

¡Qué Bueno Que Preguntó!

DECISIÓN LOCAL DE CUBIERTA EN BORRADOR

Le notificamos que desde el 5 de enero de 2005 pueden acceder en nuestra página de Internet www.triples-med.org el borrador de decisión de cubierta local titulado **Medicamentos y Biológicos**. Esta política establece los requisitos locales de cubierta de medicamentos y agentes biológicos para la Parte B de Medicare. La misma se encuentra en su periodo de comentarios que termina el 14 de abril de 2005. De tener comentarios, puede enviarlos por correo electrónico a jschaening@triples-med.org o vía correo regular, a la siguiente dirección:

Atención: Dr. Juan L. Schaening Pérez

Director Médico

Triple-S, Inc./División Medicare

PO Box 71391

San Juan, PR 00936-1391

We Are Glad You Asked!

DRAFT LOCAL COVERAGE DECISION

As of January 5, 2005 you can access through our website www.triples-med.org a Draft Local Coverage Decision on **Drugs and Biologicals**. This draft coverage decision establishes the local requirements for coverage of drugs and biologicals under Part B of Medicare. This coverage decision is in its comments period until April 14, 2005. You can send us your comments through E-mail to jschaening@triples-med.org or through regular mail to:

Attention: Dr. Juan L. Schaening Pérez

Medical Director

Triple-S, Inc./Medicare Division

PO Box 71391

San Juan, PR 00936-1391

Emission Date: March 18, 2005

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



Volume 81 / Jan., Feb., and March, 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

¡Qué Bueno que Preguntó!

Decisión Local de Cubierta en Borrador	Portada
Anuncio Especial a la Comunidad de Proveedores ..	5
¿Qué es el Listserv?	5
Triple-S Transicionará a Multi-Carrier System	7

Alerta de Fraude

Alerta de Fraude en la Inscripción de Proveedores ..	8
--	---

Programa de Servicio al Proveedor

Programa de Servicio al Proveedor	9
---	---

"TRICARE"

Inscripción en la Parte B de Medicare para Beneficiarios Elegibles al "Tricare"	12
---	----

Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que Deciden No Pertenecer al Programa Medicare	14
--	----

EDS Centro de Apoyo al Beneficio

EDS Centro de Apoyo de Integridad del Beneficio ..	15
--	----

HIPAA

Proveedores/Vendors que Pasaron Pruebas HIPAA Formato X12N (Transacción 837)	17
Actualización a los Códigos de Comentario de la Remesa de Pago y Códigos de Denegación de la Explicación de Pago	20
Desactivación de Código de Denegación A2	22

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.

TABLA DE CONTENIDO - Cont.

Política Médica

Cubierta de Costos Rutinarios de Pruebas Clínicas que Envuelven la Exención del Mecanismo	23
Prueba de Evaluación Contra la Diabetes	26
Servicios Electrocardiográficos	29
"Care Plan Oversight" (CPO)	32
Proyecto de Demostración de Quimioterapia	39
Parámetros de Frecuencia, Necesidad Médica - Pruebas de Lípidos	43

Políticas de Pago

Revisión de Códigos de Diagnósticos no Válidos- segunda fase	49
Actualización de Éditos CCI, Versión 11.0	50
Tarifas de las Vacunas Contra la Influenza	52
Revisión de Emergencia a la Base de Datos de las Tarifas Fijas para el 2005	53

Hospicio

Evaluación de Pre-elección para Hospicios y Servicios de Consejería	54
---	----

Medicamentos

Medicamentos Pagados al Precio de Venta Promedio a partir del 1 de enero de 2005	58
Revisiones de los Códigos de Administración de Medicamentos para el 2005	60
Actualización de los Precios de Medicamentos - Límites de Pago por Código J0207 (Amifostine)	74
Revisión al Precio Promedio de Venta al Por Mayor Emitido para el Trimestre de enero 2005	76

Reembolsos Voluntarios / No Solicitados

Reembolsos Voluntarios/No Solicitados	79
---	----

Laboratorio

MMA - Facturación de Laboratorio Independiente ...	80
--	----

Ambulancia

Recordatorio -Transición a Tarifas Fijas a Servicios de Ambulancia	83
Lista de Condiciones Médicas para Tarifas Fijas para Ambulancias	87

Centro de Enfermería Especializada

Actualización Anual de los Códigos HCPCS	89
Corrección a la Actualización Anual de enero 2005 de los Códigos HCPCS	92
Revisión Anual para el 2005 SNF	93

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Revisión de la Dispensa al Deducible Anual (ASCS) .	94
---	----

Contrato

Proveedores Sancionados	96
-------------------------------	----

MOA-2005

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.

TABLE OF CONTENTS

We are Glad you Asked!

<i>Draft Local Coverage Decision</i>	Cover
<i>Special Announcement to the Provider Community</i> .	5
<i>What's A Listserv?</i>	5
<i>Triple-S is transitioning to Multi-Carrier System</i>	7

Fraud Alert

<i>Provider Enrollment Fraud Alert</i>	8
--	---

Provider Customer Service Program

<i>Provider Customer Service Program</i>	9
--	---

"TRICARE"

<i>Medicare Part B Enrollment for Tricare Eligible Beneficiaries</i>	12
--	----

Opt-Out Providers from the Medicare Program

<i>Medicare Program Opt-Out Providers</i>	14
---	----

EDS Benefit Integrity Support Center

<i>EDS Benefit Integrity Support Center</i>	15
---	----

HIPAA

<i>Vendors/Providers That Has Tested X12N Format (837 Transaction)</i>	17
<i>Remittance Advice Remark Code and Claim Adjustment Reason Code Update</i>	20
<i>Deactivated Reason Code A2</i>	22

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.

TABLE OF CONTENTS - Cont.

Medical Policy

<i>Coverage of Routine Costs of Clinical Trials</i>	23
<i>MMA - Diabetes Screening Tests</i>	26
<i>Electrocardiographic Services</i>	29
<i>Care Plan Oversight (CPO)</i>	32
<i>Chemotherapy Demonstration Project</i>	39
<i>Medical Necessity, Frequency Parameters and Utilization Trends for Lipid Testing</i>	43

Billing Policies

<i>Invalid Diagnosis Code Editing - 2nd Phase</i>	49
<i>Quarterly Update to CCI Edits, Version 11.0</i>	50
<i>Payment Amounts for the Influenza Virus Vaccine</i> .	52
<i>Emergency Update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database</i>	53

Hospice

<i>Hospice Pre-Election Evaluation</i>	54
--	----

Drugs

<i>Drugs Paid by Average Selling Price Beginning January 1, 2005</i>	58
<i>2005 Drug Administration Coding Revisions</i>	60
<i>Drug Pricing Update - Payment Limit for J0207 (Amifostine)</i>	74
<i>Revisions to January 2005 Quarterly Average Sales Price</i>	76

Unsolicited/Voluntary Refunds

<i>Unsolicited/Voluntary Refunds</i>	79
--	----

Laboratory

<i>MMA - Independent Laboratory Billing for the TC</i>	80
--	----

Ambulance

<i>Reminder Notice of the Implementation of the Ambulance Transition Schedule</i>	83
<i>Ambulance Fee Schedule-Medical Condition List</i>	87

Skilled Nursing Facility

<i>Annual Update of HCPCS Codes Used for Home Health Consolidated Billing Enforcement</i>	89
<i>Correction to January 2005 Annual Update of HCPCS Codes for SNF Consolidated Billing Enforcement</i>	92
<i>2005 Annual Update for SNF Consolidated Billing</i>	93

Ambulatory Surgical Center (ASC)

<i>Manual Revision Regarding Waiver of Annual Deductible</i>	94
--	----

Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i>	96
-----------------------------------	----

MOA-2005

¡Qué Bueno Que Preguntó!

ANUNCIO ESPECIAL A LA COMUNIDAD DE PROVEEDORES

Durante el mes de abril de 2005 emitiremos un boletín especial, **Las Guías de Evaluación y Manejo** publicadas por CMS. El propósito de este boletín es educar a la comunidad médica, en cómo se utilizan estas guías para determinar el nivel de servicio adecuado a facturar.

Celebraremos una conferencia telefónica titulada "Pregúntele a su Contratista", donde discutiremos este tema. Previo a la teleconferencia podrán acceder nuestra pagina electrónica www.triples-med.org en esta encontrará una presentación en formato "PowerPoint". Le exhortamos a imprimir una copia, ya que le servirá referencia durante la conferencia.

