

Medicare Informa Systems Transition

TRANSICIÓN DE SISTEMAS EN LA DIVISIÓN MEDICARE

Vips Medicare System (VMS) ha sido nuestro sistema de procesamiento de reclamaciones desde el 1990 hasta el presente. A partir del 1ro de agosto de 2005, nuestro nuevo sistema será **Multi Carrier System** (MCS), el cual maneja la compañía Electronic Data System.

Nuestra transición al nuevo sistema MCS comenzó el 9 de noviembre de 2004. Desde este momento, un grupo de empleados de Medicare se ha dedicado a llevar a cabo las pruebas necesarias para que esta transición sea lo más transparente posible para todos ustedes.

Cont. en página 4

SYSTEMS TRANSITION WITHIN THE MEDICARE DIVISION

*Vips Medicare System (VMS) has been our claims processing system since 1990. Starting August 1, 2005, our new processing system will be the **Multi Carrier System** (MCS), which is operated by Electronic Data System.*

Our process began on November 9, 2004. Since then, a group of Medicare employees has been dedicated to conduct the necessary tests in order for this transition to be as smooth as possible for you.

Cont. on page 4



<http://www.cms.hhs.gov>
<http://www.triples-med.org>

Emission Date: July 15, 2005

Este boletín debe ser compartido con todos los profesionales de la salud y administrativos que formen parte de su oficina. Copias adicionales del boletín están disponibles libre de cargo en nuestra página de internet en la siguiente dirección: www.triples-med.org

This bulletin should be shared with all health care practitioners and managerial members of the provider/supplier staff. Additional no-cost copies are available on our website at www.triples-med.org

AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

The responsibility for the content of this file/product is with Triple-S, Inc. and CMS and no endorsement by the AMA is intended or implied. The AMA disclaims responsibility for any consequences or liability attributable to or related to any use, non-use, or interpretation of information contained or not contained in this file/product. This Agreement will terminate upon notice if you violate its terms. The AMA is a third party beneficiary to this Agreement.

TABLA DE CONTENIDO

Transición de Sistemas

Transición de Sistemas	Portada & 4
Periodo de Espera para el Pago de Reclamaciones	7
Nuevos Cambios en Ajustes	9
Actualización MCS - Envío de Reclamaciones	10
Actualización MCS - Código de Región	10
Conversión del Sistema	12
Intercambio de Datos Electrónicos	12
Número de Control de Reclamaciones	15
Número de Control de Correspondencia	16
El Directorio Medigap de MCS	17
Preguntas y Respuestas - Conversión MCS	22
Nuevo Sistema Interactivo de Respuestas	26

TABLE OF CONTENTS

Systems Transition

<i>Systems Transition</i>	<i>Cover & 4</i>
<i>Claim Payment Floor</i>	<i>8</i>
<i>New Changes in Adjustments</i>	<i>9</i>
<i>Claims Submission</i>	<i>10</i>
<i>Region Codes</i>	<i>10</i>
<i>System Conversion</i>	<i>12</i>
<i>Electronic Data Interchange (EDI)</i>	<i>12</i>
<i>Internal Control Numbers for Claims</i>	<i>15</i>
<i>Correspondence Control Numbers</i>	<i>16</i>
<i>MCS Medigap Directory</i>	<i>17</i>
<i>Questions and Answers About the Conversion ...</i>	<i>22</i>
<i>New Interactive Voice Response Unit</i>	<i>26</i>

CPT codes, descriptions and other data only are copyright 2004 American Medical Association (or such other date of publication of CPT). All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS Clauses Apply. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association. All rights reserved.

MOA-2005

Transición de Sistemas

Entre los cambios más significativos, y que han de ser vigentes al 1 de agosto de 2005, se encuentran los siguientes:

1. **Cambios en el número de control de la reclamación** (ICN – Internal Control Number); y
2. **Cambios en el número de control de la correspondencia** (CCN – Correspondence Control Number)

A partir de esta fecha, ambos números de control se identificarían con 13 dígitos, en vez de los acostumbrados 11 dígitos. Se añadieron dos (2) dígitos para identificar la región (o sea, a qué tipo de documento se refiere). A su vez, en las reclamaciones el número de serie (“Batch”) se identificará con tres (3) dígitos, en vez de cuatro (4); y el número de secuencia se identificará con tres (3) dígitos, en vez de dos (2).

Por ejemplo, en el caso de una reclamación “X”, su número de reclamación es: YYJJBBBBSS (05092756292). Con el nuevo sistema la reclamación se registrará: RRYJJBBBBSS (0205091278260).

En el caso de una correspondencia “X”, ésta se documenta como: YYJJBBBBSS (04362400002). En agosto la correspondencia se registrará: RRYJJBBBBSS (9104362350010).

Dígitos del Número de Control Control Number Digit	Descripción de Dígitos Digit Description	Ejemplo de Reclamación Claim Example	Ejemplo de Correspondencia Correspondence Example
RR	Región/Region	02 **	91**
YY	Año /Year	05	04
JJJ	Fecha Juliana /Julian Date	091	362
BBB	Número de Serie /Batch	278	350
SSS	Secuencia/Sequence	260	010

La siguiente tabla presenta los dígitos a utilizarse en el número de control:

** En el caso de la reclamación, el **02** identifica al documento del ejemplo como una reclamación por vía electrónica (EMC – Electronic Media Claims). En el caso de la correspondencia, el **91** identifica al documento del ejemplo como audiencia (“Hearing”).

Systems Transition

Among the significant changes, which are to be effective August 1, 2005, are:

1. **Changes to the internal control number (ICN); and**
2. **Changes to the correspondence control number (CCN)**

On the abovementioned date, both control numbers will be identified with 13 digits instead of the usual 11 digits. Two (2) digits were added to identify the region, or the type of document in reference. At the same time, the batch and serial numbers of the ICN will each be identified with three (3) digits instead of its usual four (4) and two(2) accordingly.

For example, an ICN using the current system: YYJJBBBBSS (05092756292); the same ICN with the new system will be acknowledged as: RRYJJBBBBSS (0205091278260).

Moreover, the correspondence documented through the Vips Medical System, the CCN would be documented as: YYJJBBBBSS (04362400002), with the Multi Carrier System, the CCN will then be documented as: RRYJJBBBBSS (9104362350010).

The following table provides a description of the digits to be used in the control number:

** **02** identifies the claim as an Electronic Media Claim (EMC); **91** identifies the correspondence as a Hearing.

Cont. on next page

Transición de Sistemas

3. Cambios al número de ajuste de una reclamación

Actualmente se identifica el ajuste por el último dígito del número de control – ej. 05151179901001. Una vez se transicione al nuevo sistema, el ajuste de la reclamación se identificará con el dígito **97** al comienzo del número de control, como se muestra en el ejemplo: **9705151345001**

4. Reducción al Período de Espera para Pago (“Payment Floor”)

El período de espera para pago de las reclamaciones tanto de papel como las de vía electrónica o EMC, se reducirá durante el período de la transición. El propósito de esta reducción es generar los pagos de una manera más rápida. En el presente, las reclamaciones en papel tienen un período de espera para pago de 27 días y las de tipo EMC tienen un período de espera para pago de 14 días. El plan de reducción será de la siguiente manera:

Marco de Tiempo / Time Frame	Período de Espera para Pago / Payment Floor
Al presente hasta julio 1, 2005 Present through July 1, 2005	Guías Estándares de CMS Standard CMS Guidelines
Desde julio 4, 2005 hasta julio 15, 2005 July 4, 2005 through July 15, 2005	El Período de Espera para Pago de las reclamaciones tanto a base de papel como las EMC será de 14 días Paper and EMC Floor and Ceiling of 14 days
Desde julio 18, 2005 hasta agosto 5, 2005 July 18, 2005 through August 5, 2005	No habrá ningún Período de Espera para Pago No Payment Floor
Desde agosto 8, 2005 en adelante August 8, 2005 and after	Guías Estándares de CMS Standard CMS Guidelines

5. Reclamaciones de Anestesia

Al presente, el número de minutos del período de la anestesia se indican en el encasillado de *número de servicios*. A partir de agosto, el número de servicios se sustituirá por el *número de unidades*; o sea, cada 15 minutos o fracción de minuto es el equivalente a un servicio. Por ejemplo: 60 minutos = 4 servicios; y 38 min. = 3 servicios (en otras palabras, 38mins. / 15mins. = 2.5 servicios, los cuales se redondean a 3).

