005, las facturas que no cumplan con las guías requeridas por la Ley HIPAA de 1996 serán devueltas para que sean re-sometidas en el formato establecido. Las reclamaciones que no cumplan con el formato no serán procesadas.

Para someter facturas electrónicas en formato HIPAA, CMS tendrá disponible programas de facturación electrónica a bajo costo o gratis a través de los contratistas de Medicare (carriers e intermediarios). **COSVI provee a sus proveedores el programa PC ACE para facilitar el envío de facturas en formato HIPAA.**

list is available in the following two forms the Washington Publishing Company web site at: <http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy>

- A free Adobe PDF download or
- An electronic representation of the list (available for purchase).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3803.pdf>



ONLINE PRICING FILES FOR DMEPOS

Change Request 3792

Beginning October 1, 2005, the standard for the number of online pricing files maintained by the durable medical equipment regional carrier (DMERC), fiscal intermediaries (FI) and regional home health intermediary (RHHI) standard systems for determining the applicable allowed amount for paying DMEPOS claims is eight fee screens/pricing for DMEPOS claims billed to DMERCs, FIs and RHHIs for payment on a fee for service basis.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3792.pdf>

CMS ENDING CONTINGENCY FOR NON-HIPAA-COMPLIANT MEDICARE CLAIMS

Change Request 3956

On August 4, 2005 Mark B. McClellan, M.D., Ph.D., Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) administrator, announced that CMS will not process incoming non-HIPAA-compliant electronic Medicare claims submitted for payment beginning October 1, 2005.

Prior to October 1, 2005, claims in a non-compliant electronic format will continue to be paid. This process changes as of October 1, 2005, when claims that do not meet standards required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) will be returned to the filer for re-submission as compliant claims. Non-compliant claims will not be processed.

To enable electronic submission of HIPAA-compliant claims, CMS continues to make available free/low cost software through Medicare carriers and intermediaries. COSVI provides the PC ACE software for those providers requiring a HIPAA compliant version for the submission of electronic claims.

El programa está disponible en <http://www.cosvi.com/medicare/edi4.htm>. Ésta es una parte de la extensa campaña de CMS para ayudar a los proveedores con el cumplimiento de la ley HIPAA.

NUEVO PRECIO PROMEDIO DE VENTA (ASP) PARA ABRIL 2005

Change Request 3846

El Acta de Modernización de Medicare del 2003 (MMA), Sección 303, revisa la metodología de pago para medicamentos de la Parte B que no se pagan en un costo o basados en pagos prospectivos. Efectivo el 1 de enero de 2005, estos medicamentos serán pagados basados en la nueva metodología de pago: el Precio Promedio de Venta (ASP). La metodología de pago ASP se basa en la información suministrada trimestralmente a CMS por los fabricantes. CMS suministrará a los contratistas las listas del Precio Promedio de Venta (ASP) de los medicamentos para Medicare Parte B trimestralmente. Los límites de pago permitidos serán revisados en las listas de precio de los medicamentos del 1 de enero de 2005 y el 1 de abril de 2005.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3846.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE JULIO 2005 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA SERVICIOS AMBULATORIOS EN HOSPITAL (OPPS)

Change Request 3915

Esta notificación describe los cambios al sistema de pagos prospectivos para servicios ambulatorios en hospital (OPPS), que serán implantados en Julio de 2005. También describe los cambios en las políticas de pago y facturación de procedimientos bajo OPPS. El OPPS OCE y el OPPS PRICER reflejarán los cambios en los códigos, en la clasificación de pagos ambulatorios (APC, en inglés), en modificadores, y Revenue Codes. Los cambios mencionados en esta notificación son efectivos para servicios brindados después del **1 de julio de 2005**.

La información provista en esta instrucción incluye:

1. Servicios de consejería para dejar de fumar.
2. Medicamentos y Biológicos
 - Medicamentos con pagos basados en el "Average Sales Price" (ASP) Efectivos el 1 de julio de 2005
 - Tarifas de pago actualizadas para ciertos medicamentos.
 - Nuevo medicamentos aprobados para "Pass-through".
3. Servicio de Terapias Nutricionales
4. Re procesamiento de facturas OPPS que contienen ciertos de procedimientos quirúrgicos.
5. Codificación de No-"Cost Device".