La hora y la fecha para la teleconferencia en ingles es el 29 de abril de 2005 a las 3:00 pm. La teleconferencia en español será el 28 de abril de 2005. El número a llamar es el 1-800-268-8047 y su contraseña será "**E and M**".

We Are Glad You Asked!

SPECIAL ANNOUNCEMENT TO THE PROVIDER COMMUNITY

*During April, 2005 we will issue a special edition of our bulletin, the **CMS Documentation Guidelines for Evaluation and Management**. The purpose of this bulletin is to educate providers on how these guidelines are used in selecting the appropriate level of service to bill.*

We will hold an "Ask the Contractor" conference call on this subject. Prior to the conference call, we will post a PowerPoint slide presentation at our website www.triples-med.org. We encourage you to download a copy so you can follow along with the presenters.

*The time and date of the English conference call is April 29, 2005 at 3:00 pm. The call in Spanish will be on April 28, 2005 at 3:00 pm. The dial in number is 1-800-268-8047 and once connected the password as participant will be "**E and M**".*

Ref. jsp/2-2005

¿QUÉ ES EL LISTSERV?

El ListServ es un servidor de correo automático desarrollado por Eric Thomas para BITNET en 1986. Cuando un mensaje electrónico es dirigido a la lista de correo del Listserv, éste se transmite automáticamente a cada persona incluida en la lista. El resultado es similar a un grupo de discusión o foro, excepto que los mensajes son transmitidos como un correo electrónico y sólo están disponibles para las personas incluidas en la lista.

WHAT'S A LISTSERV?

A ListServ is an automatic mailing list server developed by Eric Thomas for BITNET in 1986. When an e-mail is addressed to a LISTSERV mailing list, it is automatically broadcast to everyone on the list. The result is similar to a newsgroup or forum, except that the messages are transmitted as e-mail and are therefore available only to individuals on the list

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) aceptaron este término para el concepto envío de correo electrónico a proveedores, pero aquí no hay grupo de discusión ni foro. Estos servidores de correo automático (listas de correo electrónico) tienen la intención de proveer información a los proveedores del cuidado de la salud de Medicare y otros socios de negocio interesados en información relacionada al cuidado de la salud. CMS tiene varias listas de correo automático disponibles para proveer información y orientación a los proveedores de Medicare. El Medlearn Matters es una creación reciente a la lista de correo electrónico de CMS. La página del Medlearn Matters incluye enlaces a artículos educativos y a "Change Requests" con el propósito de ofrecerle información a los proveedores (<http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>).

CMS requiere que los contratistas también desarrollen servidores de correo automático como medio de comunicación con sus proveedores. Triple-S/Medicare actualmente cuenta con ocho (8) listas de correo electrónico. A través de estas listas le enviamos información a los suscriptores relacionada a los cambios de CMS, fechas importantes e invitaciones a actividades. Suscribirse a nuestros servidores de correo automático le mantiene informado. Le invitamos a visitar nuestra página electrónica (www.triples-med.org) y suscribirse al menos a una de nuestras listas electrónicas. Usted puede acceder nuestra lista electrónica de correo oprimiendo la Sección "**listserv**" de nuestra página electrónica.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda sobre este asunto, favor de comunicarse con el Departamento de Relaciones con la Comunidad al 1-877-715-1921. Uno de nuestros Representantes de Servicio gustosamente le ayudará.

We Are Glad You Asked!

CMS has adopted this term to the concept of e-mailing providers; however, there is no forum or newsgroup. These listservs (or electronic mailing lists) are intended to provide information for Medicare providers of health care and other trading partners interested in healthcare related information. CMS has various listservs available to provide information and guidance to Medicare providers. One recent addition to CMS mailing list is Medlearn Matters. The Medlearn Matters page includes links to educational articles and related Change Requests, in order to present consistent information to providers <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>.

*CMS requires contractors to also develop listservs as a means of provider communication. Triple-S/Medicare presently counts with eight electronic mailing lists. Through these lists, we e-mail subscribers information pertaining to CMS changes, time sensitive issues and invitation to activities. Subscribing to our listservs will we keep you timely informed. We encourage you to visit our webpage (www.triples-med.org) and subscribe to at least one of our mailing list. You can access our mailing list by clicking at the **listserv** section of our webpage.*

If you have questions or need assistance with this matter, please contact our Community Relations Department at 1-877-715-1921. One of our Customer Services Representatives will gladly service you.

PCOM/PIP-March 2005/DGE

¡Qué Bueno Que Preguntó!

TRIPLE-S TRANSICIONARÁ A MULTI-CARRIER SYSTEM (MCS)

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid otorgó a “Electronic Data Systems”, Inc. (EDS) un contrato para proveer un sistema estándar de procesamiento de reclamaciones a todos los contratistas de la Parte B de Medicare. El nuevo sistema “MCS” o “Multi-Carrier System” actualmente procesa más del 50 por ciento de las reclamaciones de la Parte B de Medicare en los Estados Unidos. La transición de Triple-S a Multi-Carrier System” está pautada para el 1 de agosto de 2005.

Triple-S desarrolló un plan de trabajo exhaustivo para transicionar de nuestro actual sistema de procesamiento de reclamaciones (VMS) al “Multi-Carrier System”. Más aun estamos dedicados a hacer esta conversión un éxito y asegurar el menor impacto a usted, nuestro estimado proveedor. Nos comprometemos a mantenerlos informados sobre nuestros próximos esfuerzos y los exhortamos a mantenerse al tanto de nuestros futuros boletines informativos emitidos a través de ediciones especiales del **Medicare Informa**. Para conocer más sobre la transición y la manera en que esta cambiará nuestra prestación de servicios, lean todos nuestros futuros boletines especiales titulados Transición. Además, visite nuestra página web accediendo al www.triples-med.org.

Nosotros comenzamos la transición en noviembre de 2004. CMS nos requirió que definiéramos y convirtiéramos nuestra data actual y nuestros procesos al de Multi-Carrier System. También se nos requerirá probar extensamente el sistema nuevo utilizando nuestra data convertida. Nuestros equipos de implementación, de pruebas y de grupos de trabajo se han creado para lograr que esta transición sea lo más transparente posible para que usted no se percate de este cambio.

We Are Glad You Asked!

TRIPLE-S IS TRANSITIONING MULTI-CARRIER SYSTEM (MCS)

*The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) has awarded Electronic Data Systems, inc. (EDS) the contract to provide a standard processing system for all Medicare Part B Carriers. The new system “MCS”, or Multi-Carrier System and it is currently used to process over 50 percent of the Medicare Part B claims in the United States. Triple-S is scheduled to transition to **Multi-Carrier System** on August 1, 2005.*

*We have developed a comprehensive project plan to convert from our current Medicare claims processing system (VMS) to **Multi-Carrier System**. Moreover, we are dedicated to making this conversion successful and ensuring minimal impact to you, our valued provider. We are committed to keeping you informed about the upcoming conversion and encourage you to watch for Multi-Carrier System updates in future special issues of **Medicare Informa**. To learn about our transition and how it will change the manner we offer services, read all future “Transition” special bulletins, and visit our web site at www.triples-med.org.*

We began the transition process on November 2004. CMS required we map and convert our current data and processes to the Multi-Carrier System. We will also be required to extensively test the new system using our converted data. Our implementation, testing and workgroups teams have been established to make this transition as smooth as possible so you will not notice this change.

Ref. Icr/3-2005

Alerta de Fraude

ALERTA DE FRAUDE EN LA INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES

“Este comunicado es para notificar que Medicare está consciente de un grupo que se presenta, ya sea como Investigador de Fraude de Medicare; o como empleado de la unidad de contrato, reclamaciones o auditoría. Este grupo está realizando llamadas indicándole al proveedor o al personal de oficina que el sistema de computación de Medicare ha sufrido averías y que necesitan actualizar información perdida. Estas personas también pueden indicar que necesitan actualizar el expediente de proveedor del médico, por lo que solicitan por teléfono o fax la siguiente información:

- Copia de la Licencia de Conducir del médico;
- Copia del número de seguro social del médico (SSN);
- Número de identificación del médico (UPIN);
- Verificación de educación;
- Verificación de Lugar de Práctica;
- Copia de la Licencia de Médico;
- Copia del historial médico del paciente por un período de tiempo específico

Una vez la entidad recibe esta información, falsifica los datos de la inscripción usando el nombre del médico y solicitan un cambio al lugar de práctica, números de teléfono y dirección para pago.