Systems Transition

3. Changes to the claim’s adjustment number

Presently, the last digit of the control number identifies the claims as one that is being adjusted, for example: 05151179901001. Once the transition is made to the new system, the claim’s adjustment will be identified with the digit number **97** at the beginning of the control number, as is shown in the following example: **9705151345001**.

4 Payment Floor Reduction

The payment floor for both paper based and EMC claims will be reduced during the transitional period. The purpose of this reduction is to issue payments in a quicker fashion. Currently, claims that are paper based have a payment floor plan of 27 days and those that are EMC based, have a payment floor of 14 days. The reduction plan will go as follows:

5. Anesthesia Claims

At the moment, the number of minutes per anesthesia period is being identified on the space provided for the number of service. As of August 1, the number of services will be substituted for the number of units; in other words, every 15 minutes or fraction of minutes will be equivalent to a service. For example: 60 minutes = 4 services; or 38 minutes = 3 services (38mins. / 15mins. = 2.5 services, which is rounded off to 3).

Cont. on next page

Transición de Sistemas

6. Cirugías con más de un servicio el mismo día

Normalmente cuando se facturan varios servicios del mismo código de cirugía, se documentan en la misma línea (Ej. 66984 con 2 servicios). Con el nuevo sistema la cantidad de servicios por código de cirugía deberá aparecer en líneas por separado (Ej. Línea 1 → 66984 con 1 servicio; Línea 2 → 66984 con 1 servicio). De esta forma se evita que se generen cartas del sistema de desarrollo automatizado (ADS – Automated Development System).

7. Facturación Electrónica

A partir del 1ro de agosto será compulsorio utilizar el **número de remitente** en el encasillado correspondiente. Hasta el momento se ha permitido utilizar el número de seguro social, pero luego de esta fecha, las reclamaciones que se reciban de esta forma se rechazarán.

8. Uso del Código Postal (“Zip Code”)

Con el cambio al nuevo sistema, toda reclamación **deberá** incluir el código postal o “zip code” en el encasillado correspondiente, ya que **será necesario para pagar las reclamaciones**. Los encasillados que han de completarse irán de acuerdo al tipo de reclamaciones que se esté sometiendo.

9. Fechas de servicio vs. número de servicios

Al momento de facturar un código con varios servicios donde el número de servicios no es el mismo al número de fechas, éstas se deben indicar por separado. En otras palabras, las fechas deberán ser los días específicos en que se ofrecieron los servicios. Por ejemplo, en vez de facturar 030105 a 030505 con 4 servicios, el método de facturación nuevo será: 030105 con 1 servicio; 030205 con 1 servicio; 030405 con 1 servicio; 030505 con 1 servicio.

Para información más detallada sobre estos y otros cambios al sistema, puede acceder a nuestra página de Internet: <http://www.triples-med.org>.

Systems Transition

6. Same day multiple service surgeries

Normally, when various services are billed under the same surgery code, all of the pertaining information is written on the same line (example: 66984 with 2 services). With the new system the total amount of services per surgery code should appear on separate lines (example: Line 1 → 66984 with 1 service; Line 2 → with 1 service). This to avoid generating automated development system (ADS) letters.

7. Electronic Billing

*As of August 1, it will be mandatory to use the **remittance number** on the space provided. Until now, it has been allowed to use the Social Security Number (SSN), but as of this date, any claim that is received with the SSN instead of the remittance number, will be denied.*

8. The Use of Zip Codes

*With the change to the new system, every claim **must** include the zip code on the spaces provided, since **it will be mandatory in order to pay the claims**. The items that are to be filled out are those applicable to the type of claim.*

9. Service dates vs. service numbers

When billing a code with various services where the number of services is not the same as the dates, these have to be written separately. For example, instead of billing 030105 to 030505 with 4 services, the new billing method will be: 030105 with 1 service; 030205 with 1 service; 030405 with 1 service; 030505 with 1 service.

For more information regarding these and other changes, visit our web site: <http://www.triples-med.org>.

By: Ida Casablanca/Project Leader - Triple-S Transition/JS-6-08-05
María M. Meléndez - Call Center
Rodney Rodríguez-Communications /Lillian Vega-Communications

Transición de Sistemas

!!!MUY IMPORTANTE!!!

PERIODO DE ESPERA PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

Para asegurar una transición libre de inconvenientes al nuevo Multi-Carrier System (MCS), se reducirán a un mínimo las reclamaciones pendientes en el sistema de procesamiento. Para lograr esta meta, obtuvimos de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) la aprobación para reducir gradualmente el periodo de espera para el pago de las reclamaciones a partir del 4 de julio de 2005.

El periodo de espera para el pago de las reclamaciones tanto de papel como las de vía electrónica (EMC) se reducirá durante el período de la transición. El propósito de esta reducción es generar los pagos de una manera más rápida. En el presente, las reclamaciones en papel tienen un período de espera para pago de 27 días y las de tipo EMC tienen un período de espera para pago de 14 días. El plan de reducción será de la siguiente manera:

Periodo de Tiempo	Periodo de Espera para el Pago de Reclamaciones
Presente hasta el 1 de julio de 2005	Periodo de Espera Estatutario de CMS para el Pago de Reclamaciones (14 días reclamaciones electrónicas, 27 días reclamaciones en papel)
4 de julio de 2005 hasta 15 de julio de 2005	14 Días para Ambas Reclamaciones, Electrónicas y en Papel
18 de julio de 2005 hasta el 5 de agosto de 2005	No hay de Periodo de Espera para el Pago de Reclamaciones
8 de agosto de 2005 en adelante	Periodo de Espera Estatutario de CMS para el Pago de Reclamaciones se Pone en Vigor Nuevamente (14 días reclamaciones electrónicas, 27 días reclamaciones en papel)

Por favor noten que del 8 de agosto de 2005 en adelante, el tiempo para procesar una reclamación volverá a ser el mismo que existía previo al 4 de julio de 2005.

Systems Transition

VERY IMPORTANT!!!

CLAIM PAYMENT FLOOR

To help insure a smooth conversion to the new Multi-Carrier System (MCS), claims pending in the processing system will be reduced to a minimum. To achieve this goal, we have obtained approval from the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) to gradually reduce the payment floor beginning July 4, 2005.

The payment floor for both paper based and EMC claims will be reduced during the transitional period. The purpose of this reduction is to issue payments in a quicker fashion. Currently, claims that are paper based have a payment floor plan of 27 days and those that are EMC based have a payment floor of 14 days. The reduction plan will go as follows:

Time Frame	Payment Floor
Present through July 1, 2005	CMS Statutory Payment Floor (14 days for EMC, 27 days for paper claims)
July 4, 2005 through July 15, 2005	14 days (both EMC and paper claims)
July 18, 2005 through August 5, 2005	No Payment Floor
August 8, 2005 and after	CMS Statutory Payment Floor Resumes (14 days for EMC, 27 days for paper claims)

Please note that claim completion turn around time, from August 8, 2005 and after, will return to the level experienced prior to the July 4, 2005 date.