The software is available on: <http://www.cosvi.com/medicare/english/edi4.htm>. This is one part of the extensive campaign by CMS to help compliant with the standards required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

NEW APRIL 2005 QUARTERLY ASP MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE AND REVISIONS TO JANUARY 2005 QUARTERLY ASP MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE

Change Request 3846

Section 303 of the MMA revises the payment methodology for Part B covered drugs and biologicals that are not paid on a cost or prospective payment basis. Per MMA, beginning January 1, 2005, drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment basis will be paid based on the new ASP methodology. The ASP payment methodology is based on quarterly data submitted to CMS by manufacturers. CMS will supply contractors with the ASP drug pricing files for Medicare Part B drugs on a quarterly basis. This CR also revises the payment allowance limits in the January 2005 and April 2005 drug pricing files.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3846.pdf>

JULY 2005 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS)

Change Request 3915

This notification describes changes to the OPPS, to be implemented in the July 2005 update. This notification further describes changes to payment policy and billing procedures under the OPPS. The July 2005 OPPS OCE and OPPS PRICER will reflect the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), Ambulatory Payment Classification (APC), HCPCS Modifier, and Revenue Code additions, changes addressed in this notification are effective for services furnished on or after July 1, 2005. July 2005 revisions to the OPPS OCE data files, instructions, and specifications are provided in Change Request 3871.

The information provided in this notification includes:

1. Smoking and tobacco-use cessation counseling services
2. Drugs and Biologicals
 - Drugs with payments based on Average Sales Price (ASP) Effective July 1, 2005
 - Updated Payment Rates for Certain Drugs
 - Newly-Approved Drugs and Biologicals Eligible for Pass-Through Status
3. Medical Nutrition Therapy Services
4. Reprocessing of OPPS Claims Containing Certain Surgical Procedures
5. No-Cost Device Coding

ACTUALIZACIÓN DE CÓDIGOS PARA LOS CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (EN INGLÉS, ASC) AÑADIDOS Y ELIMINADOS PARA EL 2005

Change Request 3905

Esta instrucción contiene la actualización de códigos para los Centros de Cirugía Ambulatoria de servicios realizados en o después del 1 de julio de 2005, junto con sus grupos de pago. Además esta instrucción provee a los contratistas las instrucciones para obtener la nueva información vía el sistema de telecomunicaciones de CMS después de la fecha estipulada.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3905.pdf>

REQUISITOS PARA CORREGIRFACTURAS EN REMOTE (DDE)

El modificar líneas de cargos en el sistema Remote (DDE) causa problemas al preparar la remesa. Por tal razón esta práctica debe ser descartada. La manera correcta para realizar cambios a una línea de cargo es eliminar la línea completa y entrarla nuevamente con las modificaciones necesarias. La única línea que se puede actualizar es de total de cargos, código 0001.

Para borrar una línea de cargo:

1. Escriba una d en el primer espacio izquierdo del código de cargo
2. Lleve el cursor a la parte superior derecha de la pantalla, donde aparece 'CLAIM PAGE 02' (Puede realizar esto oprimiendo la tecla "Home" o llevar el "mouse" a dicho campo y hacerle un click)
3. Luego oprima "Enter".

Ejemplo:

MAP1712		MEDICARE A ONLINE SYSTEM			CLAIM PAGE 02			
SC		UB92 CLAIM ENTRY SCREEN			REV CD PAGE 01			
HIC		TOB	S/LOC		PROVIDER			
CL	REV	HCPC	MODIFS	RATE	TOT	COV	TOT CHARGE	NCOV
CHARGE		SERV DT			UNIT	UNIT		
1	d307	81000			00001	00001	20.00	082905
2	0300	82153			00001	00001	20.00	082905
3	0001						40.00	

- Para añadir una línea de cargo debe ir a la última línea disponible y completarla con la información correcta. Al finalizar oprima "Enter".

- Recuerde corregir los cargos totales (código 0001) si los cambios en la línea añadida alteran el cargo. **IMPORTANTE:** Oprima PF9 para grabar todo los cambios realizados a la pantalla.

UPDATE OF HCPCS CODES AND FILE NAMES, DESCRIPTIONS AND INSTRUCTIONS FOR RETRIEVING THE 2005 ASC HCPCS ADDITIONS, DELETIONS AND MASTER LISTING

Change Request 3905

This instruction contains the updated Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes for ASC for services performed on or after July 1, 2005, along with their payment groups. It also provides instructions for contractors to retrieve the new data via the CMS Mainframe Telecommunication System on or after the specified retrieval date.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3905.pdf>

LINE ITEM CHANGES FOR DDE (REMOTE) PROVIDERS

DDE users are not supposed to update existing revenue lines. This process is no longer allowed because this causes problems in the ERA process. The right way to correct a line item is to delete the revenue line and then re-enter the line with the corrections. The only revenue code that will remain updatable is 0001.