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) no han tenido ningún desperfecto en su sistema de computación y no están llamando a proveedores solicitando la información antes mencionada. De usted recibir dicha llamada, por favor, trate de verificar el número del que le llama y notifique de inmediato a Medicare su sospecha de fraude.

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) tienen el compromiso de proteger a todos los proveedores/suplidores y de asegurar que solamente el personal indicado realice cambios a los datos de inscripción. Creemos que con su ayuda podemos identificar a esos individuos inescrupulosos que buscan beneficiarse de usted y de los fondos del Programa Medicare.

Fraud Alert

PROVIDER ENROLLMENT FRAUD ALERT

“This is to inform you that Medicare is aware of an organized group who is representing themselves as either a Medicare Fraud Investigator; or a Medicare employee from the enrollment, claims or audit units. These callers tell the physician, or office personnel, that the Medicare computer system has had a malfunction and they need to update lost information. The callers may also say they need to update the physician’s provider record. They then request via telephone or fax the following information:

- *Copy of Physician’s Drivers License;*
- *Copy of Physician’s Social Security Number (SSN);*
- *Unique Physician Identification Number (UPIN);*
- *Verification of education;*
- *Verification of Practice Location;*
- *Copy of Physician’s Medical License;*
- *Copy of Patient’s Charts for a specific period of time.*

Once the entity receives this information, they falsify enrollment data using the physician’s name and request a change to their practice locations, telephone numbers, and pay-to-addresses.

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has not suffered any computer system malfunction and are not calling providers requesting the above information be provided. If you should receive such a call, please try to verify the telephone number of the caller, and immediately notify your Medicare carrier that you suspect fraud.

The CMS is committed to protecting all Medicare providers/suppliers and to ensuring that only those qualified make changes to enrollment data. We believe that with your help we can target those unscrupulous individuals that are looking to take advantage of you and the Medicare trust fund.”

JSM-05154/12-20-2004

Programa de Servicio al Proveedor

PROGRAMA DE SERVICIO AL PROVEEDOR

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores

Acción Necesaria del Proveedor

Esta instrucción implementa la Sección 921 del "Medicare Modernization Act" (MMA). Creará el Programa de Servicio al Proveedor en la mayoría de los contratistas de Medicare. Colectivamente a los contratistas (Carriers) y a los intermediarios fiscales se les conoce como contratistas o contratistas de Medicare. Debido a las limitaciones de fondos, los Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están implementando esta instrucción por fases. Actualmente solamente los contratistas (Carriers) y algunos intermediarios fiscales estarán implementando este programa en enero de 2005. Verifique con su contratista (Carrier) y su intermediario fiscal si estarán participando en la primera fase.

Trasfondo

A los contratistas de Medicare se les requiere implementar un Programa de Servicio al Proveedor (PCSP por sus siglas en inglés) para cumplir con las necesidades de información y de educación de los proveedores.

El PCSP se origina de disposiciones contenidas en la Sección 921 del MMA que fortalecen y mejoran los esfuerzos continuos que se llevan a cabo asociados a preguntas de los proveedores y su educación. Ha sido diseñado para mejorar aspectos de la información que se provee para que sea precisa, esté completa, demuestre consistencia y se emita con puntualidad. Esto se logrará asegurando que los asuntos de los proveedores se atiendan por personal con niveles de conocimientos apropiados.

El PCSP incluye los siguientes tres componentes principales:

- Tecnología de auto-ayuda para proveedores

Provider Customer Service Program

PROVIDER CUSTOMER SERVICE PROGRAM

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers

Provider Action Needed

This instruction implements Section 921 of the Medicare Modernization Act (MMA). It creates the Provider Customer Service Program (PCSP) at most Medicare contractors. Collectively, carriers and fiscal intermediaries (FIs) are referred to as contractors or Medicare contractors. Because of funding limitations, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is implementing this instruction in phases. Currently, only carriers and some FIs will be implementing this program in January 2005. Check with your carrier/FI to see if they are participating in the first phase.

Background

Medicare contractors are required to implement a PCSP designed to meet provider informational and educational needs.

The PCSP flows from provisions in Section 921 of the MMA that strengthen and enhance Medicare's ongoing efforts associated with provider inquiries and education. The PCSP is designed to improve accuracy, completeness, consistency, and timeliness by ensuring that providers' issues are addressed by staff with the appropriate levels of expertise.

The PCSP includes the following three principal components:

- *Provider self-service technology*

Cont. on next page

Programa de Servicio al Proveedor

- Un Centro de Contacto para Proveedores (PCC por sus siglas en inglés)
- Ayuda y Educación al Proveedor

Tecnología de Auto-Ayuda para Proveedores

- La tecnología de auto-ayuda hará posible que los centros de contacto manejen el volumen de llamadas en aumento permitiendo que los proveedores tengan acceso a cierta información sin la ayuda directa del personal del contratista. El contratista requerirá de los proveedores el uso del sistema interactivo de la respuesta por voz (IVR) para acceder información sobre el status de reclamaciones, elegibilidad del beneficiario y las definiciones de los códigos de denegatorias.

Centro de Contacto para Proveedores (PCC)

El PCC responderá a preguntas de las siguientes fuentes:

- Llamadas telefónicas
- Cartas
- Facsímiles
- Correos Electrónicos (e-mails)

Los contratistas utilizarán un proceso de “triage” en las llamadas para atenderlas de acuerdo a la complejidad o urgencia. Así se asegurará que las preguntas se contestarán por el personal experto apropiado. Cada contratista organizará a sus representantes de servicio al cliente en por lo menos dos niveles.

Las preguntas que requieran conocimientos o investigaciones más especializadas o que meramente requieran tiempo adicional para resolver se referirán referidas a un nuevo grupo llamado Especialistas en Investigación de Casos del Proveedor (PRRS por sus siglas en inglés). El PRRS le proveerá respuestas claras y concisas, por escrito, dentro de 10 días laborables a por lo menos el 75 por ciento de los casos de los CSRs referidos por teléfono, dentro de 20 días laborables para el 90 por ciento de los casos de los CSRs referidos por teléfono y 45 días laborables para el 100 por ciento de todos los casos (referidos por CSRs o del área de preguntas generales). Toda solicitud de información general (carta, facsímile y correo electrónico) se contestará dentro de 45 días laborables.

Provider Customer Service Program

- *Provider contact center (PCC)*
- *Provider outreach and education*

Provider Self-Service Technology

- *Self-service technology will enable the contact centers to handle the increasing volume of provider calls by allowing providers access to certain information without direct personal assistance from Medicare contractor staff. Contractors will require providers to use the interactive voice response (IVR) systems to access information about claims status, beneficiary eligibility, and remittance advice code definitions.*

Provider Contact Center

The PCC will respond to inquiries from the following:

- *Telephone calls*
- *Letters*
- *Faxes*
- *E-mails*

Contractors will use an inquiry triage process for telephone inquiries to ensure that inquiries are answered by the staff with the appropriate expertise. Each contractor will organize its customer service representatives (CSRs) into at least two levels.

Inquiries that require even more specialized expertise or research or that just require significant additional time to resolve will be referred to a new group, the Provider Relations Research Specialists (PRRSs). The PRRS will provide clear and accurate written answers within 10 business days for at least 75 percent of cases referred by telephone CSRs, 20 business days for 90 percent of the cases referred by telephone CSRs, and 45 business days for 100 percent of all cases (referred by CSRs or from the general inquiries area). All general inquiries (letter, fax, and e-mail) will be answered within 45 business days.

Cont. on next page

Programa de Servicio al Proveedor

Ayuda y Educación al Proveedor

Este componente del PCSP incluye toda actividad de ayuda, educación y adiestramiento al proveedor que su contratista o intermediario fiscal llevar a cabo actualmente y, además, algunos requisitos y actividades adicionales. Estas nuevas áreas incluyen:

- Adiestramientos ajustados para proveedores pequeños y para reducir la tasa de reclamaciones con errores
- Uso mejorado del Internet
- Teleconferencias locales "Pregúntele al Contratista" y otros métodos nuevos de comunicación

Proveedores pequeños son aquellos definidos por ley como proveedores que tienen menos de un equivalente de 25 empleados a tiempo completo (full-time equivalents) o suplidores con menos de un equivalente de 10 empleados a tiempo completo (full-time equivalents). A los contratistas se les requiere identificar a los proveedores que cumplen con la definición de proveedores pequeños y ,comenzando el 1 de abril de 2005, ofrecerle a todos los proveedores por lo menos dos programas educativos ajustados a las necesidades de los proveedores/suplidores pequeños dentro de su jurisdicción. En adelante, los contratistas ofrecerán por lo menos un evento adicional por trimestre ajustado a proveedores pequeños con un mínimo de seis de estos eventos por estado por año fiscal. (Por lo tanto, pudiese haber más de un evento durante ciertos trimestres del año.)