Transición de Sistemas

NUEVOS CAMBIOS EN AJUSTES

A partir del 1 de agosto de 2005 se harán dos tipos de ajustes a las reclamaciones, Ajustes a la Reclamación en su Totalidad y Ajustes Estadísticos.

Los **Ajustes Totales a la Reclamación** se consideran reemplazos de reclamaciones. Esto significa que todos los servicios se desplegarán en su Aviso de Remesa al Proveedor (PRN por sus siglas en inglés) aún cuando los servicios individuales no han cambiado. Tal como hemos señalado en otros artículos, el Número de Control Interno (ICN por sus siglas en inglés) del ajuste ya no será el número original de la reclamación con un "01" al final. El ICN asignado por el sistema de MCS no hace referencia a la reclamación original que requirió ajuste.

La mayoría de los ajustes que se efectúan son ajustes totales a la reclamación. El ajuste total se utilizará cuando exista información nueva o cuando la información en la reclamación sufra algún cambio que afecte el pago de la misma, sea que se trate de un pago en exceso o un pago menor que el debido.

Un **Ajuste Estadístico** se efectúa cuando es necesario realizar en la reclamación algún cambio que no afecte la cantidad del pago. Este ajuste se desplegará en su PRN igual que un Ajuste Total a la Reclamación. Nuevamente enfatizamos que el Número de Control de la Reclamación (ICN) no será el mismo de la reclamación original con "01" al final. Es decir, el ICN que MCS asignará no hará referencia a la reclamación original que requirió ajuste.

Le recomendamos que revise los ajustes que encuentre en su PRN contra su reclamación original utilizando el nombre del beneficiario, las fechas de servicio y los códigos de procedimientos.

No es necesario que los proveedores vuelvan a someter reclamaciones nuevas. Someta todas sus reclamaciones como lo hace normalmente. No retenga reclamaciones, sino continúe sometiéndolas como de costumbre. Tendremos informes para asegurarnos que todo trabajo pendiente se transfiera.

Systems Transition

NEW CHANGES IN ADJUSTMENTS

Beginning August 1, 2005, two types of claim adjustments will be made, Full Claim Adjustments and Statistical Adjustments.

***Full Claim Adjustments** are considered replacement claims. This means that all services will be displayed on your Provider Remittance Notice (PRN) even when individual services have not been changed. As we have pointed out in other articles, the Internal Control Number (ICN) of the adjustment will no longer be the original claim number ending in "01". The ICN assigned by the MCS system does not cross reference back to the original claim being adjusted.*

***Full Claim Adjustments** will be done on most claims that are presented for adjustments. The Full Claim Adjustment is used when there is new information or information on the claim changed that results in a change in payment of the claim (i.e., overpayment or underpayment).*

*When a change needs to be made to a claim that does not affect the payment of the claim, the adjustment type is called a **Statistical Adjustment**. It will not display any differently on your PRN than Full Claim Adjustments. Again, the ICN number of the adjustment does not cross reference back to the original claim ICN ending in "01".*

We recommend cross referencing adjustments on your PRN back to your original claim by using the beneficiary name, date(s) of service, and procedure code(s) on the claim.

It is not necessary for providers to resubmit new claims. File all claims as normal. Do not hold claims, but continue to submit as usual. We will run reports to ensure all pending work is transferred.

Transición de Sistemas

ACTUALIZACIÓN MCS – ENVÍO DE RECLAMACIONES

Triple-S Inc. / Medicare Parte B le recuerda que puede enviar sus reclamaciones como de costumbre. Si usted factura en papel, envíe sus reclamaciones a la oficina de Medicare. Si utiliza medios electrónicos para facturar a Medicare, continúe transmitiéndolas electrónicamente. El 21 de julio de 2005 será el último día en que procesaremos sus facturas mediante el sistema actual. Todas aquellas reclamaciones que queden pendientes se transferirán al nuevo sistema para ser procesadas con la misma fecha en que se recibieron.

No es necesario que los proveedores vuelvan a someter reclamaciones nuevas. Envíe todas sus reclamaciones como normalmente suele hacerlo. No retenga sus reclamaciones, envíelas como de costumbre. Se emitirán reportes que aseguren que todo el trabajo pendiente ha sido transferido.

Systems Transition

MCS UPDATE - CLAIMS SUBMISSION

Triple-S, Medicare Part B would like to remind providers to continue submitting their claims as normal. If you submit paper (hardcopy) claims, continue to mail your claims to the Medicare office. If you submit your claims to the Medicare office electronically, continue to transmit your claims electronically. The last day claims will be processed through the current system will be July 21, 2005. All pending claims will be transferred to the new system for processing with the same date they were received.

It is not necessary for providers to resubmit new claims. File all claims as normal. Do not hold claims, but continue to submit as usual. We will run reports to ensure all pending work is transferred.

ACTUALIZACIÓN MCS – CÓDIGO DE REGIÓN

El código de región identifica el medio a través del cual la oficina de Medicare recibió sus reclamaciones. Bajo MCS los códigos de región serán diferentes a aquellos que el sistema anterior utilizó.

Revise la información a continuación y conozca los nuevos códigos de región que usted verá en su Aviso de Remesa, una vez se haya llevado a cabo la transición. A continuación las **Tablas de Códigos de Región:**

MCS UPDATE - REGION CODES

The region code identifies how the claims were received in the Medicare office. The region codes under MCS are different than those used in our current system.

*Please review the chart and familiarize yourself with the new region codes you will see on your Provider Remittance Notice once the transition has taken place. Following are the **Region Code Tables:***

Cont. on next page

**REGIONS FOR MCS
CLAIMS/CORRESPONDENCE/CASH/ADJUSTMENTS
PUERTO RICO**

REGION	DESCRIPTIONS	Claim Type
01	Paper claims	Medical(03)
02	EMC claims	Medical(03)
03	Non-assign claims	Medical(03)
05	Reprocessed claims / ADS	Medical(03)
87	Corr. Reviews & Reopenings	Correspondence(01)
88	Corr. (Bene) Written & Inquiry	Correspondence(01)
89	Corr. (Prov) Written & Inquiry	Correspondence(01)
90	Open (Telephone)	Correspondence(01)
91	Fair Hearings & ALJ's	Correspondence(01)
92	Telephone (Reviews)	Correspondence(01)
83	Adjust. from Corr.(region-87) Mass adjustment / Unsolicited	Adjustment(02)
96	Responses	Adjustment(02)
97	Adjust. from other regions	Adjustment(02)
98	Statistical	Adjustment(02)
94	AR set-ups	Cash(01)
95	Cash receipts	Cash(01)

**REGIONS FOR MCS
CLAIMS/CORRESPONDENCE/CASH/ADJUSTMENTS
VIRGIN ISLANDS**

REGIONS	DESCRIPTIONS	Claim Type
11	EMC claims	Medical(03)
12	Paper claims	Medical(03)
13	Reprocessed claims / ADS	Medical(03)
14	Non-assign paper claims	Medical(03)
40	Telephone (Reviews)	Correspondence(01)
42	Fair Hearing / ALJ's	Correspondence(01)
43	Corr. (Bene) Written & Inquiry	Correspondence(01)
44	Corr. Reviews & Reopenings	Correspondence(01)
45	Corr. (Prov) Written & Inquiry	Correspondence(01)
46	Adjust. from Corr.(region-87)	Adjustment(02)
47	adjust. from other regions Mass adjustment / Unsolicited	Adjustment(02)
48	Responses	Adjustment(02)
84	Statistical	Adjustment(02)
71	AR set-ups	Cash(01)
72	Cash receipts	Cash(01)