To delete the revenue line:

1. Type a 'd' on the first space on the left of the revenue code
2. Place the cursor on the 'CLAIM PAGE 02 FIELD' (This could be done by pressing the 'Home' key on your keyboard or just place your mouse over the field and left click.) Then press enter.

Example:

To add a line just go to the last available line and add the charges and press enter.

Remember to correct the 0001 revenue total charges if there has been a change to the charge

CUBIERTA**IMPLANTE COCLEAR****Change Request 3796**

Efectivo para fechas de servicio del 4 de abril de 2005 en adelante, CMS ha extendido la cubierta de implante coclear para cubrir la pérdida de audición desde moderada hasta extrema en personas con puntuaciones de exámenes igual o menor de 40% correctas en la mejor condición auditiva, exámenes grabados en cinta para reconocimiento de oraciones y que demuestran un límite para la amplificación.

En adición CMS cubre el implante coclear para personas con problemas en reconocer oraciones con puntuaciones mayores de 40% pero menor ó igual al 60% sólo cuando el proveedor participe y los pacientes pertenezcan a alguna de las siguientes categorías:

- Pruebas clínicas con IDE (*Investigational Device Exemption*) categoría B- aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) ; o
- Una prueba bajo la Política de Pruebas Clínicas de CMS (vea Pub. 100.3, sección 310.1); o
- Una prueba prospectiva, comparativa controlada aprobada por CMS consistente con los requisitos de análisis de cubierta nacional y que reúna unos estándares de calidad específicos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: www.cms.hhs.gov/vedlearn/matters/mmarticles/2005/MM3796.pdf

APREPITANT PARA QUIMIOTERAPIA - EMESIS INDUCIDO**Change Request 3831**

El 4 de abril de 2005, los Centros de Servicios Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron una Determinación de Cubierta Nacional (NCD) para cubrir el uso del anti-emético oral de tres combinaciones de medicamentos Aprepitant (Emend®), un antagonista 5-HT₃ y dexametasona para una población de pacientes en específicos. La población de pacientes que son elegibles para el uso de esta combinación oral de medicamentos son aquellos que reciben uno o más de los siguientes agentes quimioterapéuticos anti-cáncer: Carmustine, Cisplatin, Cyclophosphamide, Dacarbazine, Mechlorethamine, Streptozocin, Doxorubicin, Epirubicin y/o Lomustine.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3831.pdf>

COVERAGE**COCHLEAR IMPLANTATION****Change Request 3796**

Effectives for dates of services on and after April 4, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has expanded the coverage for cochlear implantation to cover moderate-to-profound hearing loss in individuals with hearing test scores equal to or less than 40% correct in the best aided listening condition on tape-recorded test of open-set-sentence recognition and who demonstrate limited benefit from amplification.

In addition CMS is covering cochlear implantation for individuals with open-set sentence recognition test scores of greater than 40% to less than or equal to 60% correct but only when the provider is participating in, and patients are enrolled in, either:

- A Food and Drug Administration (FDA)-approved category B investigational device exemption (IDE) clinical trial; or
- A trial under the CMS clinical trial policy (see Pub. 100.3, section 310.1); or
- A prospective, controlled comparative trial approved by CMS as consistent with the evidentiary requirements for national coverage analyses and meeting specific quality standards.

A provider education article related to this instruction is available at: www.cms.hhs.gov/vedlearn/matters/mmarticles/2005/MM3796.pdf

APREPITANT FOR CHEMOTHERAPY - INDUCED EMESIS**Change Request 3831**

On April 4, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced a National Coverage Determination (NCD) covering the use of the oral anti-emetic 3-drug combination of aprepitant (Emend®), a 5-HT₃ antagonist, and dexamethasone for a specified patient population. The defined patient population for which the use of the oral anti-emetic 3-drug combination of aprepitant (Emend®), a 5-HT₃ antagonist, and dexamethasone is reasonable and necessary is only those patients who are receiving one or more of the following anti-cancer chemotherapeutic agents: Carmustine, Cisplatin, Cyclophosphamide, Dacarbazine, Mechlorethamine, Streptozocin, Doxorubicin, Epirubicin and/or Lomustine.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3831.pdf>

SNF

PROGRAMA DEL PAGADOR (SOFTWARE PRICER) PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE SNF

Change Request 3774

CMS ha desarrollado un Programa de Pago (*software pricer*) para los SNF que calcula la tarifa de pago de Medicare. CMS provee un programa para determinar el precio sobre el cuál se basa el pago prospectivo. El programa (*Pricer*) es actualizado anualmente y está disponible electrónicamente en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/pricer/default.asp>