Información Adicional

Para los detalles completos, favor de ver la instrucción oficial impartida a su contratista sobre este cambio. Puede ver la instrucción accediendo a la página web: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque el CR 3376 en la columna CR NUM situada a la derecha y presione el archivo para ese CR.

Para más información puede llamar al 1-877-715-1921.

Provider Customer Service Program

Provider Outreach and Education

This component of the PCSP includes all provider outreach, education, and training activities that your carrier/FI currently performs, plus some additional requirements and activities. These new areas include:

- *Training tailored for small providers and tailored to reduce the claims error rate*
- *Enhanced use of the Internet*
- *Local "Ask-the-Contractor" teleconferences and other new methods of communication*

Small providers are defined by law as providers with fewer than 25 full-time equivalents or suppliers with fewer than 10 full-time equivalent staff. Contractors are required to identify providers meeting the definition of small providers and, beginning April 1, 2005, offer to all providers at least two educational programs tailored to the needs of the small providers/suppliers within their jurisdiction. Thereafter, contractors shall offer at least one additional event tailored to small providers per quarter with a minimum of six such events per state per federal fiscal year. (Thus, there may be more than one event in certain quarters of the year.)

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your contractor regarding this change. That instruction may be viewed by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3376 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

For more information, please call at 1-877-715-1921.

Trans. 113 - CR 3376/09/10/04//RRC

Beneficiarios Elegibles al “TRICARE”

“INSCRIPCIÓN EN LA PARTE B DE MEDICARE PARA BENEFICIARIOS ELEGIBLES AL “TRICARE”

La mayoría de los beneficiarios elegibles a TRICARE con derecho a Medicare Parte A están requeridos por ley a inscribirse en la Parte B de Medicare para retener sus beneficios de TRICARE. Para aquellos individuos quienes se inscriben en la Parte B de Medicare, TRICARE le servirá como un suplemento a Medicare, pagando el deducible de Medicare y el costo del paciente compartido.

Vigente desde el 1ro de enero de 2005, aquellos beneficiarios elegibles a TRICARE y con derecho a la Parte A de Medicare quienes fueron requeridos, pero no se inscribieron en la Parte B de Medicare perdieron su cubierta a través de TRICARE.

Mientras la mayoría de los beneficiarios elegibles a TRICARE con derecho a la Parte A de Medicare ya están inscritos en la Parte B de Medicare, aún hay un número pequeño de individuos que no se han inscrito. Los beneficiarios afectados deben comunicarse con su oficina local de Seguro Social o contactar a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 1-800-772-1213 para inscribirse en la Parte B de Medicare. Para poder inscribir a estas personas en la Parte B de Medicare se tardaría unos cuantos meses. La cubierta suplementaria de TRICARE estará en vigor desde el mismo mes en que comience la cubierta de la Parte B de Medicare.

Cómo Esto Impacta a los Proveedores

Vigente desde el 1 de enero de 2005, si somete una reclamación por servicios ofrecidos a una persona (elegible a TRICARE y con derecho a la Parte A de Medicare y requerido, pero aún no inscrito en la Parte B de Medicare) a:

- TRICARE, como pagador primario, de los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, la reclamación se denegará.

TRICARE-Eligible Beneficiaries

“MEDICARE PART B ENROLLMENT FOR TRICARE- ELIGIBLE BENEFICIARIES”

Most TRICARE-eligible beneficiaries entitled to Medicare Part A are required by law to enroll in Medicare Part B to retain their TRICARE benefits. For those individuals who enroll in Medicare Part B, TRICARE will serve as a supplement to Medicare, paying the Medicare deductible and patient cost sharing.

Effective January 1, 2005, those TRICARE-eligible beneficiaries entitled to Medicare Part A who were required to, but did not enroll in Medicare Part B lost their TRICARE coverage.

While most TRICARE-eligible beneficiaries entitled to Medicare Part A are already enrolled in Medicare Part B, a small number of such individuals have not yet enrolled. Affected beneficiaries should contact their local Social Security Office or contact the Social Security Administration (SSA) at 1-800-772-1213 to enroll in Medicare Part B. Several months may be needed to complete enrollment of these individuals in Part B. TRICARE supplemental coverage will be effective the same month as the Part B coverage.

How This Impacts Providers

Effective January 1, 2005, if you submit a claim for services delivered to such an individual (TRICARE-eligible entitled to Medicare Part A and required to but not yet enrolled in Medicare Part B) to:

- TRICARE, as primary payer, for Medicare covered Part A or Part B services, your claim will be denied.

Cont. on next page

Beneficiarios Elegibles al "TRICARE"

- Servicios para la Parte B de Medicare, la reclamación se denegará.

Cómo Pueden los Proveedores Ayudar a los Beneficiarios

Beneficiarios de Medicare elegibles para TRICARE, que se les requiere, pero aún no se han inscrito en la Parte B de Medicare pueden aún inscribirse en la Parte B sin pagar una prima más alta por inscripción tardía. La inscripción puede ser retroactiva y pueden evitar perder elegibilidad de cubierta para servicios de la Parte B de Medicare.

Usted puede ayudar a los beneficiarios:

- Avisándoles que pueden contactar a su Oficina Local de Seguro Social o llamar a SSA al 1-800-772-1213. SSA inscribirá al beneficiario en la Parte B de Medicare.
- Refiriéndolos a la dirección <http://www.TRICARE.osd.mil> ó 1-866-773-0404 si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de TRICARE.
- Refiriéndolos a la dirección <http://www.medicare.gov> ó 1-800-MEDICARE si tiene alguna pregunta adicional sobre la cubierta de Medicare.

¿Cómo los Proveedores Pueden Obtener Pagos para las Reclamaciones de Medicare?

Si la reclamación envuelve beneficiarios de Medicare elegibles para TRICARE, con derecho a la Parte A de Medicare que aún no se han inscrito en la Parte B de Medicare, necesitarán:

- Mantener las reclamaciones para los servicios de la Parte B de Medicare hasta que el proceso de inscripción de su paciente se complete. Entonces someta la reclamación.
- Someter nuevamente cualquier reclamación de la Parte B de Medicare que fue denegada una vez su paciente tenga el proceso de inscripción de la Parte B completada.

JSM-05171/January 13, 2005/els/ECR

TRICARE-Eligible Beneficiaries

- Medicare for Part B services, your claim will be denied.

How Providers Can Help Beneficiaries

If TRICARE-eligible Medicare beneficiaries are required to but have not already been enrolled in Medicare Part B, they can still enroll in Part B without paying a higher Part B premium for late enrollment. Since their enrollment can be retroactive, they can avoid losing eligibility for covered Medicare Part B services.

You can help beneficiaries by:

- Advising them to contact their local Social Security Office or call SSA at 1-800-772-1213. SSA will enroll beneficiaries in Medicare Part B.
- Referring beneficiaries to <http://www.TRICARE.osd.mil> or 1-866-773-0404 if they have questions concerning TRICARE benefits.
- Referring beneficiaries to <http://www.medicare.gov> or 1-800-MEDICARE if they have additional questions about Medicare coverage.

How Providers Can Get Medicare Claims Paid

If your claim involves a TRICARE-eligible beneficiary entitled to Medicare Part A who has not yet enrolled in Medicare Part B, you will need to:

- Hold your claims for Medicare Part B services until the Part B enrollment process for your patient is completed. Then submit the claims.
- Resubmit any Medicare Part B claims that were denied once your patient's Part B enrollment process is completed."