Nota: "Medical" en MCS significa reclamación / Note: Medical in MCS simply means claim

Transición de Sistemas

CONVERSIÓN DEL SISTEMA

Con el propósito de convertir todos los datos en el sistema, se deberá detener las transacciones normales. Desde el 27 al 29 de julio de 2005, los proveedores deberán comunicarse a la Parte B de Medicare exclusivamente para consultas. El contratista de la Parte B no podrá llevar a cabo funciones tales como:

- Asignar números de identificación de proveedor
- Asignar números para facturar electrónicamente
- Ajustes de reclamaciones
- Ordenar duplicados del Resumen de Medicare o del Aviso de Remesa
- Correr ciclos de pago
- Suscribir nuevos proveedores a depósito directo

Systems Transition

SYSTEM CONVERSION

In order to convert all systems data, normal transactions must be stopped. Effective July 27, 2005 through July 29, 2005, providers may contact Medicare Part B for inquiries only. The carrier will not be able to perform such functions as:

- *Assigning provider identification numbers*
- *Assigning electronic submitter identification numbers*
- *Adjusting Claims (i.e., appeals, medical review)*
- *Ordering Medicare Summary Notices/ Provider Remittance Advice Notices*
- *Running payment cycles*
- *Enrolling new providers for EFT*

INTERCAMBIO DE DATOS ELECTRÓNICOS

Siete días antes de la transferencia de los datos durante el cambio al *Multi-Carrier System* (MCS por sus siglas en inglés), aceptaremos reclamaciones enviadas a nuestro servidor, pero no las procesaremos hasta después de la conversión. Después que se lleve a cabo la conversión es que tendremos la habilidad de procesar las reclamaciones bajo el sistema de MCS. Cuando finalmente se envíen los archivos de reclamaciones a MCS para su procesamiento, se les cambiará la fecha con retroactividad a la fecha original de recibido de la reclamación. Con este cambio de fecha Triple-S, Inc./Medicare Parte B puede asegurar que se asignó la fecha correcta para calcular el periodo de espera para el pago de reclamaciones.

No retenga reclamaciones, sino continúe sometiéndolas como de costumbre. Tendremos informes para asegurarnos que todo trabajo pendiente se transfiera. El siguiente itinerario le servirá a su oficina de guía en la planificación para la conversión de MCS:

ELECTRONIC DATA INTERCHANGE (EDI)

During the changeover to the MCS, seven days before the cutover we will accept the receipt of claims on our server, but will not process them until after the conversion when we can process them in the MCS. Claim files will be backdated when they are ultimately sent to the MCS for processing. By backdating the file with the original date of receipt, Triple-S, Inc. / Medicare Part B can ensure the correct date is applied when calculating the payment floor.

Do not hold claims, but continue to submit normally. We will run reports to ensure all pending work is transferred. Following is an EDI schedule to help guide your office in planning for the MCS conversion:

Cont. on next page

Fecha	Actividad
Jueves, 21 de julio de 2005	Comenzaremos a retener toda solicitud de intercambio de datos electrónicos (EDI). Las solicitudes de instalación recibidas a partir de esta fecha se retendrán hasta la conversión. Las solicitudes atrasadas se procesarán a partir del 1 de agosto de 2005 en el orden en que se recibieron.
Lunes, 25 de julio de 2005	Último día para someter archivos de reclamaciones electrónicas para procesar bajo el sistema de VMS.
Martes, 26 de julio de 2005	Los proveedores pueden someter reclamaciones pero retendremos su procesamiento hasta la conversión a MCS. Las reclamaciones que se reciban en este día se procesarán el sábado 30 de julio de 2005 con fecha de recibido del 26 de julio de 2005.
Miércoles, 27 de julio de 2005	Los proveedores pueden someter reclamaciones pero retendremos su procesamiento hasta la conversión a MCS. Las reclamaciones que se reciban en este día se procesarán el domingo 31 de julio de 2005 con fecha de recibido del 27 de julio de 2005.
Jueves, 28 de julio de 2005	Los proveedores pueden someter reclamaciones pero retendremos su procesamiento hasta la conversión a MCS. Las reclamaciones que se reciban en este día se procesarán el domingo 31 de julio de 2005 con fecha de recibido del 28 de julio de 2005.
Viernes, 29 de julio de 2005	Los proveedores pueden someter reclamaciones pero retendremos su procesamiento hasta la conversión a MCS. Las reclamaciones que se reciban en este día se procesarán el lunes 1 de agosto de 2005 con fecha de recibido del 29 de julio de 2005.
Sábado, 30 de julio de 2005	Procesaremos las reclamaciones retenidas recibidas el 26 de julio de 2005.
Domingo, 31 de julio de 2005	Procesaremos las reclamaciones retenidas recibidas los días 27 y 28 de julio de 2005.
Lunes, 1 de agosto de 2005	Comienza la producción bajo MCS. Procesaremos los archivos de reclamaciones retenidas recibidas el 1 de agosto de 2005 y los archivos de reclamaciones recibidos el 29 de julio de 2005.
Martes, 2 de agosto de 2005	Trabajos como de costumbre. Las reclamaciones electrónicas recibidas en este día se procesarán por MCS durante esa noche y se generarán los informes de rastreo para auditorías para su uso al día siguiente.

Nota: Dado que los archivos de reclamaciones se retendrán hasta después de la conversión a MCS, puede que usted reciba archivos de remesa e informes de rastreo con fechas de sábado y domingo. Este proceso ocurrirá solamente en la conversión de MCS y ocurrirá solamente una vez.

Date	Activity
Thursday, July 21, 2005	We will begin to hold all EDI paperwork. Setup requests received on this date and after will be held until the conversion. We will begin to process the backlogged paperwork on Monday, August 1, 2005 in the order it was received.
Monday, July 25, 2005	Last day to submit electronic claim files for processing on VMS.
Tuesday, July 26, 2005	Providers may submit claims but we will hold them for processing until we convert to the MCS. Claims received on this day will be processed on Saturday, July 30, 2005, backdated July 26, 2005.
Wednesday, July 27, 2005	Providers may submit claims but we will hold them for processing until we convert to the MCS. Claims received on this day will be processed on Sunday, July 31, 2005, backdated July 27, 2005.
Thursday, July 28, 2005	Providers may submit claims but we will hold them for processing until we convert to the MCS. Claims received on this day will be processed on Sunday, July 31, 2005, backdated July 28, 2005.
Friday, July 29, 2005	Providers may submit claims but we will hold them for processing until we convert to the MCS. Claims received on this day will be processed on Monday, August 1, 2005, backdated July 29, 2005.
Saturday, July 30, 2005	We will process the held claim files received on July 26, 2005.
Sunday, July 31, 2005	We will process the held claim files received on July 27-28, 2005
Monday, August 1, 2005	Production in the MCS begins. We will process the held claim files received on August 1, 2005 and the claim files received on July 29, 2005
Tuesday, August 2, 2005	Business as usual – electronic claims received this day will be processed in the MCS that night and generate audit trail reports for retrieval the next day.

NOTE: Because claim files are being held until after conversion to the MCS, you may receive remittance files and audit trail reports with Saturday and/or Sunday dates. This process will be unique to the MCS conversion and will only occur this one time.