Efectivo para períodos de costo que comienzan en o después del **1 de julio de 1998**, todos los costos cubiertos (de rutina, ancilares y de capital) de los servicios cubiertos por los SNF facturados con un tipo de factura 21x serán reembolsados basado en los cálculos realizados por el Programa de Pago de los SNF.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3774.pdf>

SNF

SNF PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM PRICER SOFTWARE

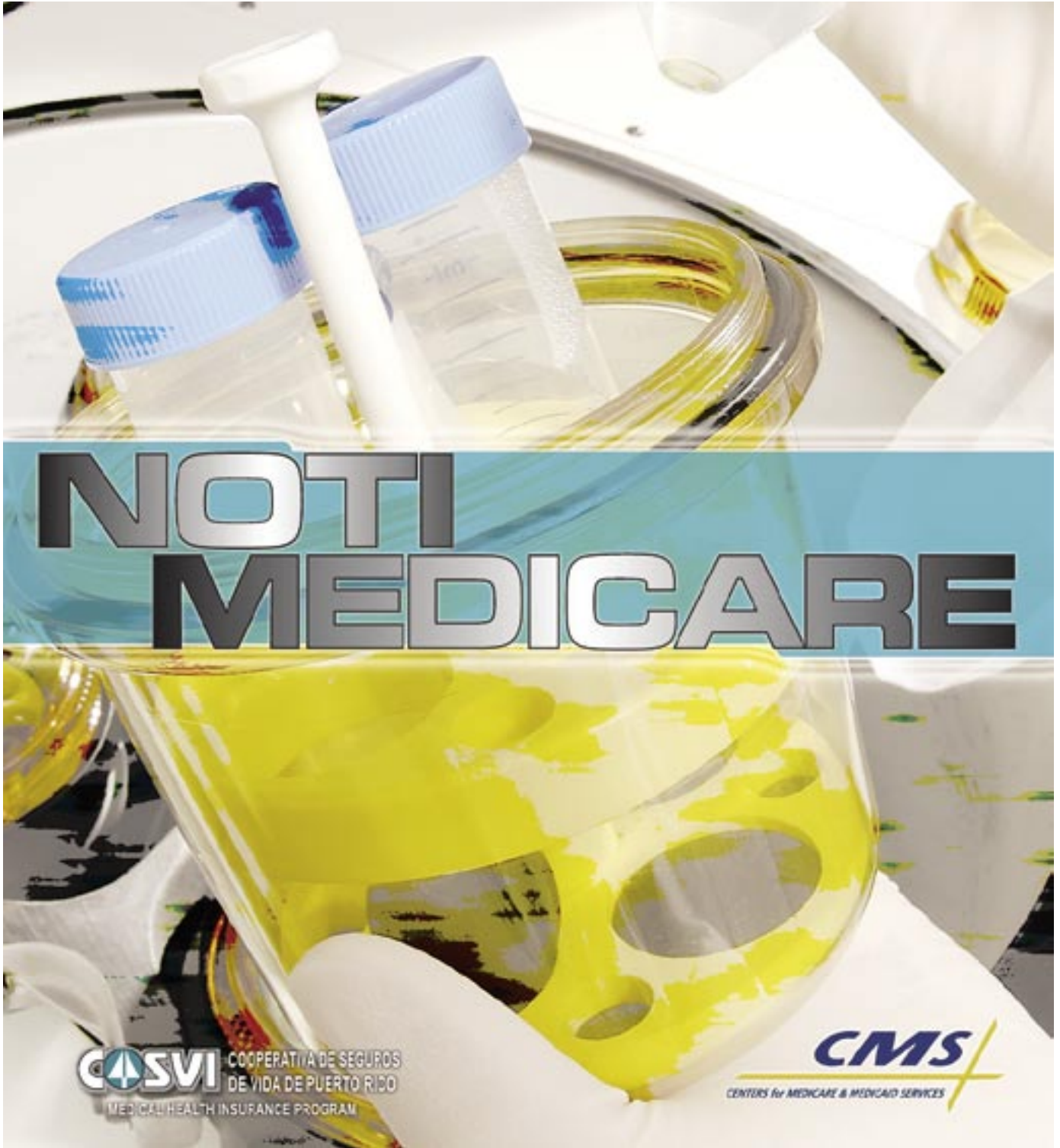
Change Request 3774

The CMS has previously developed a SNF Pricer Program that calculates the Medicare payment rate. CMS provides a Pricer Program to determine the price upon which to base payment under prospective payment. The Pricer is updated at least annually and is available electronically at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/pricer/default.asp>

Effective for cost reporting periods beginning on or after **July 1, 1998**, covering all costs (routine, ancillary and capital) of covered SNF services billed on a 21x bill type shall be reimbursed based on calculations made by the SNF Pricer.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3774.pdf>





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