Proveedores Fuera del Programa Medicare

PROVEEDORES QUE DECIDEN NO PERTENECER AL PROGRAMA MEDICARE

A continuación la lista de los proveedores para Puerto Rico e Islas Vírgenes que decidieron no pertenecer al Programa Medicare desde el 28 de febrero de 2005:

Opt-Out Providers from the Medicare Program

MEDICARE PROGRAM OPT-OUT PROVIDERS

Following are the Opt-Out Providers for Puerto Rico and the US Virgin Islands as of February 28, 2005:

PROVIDER NAME	PROVIDER ADDRESS	OPT-OUT PERIOD	
Puerto Rico			
Dr. Sharee A. Umpierre Catinch	Centro Europa Ste 718 Ave. Ponce De Leon 1492 San Juan, PR	10/1/2003	9/30/2005
Dr. Juan L. Romero Basso	Capital Center Ste 806 3 Ave Arterial Hostos Hato Rey, PR 00918	1/13/2003	1/12/2005
Dr. Flor Díaz	Cond. Plaza Del Condado Suite #6 Ave Condado #64 San Juan, PR 00907	1/1/2003	12/31/2004
Dr. Vicente Lopez Hidalgo	Cond. El Centro II Ste 606 500 Ave Muñoz Rivera San Juan, PR 00918	2/25/2003	2/24/2005
Dr. José M. Montañez	First Pine Center 1451 Ave Ashford San Juan, PR 00907	10/23/2003	10/22/2005
U.S. Virgin Islands			
Dr. James P. Clayton	6500 Red Hook Plaza Ste 205 St. Thomas, VI 00802	10/10/2003	10/9/2005
Dr. Thomas G. Anderson	Roy L. Schneider Hospital 9048 Sugar Estate St Thomas, VI 00802	4/15/2003	4/14/2005
Dr. Angela W. Lui	9150 Estate Thomas Ste A211 VI Med Foundation St Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2005
Dr. Brian Cheetham	9150 Estate Thomas Ste A211 VI Med Foundation St Thomas, VI 00802	1/15/2003	1/14/2005

Rev. 02/28/05/DG/SS

EDS Centro de Apoyo de Integridad del Beneficio

EDS CENTRO DE APOYO DE INTEGRIDAD DEL BENEFICIO

Trasfondo del Proyecto

El 25 de enero de 2005 los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) otorgaron un nuevo contrato a EDS y a sus subcontratistas para asumir el Programa de Contratista de Salvaguardia (PSC por sus siglas en inglés). Su función será prestarle atención al fraude, al malgasto y al abuso en programas específicos de Medicare en Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE.UU. y el estado de Florida. Para los efectos, esto significa que desde el 1ro de marzo de 2005 el trabajo de PSC realizado por TriCenturion en estas áreas se llevará a cabo por EDS.

El trabajo de salvaguardia de la Parte A y la Parte B de Medicare de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE.UU. se manejará desde el PCS de EDS existente, Eastern Benefit Integrity Support Center (EA-BISC, por sus siglas en inglés) que le ofrece servicio a Nueva York y a Nueva Jersey. Esta reorganización se hizo porque se asemeja más a la jurisdicción de la Oficina Regional de Nueva York de CMS. La jurisdicción incluye a Nueva York, Nueva Jersey, Puerto Rico y a las Islas Vírgenes de EE.UU. Para Florida, EDS tiene establecido un PSC separado llamado Florida Benefit Integrity Support Center (FLA-BISC, por sus siglas en inglés).

El EA-BISC no reemplaza el trabajo de administración del Programa de Medicare realizado por la Cooperativa de Seguros De Vida (COSVI), el Intermediario Fiscal (Parte A) actual o por Triple-S, Inc., el Contratista (Parte B) actual para Puerto Rico y las Islas Vírgenes EE.UU. En Florida, el Contratista y el Intermediario Fiscal es "First Coast Service Options". Estos Contratistas Afiliados (AC, por sus siglas en inglés) continuarán con sus responsabilidades actuales que incluyen procesar y pagar reclamaciones, llevar a cabo el servicio al cliente, revisar la necesidad médica de las reclamaciones no relacionadas a sospechas de fraude y abuso y auditar facilidades para los gastos y reembolsos de Medicare.

EDS Benefit Integrity Support Center

EDS BENEFIT INTEGRITY SUPPORT CENTER

Project Background

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

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

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

Cont. on next page

EDS Centro de Apoyo de Integridad del Beneficio

Propósito del Proyecto

Con el EA-BISC y FLA-BISC se crea un recurso enfocado a detectar y disuadir el fraude en los programas de Medicare Parte A y Parte B. Bajo estas funciones ellos llevarán a cabo unos análisis de data abarcadores y únicos para identificar actividades aberrantes en el Programa Medicare en sus respectivas jurisdicciones. Además, desarrollarán casos para ser referidos a las agencias de ley pertinentes y proveerán apoyo continuo cuando sea necesario para eso casos; procesarán querellas alegando fraude a Medicare; coordinarán actividades de integridad de beneficios en la región y; diseminarán información relevante sobre integridad de beneficios a los Contratistas Afiliados, a los proveedores y a los beneficiarios.

Resultados Esperados

- Identificar situaciones con potencial de fraude, malgasto y abuso en el Programa Medicare para su desarrollo y referido a las agencias de ley pertinentes
- Resolución puntual y precisa de querellas que alegan fraude.
- Identificar debilidades y vulnerabilidades en el Programa Medicare y hacer recomendaciones para acciones correctivas incluyendo recuperación de sobrepagos y la educación al proveedor.

Preguntas relacionadas al EA-BISC pueden dirigirse a:

EDS Benefit Integrity Support Center

Project Purpose

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

Expected Outcomes

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

Questions regarding the EA - BISC may be directed to:

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

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

PROVEEDORES/“VENDORS” QUE PASARON PRUEBAS HIPAA FORMATO X12N (TRANSACCIÓN 837)

La siguiente tabla identifica a aquellos proveedores y vendedores de programas de facturación electrónica que han completado exitosamente las pruebas “HIPAA X12N 837 Professional” realizadas por Triple-S, Inc./División de Medicare. Sus programas pueden ser utilizados por los proveedores de Medicare para el envío de reclamaciones en formato X12N.

VENDORS/PROVIDERS THAT HAS TESTED X12N FORMAT (837 TRANSACTION)

The following table identifies those providers and billing software vendors that have successfully completed “HIPAA X12N 837 Professional” testing with Triple-S, Inc./Medicare Division. Their programs may be used by Medicare providers to submit X12N electronic claims.

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date	Jurisdiction
MASS: Medical Accounting Systems Software (Visual MASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397, Manatí, PR 00674 787-854-8638, 787-884-7214 mass@coqui.net mass@massspr.com	004010X098A1	11/14/2003	Puerto Rico Virgin Islands
Medical Computer System (Medical Biller 7.0)	-UPIN -Visit/Consultation, -Diagnostic Test -Laboratory Procedure	4 Calle Barcelona, URB Torrimar Guaynabo PR 00966 (787) 793-8833, Fax:(787) 793-8299 medbiller@coqui.net	004010X098	10/25/2002	Puerto Rico Virgin Islands
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation - Diagnostic Tests - Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Lab. Procedure	PO Box 50335, Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com	004010X098A1	09/15/2003	Puerto Rico Virgin Islands
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	- Visit/Consultation - Diagnostic Tests -Referring -Provider/UPIN	Box 1811, Arecibo, PR 00613 787-898-1437 cisicar@caribe.net	004010X098A1	09/23/2003	Puerto Rico
CompuSoft de PR (LabSoft 2H15)	- Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftpr.com	004010X098	10/09/2002	Puerto Rico
Evertec, Inc. (MedOne 2.0)	- Visit/Consultation	PO Box 8512, Bayamón, PR 00960 787-269-3830, 787-269-5620 787-841-0396 michaelj@adspr.com	004010X098	10/11/2002	Puerto Rico Virgin Islands
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	- Surgery - Visit/Consultation - Purchase Service - Referring Provider	PO Box 3226, Guaynabo PR 00970 787-783-6102, bmyassoc@prtc.net blasmenz@prtc.net http://www.BlasMenendez.com	004010X098	11/06/2002	Puerto Rico Virgin Islands
Air Information Systems (AirisPro)	- Visit/Consultation - Diagnostic Tests - UPIN - Ambulance	PO Box 270152, San Juan, PR 00927 787-590-3686, 787-793-0046 Fax: 787-749-0552 air@puertorico.org	004010X098A1	09/15/2003	Puerto Rico