Transición de Sistemas

ACTUALIZACIÓN MCS NÚMERO DE CONTROL INTERNO DE LA RECLAMACIÓN

Cuando Medicare recibe una reclamación en papel o por medios electrónicos, se le asigna un Número de Control Interno (ICN, por sus siglas en inglés). Estos números identifican cómo y cuándo se recibió la factura en la oficina de Medicare. Por favor, revise el ejemplo a continuación y obtenga información sobre el nuevo formato del ICN (RRYYJJJBBBSSS) que verá en su Aviso de Remesa una vez ocurra la transición a MCS. Es importante que recuerde que ya no se utilizará el ICN de la factura original con "01" al final para identificar algún ajuste que se le haga a la misma.

RRYYJJJBBBSSS (ICN)

Ejemplo del ICN de una Factura en Papel:

1201201001000
12 (RR) 01(Y Y) 201(J J J) 001 (BBB) 000(SSS)

Ejemplo del ICN de una Factura Electrónica:

1101201002000
11(RR) 01(Y Y) 201(J J J) 002(BBB) 000(SSS)

Campo	Definición
RR	Código de Región de Activación de Dos Dígitos
YY	Año (el año en que se recibió la reclamación, ej. 01=2001)
JJJ	Fecha Juliana (20 de julio de 2001 = Día 201 del año)
BBB	"Three-digit batch sequence number range 000-999"
SSS	Número de secuencia de ICN de tres dígitos

Systems Transition

MCS UPDATE INTERNAL CONTROL NUMBERS (ICN) FOR CLAIMS

When Medicare receives a paper or electronic claim it is assigned an Internal Control Number (ICN). These numbers identify how and when the claim was received in the Medicare office. Please review the following charts and familiarize yourself with the new ICN format you will see on your Provider Remittance Notice with the MCS transition. Please note that providers will no longer see the "01" at the end of the ICN signifying an adjustment has been made on the original claim number.

RRYYJJJBBBSSS (ICN)

Example of Paper Claim ICN:

1201201001000
12 (RR) 01(Y Y) 201(J J J) 001 (BBB) 000(SSS)

Example of Electronic Claim ICN:

1101201002000
11(RR) 01(Y Y) 201(J J J) 002(BBB) 000(SSS)

Field	Definition
RR	Two-digit region code
YY	Year (the year which the claim was received, e.g. 01=2001)
JJJ	Julian date (July 20, 2001 = 201st day of the year)
BBB	Three-digit batch sequence number range 000-999
SSS	Three-digit ICN sequence number

Transición de Sistemas

ACTUALIZACIÓN MCS NÚMERO DE CONTROL DE LA CORRESPONDENCIA

Cuando se recibe una pieza de correspondencia en Medicare a la misma se le asigna un número de control conocido en inglés como “Correspondence Control Number” (CCN). Estos números identifican cuándo la oficina de Medicare recibió dicha pieza de correspondencia. Por favor, revise el siguiente ejemplo para que se familiarice con el **nuevo** formato del CCN (RRYYJJBBBSSS) que verá en la correspondencia que usted reciba de Medicare una vez tome lugar la transición a MCS.

Ejemplo de Correspondencia de Apelación:

4401201001000
44(RR) 01(YY) 201(JJJ) 001(BBB) 000(SSS)

Campo	Definición
RR	Código de Región de Activación de Dos Dígitos
YY	Año (el año en que se recibió la correspondencia, ej. 01=2001)
JJJ	Fecha Juliana (20 de julio de 2001 = Día 201 del año)
BBB	“Three-digit batch sequence number range 000-999”
SSS	Número de secuencia de ICN de tres dígitos

Systems Transition

MCS UPDATE CORRESPONDENCE CONTROL NUMBERS (CCN'S)

*When Medicare receives a piece of correspondence it is assigned a Correspondence Control Number (CCN). Among other things, these numbers identify when the correspondence was received in the Medicare office. Please review the following chart and familiarize yourself with the **new** CCN form you will see on your correspondence letters once the MCS transition has taken.*

Example of an Appeals Correspondence:

4401201001000
44(RR) 01(YY) 201(JJJ) 001(BBB) 000(SSS)

Field	Definition
RR	Two-digit activation region code
YY	Year (the year which the correspondence was received, e.g.01=2001)
JJJ	Julian date (July 20, 2001 = 201st day of the year)
BBB	Three-digit batch sequence number range 000-999
SSS	Three-digit ICN sequence number

Transición de Sistemas

EL DIRECTORIO MEDIGAP DE MCS

CÓMO ASEGURAR QUE LOS PAGOS SE HAGAN A TIEMPO:

A partir del 1 de agosto de 2005, la compañía *Electronic Data Systems, Inc. (EDS)*, llevará a cabo la conversión de nuestro sistema de procesamiento de reclamaciones de *ViPs Medicare System (VMS)* a *Multi Carrier System (MCS)*. Para entonces, la identificación de todas las compañías aseguradoras Medigap conocida en inglés como "Other Carrier Name and Address" (OCNA), cambiará a un nuevo formato de MCS (MXXXX) en el que la X es igual a un carácter numérico. Para asegurar que los pagos se hagan a tiempo, todas las reclamaciones Medigap que se sometan del 26 de julio de 2005 en adelante deben contener las nuevas identificaciones de MCS.

El directorio Medigap a continuación, contiene una lista de todas las compañías aseguradoras Medigap aprobadas. Esta lista le provee los números de identificación que MCS asignó a estas compañías y los anteriores códigos de identificación OCNA de ViPs para que la utilice como herramienta de contrarreferencia. Los números de identificación asignados por MCS reemplazarán por completo cualquier otro directorio que haya sido publicado antes del 26 de julio de 2005. Por favor, realice los cambios que sean necesarios para que incluya los números de identificación asignados por MCS en la información de sus reclamaciones Medigap.

Systems Transition

MCS MEDIGAP DIRECTORY

HOW TO INSURE TIMELY PAYMENT:

As of August 1, 2005, Triple-S, Inc./ Medicare Part B will convert from the Vips system to the Multi Carrier System (MCS) for the processing of Part B claims. At that time, all the Other Carrier Name (OCNA) IDs will change to the new MCS Medigap IDs MXXXX format (X = numeric characters). As of July 26, 2005, all incoming Medigap claims are to contain the MCS IDs.

The following Medigap directory contains a current listing of all approved Medigap Insurance Companies, their MCS Identification Numbers, as well as the old ViPS OCNA IDs for the providers to use as a cross-referencing tool. The MCS IDs will entirely replace any previous directories that have been published prior to July 26, 2005. Please make the necessary changes to include the MCS IDs on the Medigap claims information that you submit to Triple-S, Inc./ Medicare Part B for claim payment consideration.