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date	Jurisdiction
The Right Answer (TRA Medical Billing System 5.0)	- Emergency - Visit/Consultation - UPIN - ASC - Surgery - Radiology Services - Mammography - Anesthesia - Laboratory Services	PMB 396, 405 Ave. Esmeralda Suite #2, Guaynabo, PR 00969-3738 787-272-8787, 787-643-3738 FAX: 787-272-6106, tracasc@prtc.net	004010X098	4/15/2003	Puerto Rico
Lab Warehouse Inc. (Best 2000)	-Laboratory Services	13 Calle 65 de Infanteria Esq. Calle Concordia, Lajas, PR 00667 Tel. 787-899-2900 labware@caribe.net	004010X098	4/16/2003	Puerto Rico Virgin Islands
WebMD	- Radiology Services - UPIN	WebMD Envoy, 26 Century Blvd. Nashville TN 37214 - 877 469-3263 Contact: Lucy Savino LSavino@webmd.net	004010X098	06/30/2003	Puerto Rico Virgin Islands
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5 / ProLab 3.5)	- Mammography - Visit/Consultation - UPIN Data - Physical Therapy - Emergency - Radiology Services - Anesthesia - Laboratory Procedure	Isabel Andreu Aguilar #103 Edif. Insuramerica Ste. 301 Hato Rey, PR 00925 787-753-1136, 787-753-1189 Fax: 787-763-1262 tekpro@prtc.net	004010X098A1	09/23/2003	Puerto Rico Virgin Islands
Lamars Computerized Services (Control Total, Version HIPAA)	- Laboratory Procedure - UPIN	Urb. La Cumbre, 9 Kennedy St. Río Piedras, PR 00926 Tels: 787-720-9697 Fax: 787-272-5824 lamars@centennialpr.net	004010X098A1	09/15/2003	Puerto Rico
Computer Softek Inc. (WinMBS 3.0)	- Visit/Consultation - UPIN - Surgery Procedure	POBox 190408, San Juan, PR 00919 787-751-5196, 787-565-8514 www.winmbs.com, softek@prtc.net	004010X098	06/27/2003	Puerto Rico
JCL Systems, Inc. (Med Center)	- Visit/Consultation - Laboratory Procedure - Surgery Procedure	Box 144, 53 Ave. Esmeralda, Guaynabo PR 00969 787-630-7881 juliojclsys@hotmail.com research@jclsys.com	004010X098A1	09/15/2003	Puerto Rico
Simplesoft PR Inc. (Medical Orders System 2.1)	- Visit / Consultation - UPIN - MSP Claims	210 Sol, San Juan PR 00901 787-696-4594 simplesoft@hotmail.com	004010X098	07/28/2003	Puerto Rico
Royal Computer Systems Inc. (MEDITRACK 1.0)	- Visit / Consultation - Surgery Procedure	Box 362863, San Juan, PR 787-764-8383, 787-251-4429 emartinez@wns.net www.meditrak-pr.info	004010X098A1	10/06/2003	Puerto Rico
Health Computer Systems (SAIL v.5.03)	- Visit / Consultation - Anesthesia - UPIN	PO Box 270030, San Juan, PR 00927 787-781-9868 hcspr@att.net http://www.hcspr.com	004010X098A1	10/15/2003	Puerto Rico

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date	Jurisdiction
OFFI-PLUS, INC (OFFI-MED 7.02)	- Visit / Consultation - Surgery	PO Box 1132 Trujillo Alto, PR 00977 787-283-0804, PCS 787-642-9035 FAX: 787-292-0222, offiplus@prtc.net offiplus@libertypr.net	004010X098A1	10/15/2003	Puerto Rico
Aranay Interactive Systems (InstantMed 7.0)	- Anesthesia - UPIN	609 Miramar Ave. Suite 101 San Juan, PR 00907 787-225-4466 apinzon@aranay.com	004010X098A1	10/22/2003	Puerto Rico
Multi Soft Developers MSD (WABS MEDICAL BILLING)	- Radiology Services - UPIN	Ave. Américo Miranda #1110 San Juan, PR 00921 787 793-5725, 787 783-3266 msdbrunet@msn.com brunet@caribe.net www.genius-msd.com	004010X098A1	10/22/2003	Puerto Rico
Infomedika, Inc. (IUHP ver. 3)	- Visit / Consultation - UPIN	http://www.infomedika.com/ ctorres@infomedika.com 787-620-2474	004010X098A1	10/22/2003	Puerto Rico
MCPC	- Visit / Consultation - UPIN	787-765-3638 mcpc@medsev.biz	004010X098A1	12/26/2003	Puerto Rico
Inmediata	- Visit / Consultation	636 San Patricio Ave. San Juan, PR 00920 (787) 774-6969, (787) 277-0980 sevelopez@inmediata.com servicioalcliente@inmediata.com www.inmediata.com	004010X098A1	02/06/2004	Puerto Rico
Healthcare Automation Services, Inc. (OMS 5.1)	- Visit / Consultation - UPIN - Physical Therapy - Podiatry	140 South Long Beach Avenue Ste 100 Freeport, NY 11520 (516) 868-9777, FAX (516) 868-9060, hcaincny@yahoo.com	004010X098A1	07/29/2004	Puerto Rico Virgin Islands
Healthcare Informatics Partners (Medical Receivables v. A10d)	- Radiology Services - UPIN - Visit/ Consultation - Cardiology	Condominio San Alberto 605 Ave. Condado, Suite 611 San Juan PR 00907-3811 787-721-0391, FAX 787-721-0417 aperez@firstpointpr.com	004010X098A1	08/11/2004	Puerto Rico Virgin Islands
Schuyler House (SchuyLab 2.2.16)	- Laboratory Services	1390 Boone Industrial Drive Ste 115 Columbia, Mo 1-888-724-8952, 573-499-1993 ext. 7101, Fax: 573-499-1983 sherri@schuylerhouse.com http://www.schuylerhouse.com	004010X098A1	09/24/2004	Puerto Rico Virgin Islands
McKesson Transactions Solutions Hub	-Visit/Consultation -UPIN -Ophthalmological Services	One Dubuque Building Suite 500, Dubuque, Iowa 52001 Main Fax Line (563-557-3334) 800-527-8133 maryjo.vrotsos@mckesson.com	004010X098A1	10/05/2004	Puerto Rico
HealthCare Tek	- Clearinghouse Services	20 North Orange Avenue Suite 1400 Orlando FL 32801 (407) 251-4410 / FAX (360) 251-5774 www.healthcaretek.com	004010X098A1	10/19/2004	Puerto Rico Virgin Islands
Thoroughbred Software International, Inc. (RAMS Software v8.4.1)	- Visit / Consultation - Cardiology - Home Health Services	285 Davidson Ave, Suite 302, Somerset, NJ 08873 (732) 560-1377 / Fax (732) 560-1594 tbred@tbred.com	004010X098A1	10/13/2004	Puerto Rico

Updated: December, 2004/VV-Systems Dept.

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS DE COMENTARIO DE LA REMESA DE PAGO Y CÓDIGOS DE DENEGACIÓN DE LA EXPLICACIÓN DE PAGO

Proveedores Afectados

Todos los proveedores

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Se publicaron las actualizaciones a los Códigos de Comentario de la Remesa de Pago y los Códigos de Denegación de la Explicación de Pago para la X12N 835 correspondientes a junio de 2004.

Lo Que Usted Necesita Saber

Puede encontrar la más reciente lista actualizada en: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

Observe que en el caso de una discrepancia, el texto que se incluye en el sitio Web del "Washington Publishing Company" (WPC, por sus siglas en inglés) sustituirá cualquier texto correspondiente al de la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés).

Además, en lo que respecta a los Códigos de Denegación de la Explicación de Pago, se añadieron algunos códigos temporeros (D16–D20) para aquellos casos donde los pagadores comerciales no utilizan los Códigos de Comentario disponibles y los Códigos de Denegación usados son muy genéricos para ayudar al proveedor a decidir que acción posterior tomar. **Medicare no utilizará estos Códigos de Denegación temporeros, sino que continuará usando la combinación de los Códigos de Denegación y los de Comentario adecuados.**

Lo que Usted Necesita Hacer

Los códigos arriba mencionados se actualizan tres veces al año. Notifíquese a su personal de facturación que deben mantenerse al día con los últimos códigos aprobados y válidos, de acuerdo con las fechas de implementación y efectividad, para asegurar un procesamiento preciso de reclamaciones de Medicare.

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

Provider Types Affected

All providers

Provider Action Needed

The June 2004 updates have been posted for the X12N 835 Health Care Remittance Advice Remark Codes and the X12 N 835 Health Care Claim Adjustment Reason Codes.

What You Need to Know

The most current and complete list will be found online at: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

Please note that in case of a discrepancy, the code text included on the Washington Publishing Company (WPC) web site will supersede any corresponding text in a CR.