Nombre Completo de la Aseguradora Insurer Full Name	Anterior Identificación VMS Old VMS Identification	Nueva Identificación MCS New MCS Identification
AARPMN001	AARP CLAIM UNIT	A0001
AARPMP001	AARP MED SUPPLEMENT PLUS	A0002
AARPPP001	AARP'S MED SUPPLEMENT	A0003
AETNHC001	AETNA LIFE & CASUALTY	A0004
AETNHP001	AETNA LIFE & CASUALTY	A0005

Cont. on next page

Nombre Completo de la Aseguradora Insurer Full Name	Anterior Identificación VMS Old VMS Identification	Nueva Identificación MCS New MCS Identification
AETNII001	AETNA LIFE & CASUALTY	A0006
AETNSP001	AETNA LIFE & CASUALTY	A0007
ALLSHN001	ALLSTATE LIFE	A0008
ALLSSF001	ALLSTATE INSURANCE CO	A0009
AMALFN001	AMALGAMATED LIFE	A0010
AMECOM001	AMERICAN COMBINED LIFE	A0011
AMEFAM001	AMERICAN FAMILY LIFE	A0012
AMEINC001	AMERICAN INCOME INS	A0013
AMEPAT001	AMERICAN PATRIOT HEALTH	A0014
AMERCG001	AMERICAN LIFE ASSURANCE	A0015
AMERGT001	AMERICAN NATIONAL	A0016
AMERHN001	AMERICAN MEDICAL & LIFE	A0017
AMERJF001	AMERICAN HERITAGE LIFE	A0018
AMERSP001	AMERICAN INTERNATIONAL	A0019
AMERWT001	AMERICAN INCOME	A0020
AMICWN001	AMICA MUTUAL INSURANCE	A0021
ATENAN001	ATENA LIFE AND CASUALTY	A0022
BANKCI001	BANKERS LIFE AND CASUALTY	B0001
BANLIF001	BANKERS LIFE AND CASUALTY	B0002
BATULK001	BATUS HEALTH CARE PLAN	B0003
BC BSO001	BC BS MUTUAL OF OHIO	B0004
BC BSF001	BC BS	B0005
BC OSP001	BLUE CROSS OF PR	B0006
BC&BS001	B. C. & B. S. OF FLORIDA	B0007
BC/BMN001	BC/BS OF N.Y.	B0008
BC/BNN001	BC/BS OF NJ	B0009
BC/BPP001	BC/BS OF WESTERN PA	B0010
BC/CNN001	BC/CONN GNR'L LIFE INS	B0011
BCPHPP001	BCPHILA	B0012
BILLCC001	BILL KRAUSE INSURANCE	B0013
BLUEAN001	BLUE CROSS OF NORTHEASTER	B0014

Cont. on next page

Nombre Completo de la Aseguradora Insurer Full Name	Anterior Identificación VMS Old VMS Identification	Nueva Identificación MCS New MCS Identification
BLUEBN001	BLUE CROSS OF WESTERN NY	B0015
BLUENN001	BLUE CROSS & BLUE SHIELD	B0016
BUREVI001	BUREAU HLTH INS&MED ASST	B0017
CCSCSP001	CCSCA CRUZ AZUL	C0001
CLAIMN001	CLAIMCO CORP.	C0002
CNA NN001	CNA INSURANCE COMPANY	C0003
CONFMP001	CONFEDERACION LABORISTA	C0004
CONFSP001	CONFED ADMIN SERVICES	C0005
CONTCI001	CONTINENTAL ASSURANCE CO.	C0006
COO CP001	COO SERV SALUD	C0007
DEPAVI001	DEPT OF H INS & MED ASST	D0001
EQUISP001	EQUITABLE LIFE INSURANCE	E0001
FEDECN001	FEDERAL INSURANCE COMPANY	F0001
FEDEWM001	FEDERAL BLACK LUNG PROGRA	F0002
FONDRP001	FONDO SEGURO ESTADO	F0003
G H AN001	G H I	G0001
GALASP001	GENERAL ACCIDENT LIFE	G0002
GALLWN001	GALLER & BONNET OF NY INC	G0003
GENENN001	GENERAL ACCIDENT INSURANC	G0004
GOLDOP001	GOLDEN CROSS	G0005
GOVEKM001	GOVERMENT EMP HOSP ASS.	G0006
GROUAN001	GROUP HEALTH INCORPORATED	G0007
GROUNN001	GROUP HEALTH INCORPORATE	G0008
GUARNN001	GUARDIAN LIFE INS CO	G0009
HEALCI001	HEALTH ASSO PLAN BLUE CRO	H0001
HEALCP001	HEALTH CAPARRA PR	H0002
HEALSP001	HEALTH PLUS DE PR	H0003
HIMACP001	HIMA	H0004
HMO SP001	HMO	H0005
HOSCSP001	HOSCO	H0006

Cont. on next page

Nombre Completo de la Aseguradora Insurer Full Name	Anterior Identificación VMS Old VMS Identification	Nueva Identificación MCS New MCS Identification
HUMNMF001	HUMNA MEDICAL PLAN	H0007
ILGWSP001	ILGWU	I0001
INSUPP001	INSURANCE COMPANY	I0002
KODARN001	KODAK EXTENDED HLTH CARE	K0001
LIBENN001	LIBERTY MUTUAL INS. CO	L0001
LIBESN001	LIBERTY MUTUAL INSURNACE	L0002
LIFEWD001	LIFE INSURANCE CO OF	L0003
LOCAEN001	LOCAL 815 ALLIED WLFR FND	L0004
MARIBM001	MARINE ENGINEER	M0001
MENNAP001	MENNONITE GENERAL HOSP	M0002
NALCAV001	NALC HEALTH BENEFIT PLAN	N0001
NATIBC001	NATIONAL BENEFIT LIFE INS	N0002
NATICP001	NATIONAL LIFE INS. CO.	N0003
NATIHP001	NATIONAL LIFE INS CO	N0004
NATIMF001	NATIONAL UNITED INS	N0005
NATIPA001	NATIONWIDE INS	N0006
NATIPV001	NATIONAL OFFICE	N0007
NATSEN001	NATIONAL SENIOR CITIZEN	N0008
NATUSN001	NATUNALMARITIMEUNION	N0009
NEW BM001	NEW ENGLAND LIFE	N0010
NEW CN001	NEW HAMPSHIRE INS CO	N0011
NYS-NN001	NYS-ILA WELFARE FUND	N0012
P.P.GP001	P.P.O.SECURITY NAT.	P0001
P.R.SP001	P.R. HMO	P0002
PACISP001	PACIFIC MUTUAL LIFE INS.	P0003
PAN SP001	PAN AMERICAN LIFE INS. CO	P0004
PANASP001	PAN AMERICAN LIFE INS	P0005
PENNPP001	PENN MUTUAL LIFE INS CO	P0006
PILOHP001	PILOT LIFE INS.	P0007
PLANAP001	PLAN DE SALUD MENONITA	P0008
PLANS001	PLAN U.B.E.M.	P0009

Cont. on next page

Nombre Completo de la Aseguradora Insurer Full Name	Anterior Identificación VMS Old VMS Identification	Nueva Identificación MCS New MCS Identification
POLIHP001	POLICE MEDICAL SERVICES	P0010
POMCWN001	POMCO	P0011
PONDSP001	PONDO DEL GURO DEL ESTADO	P0012
PROVAP001	PROVIDENT	P0013
PUERSP001	PUERTO RICO HMO	P0014
RYDEHP001	RYDER MEMORIAL HOSP.	R0001
SECUGP001	SECURITY NATIONAL LIFE	S0001
SEGSAL001	TRIPLE-S, INC.	S0002
SERVMP001	SERV. SALUD BELLA VISTA	S0003
SRVMP001	SERVICIOS SALUD HOSPITAL	S0004
STATAC001	STATE FARM INS	S0005
STATCP001	STATE FARM INSUR CO	S0006
STATEN001	STATE FARM INSURANCE CO	S0007
STATGA001	STATE FARM INS	S0008
STATSP001	STATE MUTUAL OF AMERICA	S0009
THE HN001	THE STATE INSURANCE FUND	T0001
THE MP001	THE PRUDENTIAL INS COMP	T0002
THE NN001	THE STATE INS. FUND	T0003
THE UN001	THE WESTERN UNION	T0004
THENEC001	THE METRAHEALTH INS CO	T0005
TRANLC001	TRANSAMERICA OCCIDENTAL	T0006
TRANNN001	TRANSPORT WORKERS UNION	T0007
UAW-RP001	UAW-AFL-CIO DISTRITO 65	U0001
UNDEBN001	UNDERWRITERS ADJUSTING CO	U0002
UNIFID001	UNION FIDELITY LIFE INS.	U0003
UNIOEN001	UNION ELECT CO LOCAL	U0004
UNIOTP001	UNION FIDELITY LIFE	U0005
UNITDT001	UNITED AMERICAN INSURANC	U0006
UNITVP001	UNITEDOFOMAHA	U0007
USO WD001	USO HEALTH INSURANCE	U0008
18936A001	AARP MED SUPPLEMENT PLUS	A0023

Actualizado el 25 de marzo de 2005 / Updated on March 25, 2005

Transición de Sistemas

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA CONVERSIÓN A MCS

Lo siguiente contesta las preguntas más frecuentes sobre nuestro cambio al sistema de MCS:

P. ¿Qué es MCS?

R. MCS significa *Multi-Carrier System* y lo maneja la compañía *Electronic Data Systems (EDS)*. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) inició una conversión de sistemas, al sistema MCS, como parte de una iniciativa para que todos los contratistas de la Parte B de Medicare utilicen el mismo sistema de procesamiento.