In addition, with respect to Health Care Claim Adjustment Reason Codes, few temporary reason codes (D16-D20) were added for the cases where commercial payers do not make use of the available remark codes when the reason code used is too generic to help providers decide on the follow-up action. **Medicare will not use these new temporary reason codes but rather will continue the current use of the combination of reason and appropriate remark codes.**

What You Need to Do

The above noted codes are updated three times a year. Please advise billing staff to stay current with the latest approved and valid codes, in accordance with effective and implementation dates, to ensure accurate Medicare claims processing.

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Trasfondo

La lista de Códigos de Comentario es una de las listas de códigos que la Guía de Implementación de ASC X12 Transacción 835 (Remesa de Pago) versión 4010A1 menciona. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) conserva ésta lista y la actualiza tres veces al año. La lista con los códigos más recientes está disponible en línea en el sitio Web de WPC en: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>.

El Comité de Mantenimiento de los Códigos de Estatus y los Códigos de Comentario de la Remesa de Pago es el responsable de los Códigos de Denegación de la Explicación de Pago. El comité se reúne al inicio de cada trimestre de X12 (febrero, junio y octubre) y decide lo que se modificará, o retirará de Códigos de Comentario. La lista actualizada se publica tres veces al año y está disponible en el sitio Web de WPC: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

Información Adicional

Puede encontrar los cambios aprobados recientemente para los Códigos de Comentario de la Remesa de Pago y los Códigos de Denegación de la Explicación de Pago en la instrucción oficial emitida a su contratista. Esta instrucción oficial del CR-3466 se encuentra en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Una vez esté en dicha página, puede ver el CR-3466 bajo la columna "CR NUM". Dé un clic en el enlace para abrir y ver el archivo.

Los archivos adjuntos a los CR's incluyen información del proceso de toma de decisiones que resulta en las actualizaciones a los Códigos de Comentario de la Remesa de Pago y a los Códigos de Denegación de la Explicación de Pago. Incluyen, además, una tabla con los cambios; sin embargo, la lista más completa está en el sitio Web del "Washington Publishing Company" (WPC, por sus siglas en inglés). Este CR incluye los cambios de marzo a junio de 2004.

De tener dudas sobre este asunto, puede llamarnos al 1-877-715-1921.

CR3466/Pub. 100-04 MCP/Trans. 313/October 15, 2004/VV/els

Background

The Remittance Advice Remark Code list is one of the code lists mentioned in the ASC X12 transaction 835 (Health Care Claim Payment/Advice) version 4010A1 Implementation Guide (IG). This list is maintained by The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and is updated three times a year. The complete list of current codes is available online at the WPC web site: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>.

The Health Care Claim Adjustment Codes are maintained by the Claim Adjustment Reason Code and Status Code Maintenance Committee. The Committee meets at the beginning of each X12 trimester meeting (February, June, and October) and decides on any additions, modifications, or retirement of reason codes. The updated list is posted three times a year and the complete list of current codes is available online at the WPC web site: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

Additional Information

The most recent changes approved for the Remittance Advice Remark Codes and the Claim Adjustment Reason Codes can be found in the official instruction issued to your carrier or fiscal intermediary, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs). That official instruction is found in CR 3466, which is available at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Once at that page, scroll down the CR NUM column on the right to find the link for CR 3466. Click on the link to open and view the file for the CR.

The CR attachments also include information on the process of decision making that results in updates to the X12N 835 Health Care Remittance Advice Remark Codes and the X12 N 835 Health Care Claim Adjustment Reason Codes. It also includes a table of changes; however, please note that the most current and complete list is online at the WPC web site. This CR includes changes made only from March through June of 2004.

If you have questions regarding this issue, you may also contact us at 1-877-715-1921.

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

DESACTIVACIÓN DE CÓDIGO DE DENEGACIÓN A2

Proveedores Afectados

Todos los proveedores quienes someten reclamaciones a contratistas de Medicare, incluyendo contratistas regionales y de Equipo Médico Duradero (DMERCs)

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Esta notificación única le informa de la desactivación del Código de Denegación A2 para DMERC.)

Lo Que Necesita Saber

Los proveedores deben estar consientes del documento de acompañamiento corregido y el código de desactivación.

Lo que necesita hacer

Debe estar consiente que el Código de Denegación A-2 está reemplazándose por el código 121 (Ajuste de Indemnificación) desde el 3 de enero de 2005.

Trasfondo

El CR2657 ha cambiado el Formato 835 para los contratistas y los DMERC's para acomodar cantidad en unidades métricas, las cuales pueden tener hasta siete posiciones numéricas y hasta tres puntos decimales. El Formato actualizado se encuentra en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/edi/hipaadoc.asp>

Además, según pueden ver desde el 1 de enero de 2005 el código de denegación A-2 será reemplazado por código de denegación 121 (Ajuste de Indemnificación) en avisos remitentes.

Información Adicional

La instrucción oficial publicada a su contratista o a DMERC puede hallarse en: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm-trans/R1030TN.pdf>

Para alguna información adicional relacionada con esta publicación, puede comunicarse con nosotros al 1-877-715-1921.

DEACTIVATED REASON CODE A2

Provider Types Affected

All providers who submit claims to Medicare carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs)

Provider Action Needed

This one-time notification informs you of the Deactivation of Reason Code A2 for carriers and DMERCs.

What You Need to Know

Providers should be aware of the flat file change and the deactivated reason code.

What You Need to Do

Be aware that Reason Code A2 is being replaced by Reason Code 121 (Indemnification Adjustment) as of January 3, 2005.

Background

CR2657 has changed the 835 flat file for carriers and DMERCs to accommodate quantity in metric units, which may have up to seven numeric positions and up to three decimal points. The updated flat file is posted at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/edi/hipaadoc.asp>

In addition, as noted above and effective as of January 1, 2005, Reason Code A2 will be replaced by Reason Code 121 (Indemnification Adjustment) on remittance advices.

Additional Information

The official instruction released to your carrier or DMERC may be found at: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm-trans/R1030TN.pdf>

If you have any questions regarding this issue, please contact us at 1-877-715-1921.

Trans. 103/ CR #3236/12/07/04/ECR

Política Médica

EXENCIÓN DEL MECANISMO DE INVESTIGACIÓN CON EL DISPOSITIVO DE LA CATEGORÍA

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

A partir del 1 de enero de 2005, Medicare cubrirá los costos rutinarios incurridos en pruebas clínicas que envuelvan Exención del Mecanismo de Investigación (IDE) Dispositivos de la Categoría (utilizados en el diagnóstico, monitoreo o tratamiento de una condición o enfermedad inmediata que amenace con la vida).

Lo Que Necesita Saber

Esta extensión de cubierta se refiere a los servicios llevados a cabo para estas pruebas clínicas. **El dispositivo de la Categoría A como tal se mantiene no cubierto.**

Lo Que Necesita Hacer

Esta extensión de cubierta se refiere a los servicios de rutina realizados para dichas pruebas clínicas. **El Dispositivo de la Categoría A se mantiene no cubierto.**

Trasfondo

Previo al Medicare Prescription and Drug, Improvement and Modernization Act” (MMA, por sus siglas en inglés) del 2003, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) limitaban la cubierta de las pruebas clínicas a:

- Categoría B IDE (21 CFR 405.201); y
- Costo rutinario para las pruebas clínicas que cualifican Manual 310.1 (Determinación de Cubierta Nacional (NCD, por sus siglas en inglés))

La MMA (Sección 731(b)) expande la habilidad de CMS a cubrir costos de pruebas clínicas al autorizar la cubierta en ciertas pruebas clínicas las cuales envuelven los IDE de los Dispositivos de la Categoría A para el costo rutinario incurrido del 1ro de enero de 2005 en adelante.

Medical Policy

INVESTIGATIONAL DEVICE EXEMPTION (IDE) CATEGORY A DEVICES

Provider Types Affected

Physicians and providers

Provider Action Needed

Effective for routine costs incurred on or after January 1, 2005, Medicare will cover the routine costs of clinical trials involving Investigational Device Exemption (IDE) Category A devices (used in the diagnosis, monitoring, or treatment of an immediately life-threatening disease or condition).

What You Need to Know

*This extension of coverage refers to the routine services performed for such clinical trials. **The Category A device itself remains non-covered.***

What You Need to Do

*This extension of coverage refers to the routine services performed for such clinical trials. **The Category A device itself remains non-covered.***

Background

Prior to the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) limited coverage of clinical trials to:

- *IDE Category B trials (21 CFR 405.201); and*
- *Routine costs for qualifying clinical trials (National Coverage Determinations (NCD) Manual 310.1).*

The MMA (Section 731(b)) expands the ability of CMS to cover costs in clinical trials by authorizing coverage of routine costs in certain clinical trials involving IDE Category A devices effective for routine costs incurred on or after January 1, 2005.