P. ¿Por qué cambiar del sistema actual de VMS al sistema de MCS?

R. El sistema de VMS es solamente uno de los sistemas de procesamiento que actualmente utilizan los contratistas de la Parte B de Medicare. La conversión a un solo sistema de procesamiento le permitirá a CMS revisar, actualizar, e implementar funciones de sistema con más facilidad y coordinarlas con las necesidades del programa de Medicare.

P. ¿Dónde puedo encontrar más información sobre la conversión de sistema?

R. Triple-S, Inc./Medicare Parte B lo mantendrá al tanto a través de boletines y de nuestra página Web en <http://www.triples-med.org>.

P. ¿Es obligatorio que Triple-S, Inc./ Medicare Parte B convierta a MCS?

R. Sí. A Triple-S, Inc. / Medicare Parte B se le requiere que convierta al sistema de MCS. Como parte de la conversión continuaremos brindando información y apoyo a nuestra comunidad de proveedores para asegurar que el movimiento al nuevo sistema sea exitoso.

Systems Transition

QUESTIONS AND ANSWERS ABOUT THE MCS CONVERSION

The following addresses the most frequently asked questions about our change to MCS:

Q. What is MCS?

A. *It is the Multi-Carrier System maintained by Electronic Data Systems (EDS). CMS initiated a systems conversion to MCS as part of a move to have all Medicare Carriers using one processing system.*

Q. Why change from the current VMS system to MCS?

A. *The VMS system is only one of the processing systems carriers are using. The conversion to one processing system will allow CMS to more easily revise, upgrade, or implement systems functions in coordination with Medicare program needs.*

Q. Where can I find more information about the system conversion?

A. *Triple-S, Inc./Medicare Part B will be updating you periodically through newsletters and our web site at <http://www.triples-med.org>.*

Q. Is it mandatory that Triple-S, Inc./ Medicare Part B converts to MCS?

A. *Yes, Triple-S, Inc./Medicare Part B is required to convert to the MCS system. As part of that conversion, we will continue to provide information and support to the provider community to ensure a successful move to the new system.*

Cont. on next page

Transición de Sistemas

P. ¿Habrán cambios en el periodo de espera para el pago de las reclamaciones?

R. Para asegurar una transición libre de inconvenientes al nuevo *Multi-Carrier System* (MCS), se reducirán a un mínimo las reclamaciones pendientes en el sistema de procesamiento. Para lograr esta meta, obtuvimos de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) la aprobación para reducir gradualmente el periodo de espera para el pago de las reclamaciones a partir del 4 de julio de 2005.

En el periodo de espera para el pago de las reclamaciones tanto de papel como las de vía electrónica o EMC se reducirá a un (1) día durante el período de la transición. El propósito de esta reducción es generar los pagos de una manera más rápida. En el presente, las reclamaciones en papel tienen un período de espera para pago de 27 días y las de tipo EMC tienen un período de espera para pago de 14 días. El plan de reducción será de la siguiente manera:

Systems Transition

Q. Will there be changes to the payment floor?

A. To help insure a smooth conversion to the new MCS System, claims pending in the current processing system must be reduced to a minimum. To achieve this goal, we have obtained approval from CMS to gradually reduce the payment floor beginning July 4, 2005.

The payment floor for both paper based and EMC claims will be reduced to one (1) day during the transitional period. The purpose of this reduction is to issue payments in a quicker fashion. Currently, claims that are paper based have a payment floor plan of 27 days and those that are EMC based have a payment floor of 14 days. The reduction plan will go as follows:

Periodo de Tiempo Time Frame	Periodo de Espera para el Pago de Reclamaciones Payment Floor
Presente hasta el 1 de julio de 2005	Periodo de Espera Estatutario de CMS para el Pago de Reclamaciones (14 días reclamaciones electrónicas, 27 días reclamaciones en papel)
<i>Present through July 1, 2005</i>	<i>CMS Statutory Payment Floor (14 days for EMC, 27 days for paper claims)</i>
4 de julio hasta 15 de julio de 2005	14 Días para Ambas Reclamaciones, Electrónicas y en Papel
<i>July 4, 2005 through July 15, 2005</i>	<i>14 days (both EMC and paper claims)</i>
18 de julio hasta el 5 de agosto de 2005	No hay de Periodo de Espera para el Pago de Reclamaciones
<i>July 18, 2005 through August 5, 2005</i>	<i>No Payment Floor</i>
8 de agosto de 2005 en adelante	Periodo de Espera Estatutario de CMS para el Pago de Reclamaciones se Pone en Vigor Nuevamente (14 días reclamaciones electrónicas, 27 días reclamaciones en papel)
<i>August 8, 2005 and after</i>	<i>CMS Statutory Payment Floor Resumes (14 days for EMC, 27 days for paper claims)</i>

Por favor noten que del 8 de agosto de 2005 en adelante, el tiempo para procesar una reclamación volverá a ser el mismo que existía previo al 4 de julio de 2005.

Please note that claim completion turn around time from August 8, 2005 and after, will return to the level experienced prior to the July 4, 2005 date.

Cont. on next page

Transición de Sistemas

P. ¿Existen algunas transacciones normales que pudieran no estar disponibles durante la transición?

R. Con el propósito de convertir todos los datos en el sistema, se deberá detener las transacciones normales. Desde el 27 al 29 de julio de 2005, los proveedores deberán comunicarse a la Parte B de Medicare exclusivamente para consultas. El contratista de la Parte B no podrá llevar a cabo funciones tales como:

- Asignar números de identificación de proveedor
- Asignar números para facturar electrónicamente
- Ajustes de reclamaciones
- Ordenar duplicados del Resumen de Medicare o del Aviso de Remesa
- Correr ciclos de pago
- Suscribir nuevos proveedores a depósito directo

P. ¿Cómo cotejo el estatus de una reclamación?

R. Nuestro sistema interactivo de respuestas (IVR por sus siglas en inglés) es rápido y conveniente. Provee, entre otros servicios, información sobre el estatus de las reclamaciones, duplicados del aviso de remesa y tarifas de servicios.

Puede comunicarse sin costo alguno a través del 1-877-715-1921. Cuando llame deberá tener a la mano el número de Medicare del beneficiario, la(s) fecha(s) de servicio, y su número de identificación como proveedor de Medicare.

El contratista dispone de **30 días** para procesar una reclamación. Una vez los proveedores hayan enviado sus reclamaciones, deberán esperar 30 días antes de comunicarse con el contratista para cotejar el estatus de las mismas.

Systems Transition

Q. Are there some normal transactions that may be temporarily unavailable during the transition?

A. *In order to convert all systems data, normal transactions must be stopped. Effective July 27, 2005 through July 29, 2005, providers may contact Medicare Part B for inquiries only. The carrier will not be able to perform such functions as:*

- *Assigning provider identification numbers*
- *Assigning electronic submitter identification numbers*
- *Adjusting Claims (i.e., appeals, medical review)*
- *Ordering Medicare Summary Notices/ Provider Remittance Advice Notices*
- *Running payment cycles*
- *Enrolling new providers for EFT*

Q. How do I check the status of a claim?

A. *Our Interactive Response Unit (IVR) system is fast and convenient. The IVR also provides information about the status of a claim, how to request a duplicate remittance advice notice, and fee schedule allowances.*

The IVR is toll-free at 1-877-715-1921. You will need to have the beneficiary's HIC number, the date(s) of service, and your provider identification number available.

*The carrier has **30 days** to process a claim. Providers should wait 30 days after submitting their claims before contacting the Carrier for a claim status check.*

Cont. on next page

Transición de Sistemas

P. ¿Cambiarán los procedimientos para las reclamaciones en papel?

R. Por favor, continúe enviando sus reclamaciones como de costumbre. Si usted factura en papel, envíe sus reclamaciones a la oficina de Medicare. Si utiliza medios electrónicos para facturar a Medicare, continúe transmitiéndolas electrónicamente. El 26 de Julio de 2005 será el último día en que procesaremos sus facturas mediante el sistema actual. Todas aquellas reclamaciones que queden pendientes se transferirán al nuevo sistema para ser procesadas con la misma fecha en que se recibieron. **No retenga sus reclamaciones; sométalas como de costumbre.** Se emitirán reportes para cerciorar que todo el trabajo pendiente ha sido transferido.

P. ¿Qué sucedió con mis asuntos pendientes tales como apelaciones, reclamaciones, correspondencia y solicitudes de suscripción?

R. Todos los asuntos pendientes se transferirán al sistema nuevo para completarse. Los proveedores no tendrán que volver a someter ninguno de los asuntos pendientes, antes mencionados, que fueron sometidos al momento de la conversión.

Systems Transition

Q. Will hardcopy claims procedures change?

A. Please continue submitting claims as normal. If you submit paper (hardcopy) claims, continue to mail your claims to the Medicare office. If you submit your claims to the Medicare office electronically, continue to transmit your claims electronically. The last day claims will be processed through the current system will be July 21, 2005. All pending claims will be transferred to the new system for processing with the same date they were received. **Do not hold claims, but continue to submit as usual.** We will run reports to ensure all pending work is transferred.

Q. What happened to my pending items such as, appeals, claims, correspondence, and provider enrollment applications?

A. All pending items will be transferred to the new system for completion. Providers **will not** need to resubmit items that are pending at the time of conversion. We will run reports to ensure all pending work is transferred.

Transición de Sistemas

NUEVO SISTEMA INTERACTIVO DE RESPUESTAS

A partir del 1 de agosto de 2005, el Centro de Llamadas de nuestro departamento de Servicio al Cliente, contará con un nuevo sistema interactivo de respuestas (IVR por sus siglas en inglés). Este innovador sistema no solamente le provee más opciones de información que el sistema anterior, sino que además posee un nivel tecnológico más avanzado que le simplificará la interacción con el mismo.

Además de los servicios de los cuales ya usted disfruta, el nuevo sistema interactivo le proveerá nuevos beneficios.

- Está disponible 24 horas.
- Ofrece la opción de reconocimiento de voz. Esto le permite acceder la información a través de nuestro contestador automático utilizando la voz. En lugar de oprimir una tecla puede hablar y decir su opción.
- Le permite hacer hasta diez (10) transacciones por llamada.
- Puede obtener la siguiente información:
 - Deducible
 - ~ Año actual y el anterior
 - ~ Luego de ofrecer el deducible le permite verificar la elegibilidad del beneficiario en la Parte B, en las alternativas de Medicare Advantage (incluyendo a los HMOs) y MSP. A esto le llamamos el combo.
 - Status de factura
 - ~ *Ofrece todas las facturas procesadas con el HICN y fecha de servicio que indicaron al hacer la selección
 - ~ *Ofrece todos los códigos de acción con los que se procesó la factura

Systems Transition

NEW INTERACTIVE VOICE RESPONSE UNIT

As of August 1, 2005, our Customer Service Call Center will have a new Interactive Voice Response Unit (IVR). This innovative system not only provides more information options than our previous IVR, but it also has a more advanced level of technology that will make your interaction with it easier.

In addition to the services you are now accustomed to, the new IVR will provide new benefits.

- Available 24 hours
- Voice recognition option that will let you access information using your voice. Instead of pressing keys you may speak to select an option
- Ability to make up to 10 transactions per call
- Access to the following information:
 - Deductible
 - ~ Present and prior year
 - ~ *After accessing the deductible, beneficiary eligibility in Part B, in Medicare Advantage choices (including HMOs) and MSP may be also verified. This is called the combo.
 - Claims Status
 - ~ *Of all claims processed with the HICN and date of service selected
 - ~ *All the action codes used to process the claim

Cont. on next page

Transición de Sistemas

- *Elegibilidad del beneficiario
 - ~ *Fechas de efectividad de la parte B de Medicare
 - ~ *Fechas de cubierta o terminación en las diferentes alternativas de Medicare Advantage que incluyen a los HMOs
 - ~ *Conocer si Medicare es el pagador primario o secundario
- Tarifa fija para un procedimiento
- Solicitud de duplicado de remesa de pago
 - ~ *Por número de reclamación o número de cheque
- *Descripción de códigos de acción
- Información general de Medicare
 - ~ Proceso apelativo
 - ~ Medicare como Segundo Pagador
 - ~ Otra información de Interés
- *Nos permite hacer encuestas y podemos tener hasta dos (2) encuestas al mismo tiempo las cuales se activan en el momento en que lo necesitemos. Estas se pueden contestar con un sí o un no o seleccionando desde un uno (1) hasta un cinco (5) especificando la descripción de cada número.
- *Este Nuevo IVR nos dará la capacidad de convertirnos en un Centro de Contacto. Nuestros proveedores se podrán comunicar con nosotros a través de una llamada, email y fax.

Es importante mencionar que nuestros representantes de servicio brindarán únicamente información que no se encuentre disponible a través del IVR. Las llamadas a los representantes que no cumplan con esta disposición podrán ser devueltas al sistema IVR.

*Nuevos Beneficios

Systems Transition

- *Beneficiary eligibility
 - ~ *Part B eligibility effective date
 - ~ *Enrollment or termination dates in the different Medicare Advantage choices that include HMOs
 - ~ *Medicare primary or secondary payment
- Medicare Physician Fee Schedule for one procedure code
- Request for duplicate of remittance advice
 - ~ *Indicating either claim number or check number
- *Action code descriptions
- Medicare general information
 - ~ Appeals process
 - ~ Medicare Secondary Payer
 - ~ Other information of interest
- *The ability to conduct surveys. Up to two surveys may be conducted at the same time that may be activated as needed. Responses may be a yes or no, or the selection of a number from one to five with a description for each number.*
- *The new IVR will provide Call Center capabilities such as provider contacts by phone, e-mail, and fax.*

It is important to mention that our service representatives will only provide information that is not available through the IVR. Telephone calls to the service representatives that do not conform to this requirement may be returned to the IVR system.

*New Benefits

MEDICARE INFORMA

BOX 71391

SAN JUAN, PR 00936

RETURN SERVICE REQUESTED

PRSRT STD

U.S. POSTAGE PAID

SAN JUAN, P.R.

PERMIT NO. 2563