Cont. on next page

Política Médica

Esta extensión de cubierta se refiere a los servicios rutinarios efectuados por esta prueba y el dispositivo de la Categoría A se mantiene sin estar cubierto.

Los dispositivos de la Categoría A (experimental/investigational) son innovaciones médicas de las cuales la "Food and Drug Administration", (FDA, por sus siglas en inglés) tiene muchas interrogantes relacionadas con su seguridad y efectividad. Para que una prueba cualifique por pagos de costos de rutina, debe primero cumplir con ciertos criterios establecidos por el Secretario de Salud y Servicios Humanos para asegurar que las pruebas son conforme a los estándares de ética científica apropiados.

Además, la MMA establece un criterio adicional para las pruebas iniciadas antes del 1 de enero de 2010, para asegurar que los mecanismos utilizados en estas pruebas sean para el uso de:

1. **Diagnóstico;**
2. **Monitoreo; o**
3. **Tratamiento de una enfermedad o condición amenazante a la vida** ("un estado de enfermedad donde en cuestión de unos meses es razonable que ocurra muerte prematura sin un tratamiento temprano").

Los proveedores participantes en las clínicas de pruebas son responsables de proveer toda la información que el contratista de Medicare (contratista o intermediario fiscal) estime necesaria para la determinación de cubierta y el proceso de las reclamaciones relacionadas con:

- El dispositivo
- La prueba clínica
- Los beneficiarios de Medicare participantes.

Además, el proveedor debe contactar su contratista o intermediario local de Medicare antes de facturar por este servicio.

Instrucciones de Facturación

Para los servicios rutinarios ejecutados en una clínica de prueba donde dispositivos de la categoría A se utilicen para pacientes con condiciones que amenazan a la vida:

Medical Policy

This extension of coverage refers to the routine services performed for such a trial, and the Category A device itself remains non-covered.

Category A (experimental/investigational) devices are innovative medical devices about which the Food and Drug Administration (FDA) has major questions regarding safety and effectiveness. For a trial to qualify for payment of routine costs, it must meet certain criteria established by the Secretary of the Department of Health and Human Services to ensure that the trial conforms to appropriate scientific and ethical standards.

In addition, the MMA established additional criteria for trials initiated before January 1, 2010, to ensure that the devices involved in these trials be intended for use in the:

1. *Diagnosis;*
2. *Monitoring; or*
3. ***Treatment of an immediately life-threatening disease or condition*** ("a stage of a disease in which there is a reasonable likelihood that death will occur within a matter of months or in which premature death is likely without early treatment).

Providers participating in the clinical trial are responsible for furnishing all information the Medicare contractor (carrier or fiscal intermediary) deems necessary for coverage determination and claims processing regarding:

- ***The device;***
- ***The clinical trial; and***
- ***The participating Medicare beneficiaries.***

Also, the provider must contact their local Medicare carrier or intermediary before billing for this service.

Billing Instructions

For routine services performed in a clinical trial where a Category A device is used for a patient with a lifethreatening condition:

Cont. on next page

Política Médica

- **Los médicos que facturan a través del formulario 1500 de CMS** deben colocar el número de IDE del dispositivo de la Categoría A en la línea 23;
- **Los médicos que facturan electrónicamente** deben colocar el número de IDE en el segmento de referencia del número de exención de la 2300 del mecanismo de investigación, dato REF02 (REF01=LX) of the 837p; y
- **Los Hospitales** deben colocar el número IDE de la Categoría A en la reclamación electrónica 837i en el formato 2300 del mecanismo de investigación número de exención REF Segmento, elemento de dato REF02 (REF01=LX.) Si está facturando con la copia de papel CMS-1450, el número de IDE debe aparecer en la Forma Localizador 43.
- **Todos los proveedores** deben colocar el modificador QV en la reclamación para reflejar el costo de rutina en la prueba clínica asociada con un IDE del dispositivo de la Categoría A. Note, sin embargo, que CMS está trabajando para obtener otro modificador el cual será requerido además al modificador QV. Mas noticias sobre este modificador será provista en cuanto CMS reciba la misma.
- **Todos los proveedores** deben saber que Medicare continuará denegando las reclamaciones sometidas con el IDE del mecanismo de la Categoría A por sí sola.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2005.

Información Adicional

Para los detalles completos, favor ver la instrucción enviada a su contratista/intermediario relacionada a este cambio. Puede visitar nuestra página en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R1310TN.pdf.

Para información adicional relacionada con esta publicación, puede comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Medical Policy

- **Physicians billing with the CMS Form 1500** must place the IDE number of the Category A device in Item 23;
- **Physicians billing electronically** must place the IDE number on the 2300 Investigational Device Exemption Number REF segment, data element REF02 (REF01=LX) of the 837p; and
- **Hospitals** must place the Category A IDE number on the 837i electronic claim format in 2300

Investigational Device Exemption Number REF Segment, data element REF02 (REF01=LX). If billing on the CMS-1450 paper form, the IDE number must be in Form Locator 43.

- **All providers** should place the QV modifier on the claim to reflect routine costs in a clinical trial associated with an IDE Category A device. Note, however, that CMS is working to obtain another modifier that will be required in addition to the QV modifier. Further news will be provided on that modifier once CMS receives it.
- **All providers** should also note that Medicare will continue to deny claims submitted for the IDE Category A device itself.

Implementation

The implementation date for this instruction is January 3, 2005.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R1310TN.pdf

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR-3548/Transmittal 131/December 17, 2004/ECR

Política Médica

PRUEBA DE EVALUACIÓN CONTRA LA DIABETES

Tipo de Proveedores Afectados

Todos los Proveedores de Medicare

Acción Necesaria del Proveedor

Este artículo notifica a los proveedores que Medicare le permite cubierta por las siguientes pruebas de evaluación contra la diabetes por los servicios tomados en o antes del 1 de enero del 2005 por personas que satisfacen los requisitos de elegibilidad estando en riesgo de diabetes:

- Prueba en ayuno de glucosa en la plasma; y
- Prueba de estimulación post glucosa (prueba oral de tolerancia de glucosa con una estimulación de 75 gramos de glucosa en mujeres adultas no embarazadas o prueba de estimulación de dos horas post glucosa solamente.)

Lo Que Necesita Saber

Se le provee cubierta por dos pruebas de evaluación por año calendario a personas diagnosticadas con pre-diabetes y una prueba de evaluación por año a individuos a los cuales les hayan realizado pruebas, pero no fueron diagnosticados con pre-diabetes o a los cuales nunca se les ha realizado la prueba. Esta cubierta no aplica a individuos quienes hayan sido diagnosticados previamente con diabetes.

Lo Que Usted Necesita Saber

Favor referirse al Trasfondo en la sección de Información Adicional de esta instrucción para más detalles.

Trasfondo

Esta cubierta es asignada por la Sección 613 del MMA. Inicialmente, la cubierta estaba limitada a la prueba de plasma de glucosa en ayuna. Sin embargo, hay cubierta para las siguientes dos pruebas de muestras de sangre para evaluación:

Medical Policy

DIABETES SCREENING TESTS

Provider Types Affected

All Medicare providers Medicare

Provider Action Needed

This article notifies providers that Medicare will permit coverage for the following diabetes screening tests for services performed on or after January 1, 2005 for individuals who satisfy the eligibility requirements of being at risk for diabetes:

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

What You Need to Know

Coverage will be provided for two screening tests per calendar year for individuals diagnosed with pre-diabetes, and one screening test per year for individuals previously tested who were not diagnosed with pre-diabetes, or who have never been tested. This coverage does not apply to individuals previously diagnosed as diabetic.

What You Need to Do

Please refer to the Background and Additional Information sections of this instruction for further details.

Background

This coverage is mandated by Section 613 of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA). Initially, coverage was limited to a fasting plasma glucose test. However, coverage is now provided for the following two screening blood tests:

Cont. on next page

Política Médica

- Prueba en ayuna de plasma de glucosa; y
- Prueba de estimulación post glucosa (prueba oral de tolerancia de glucosa donde el estímulo es 75 gramos de glucosa para adultos que no están en estado de embarazo o prueba de dos horas de estímulo de post glucosa solamente.)

Cualquier persona con uno **(1) de estos factores de riesgos individuales para diabetes es elegible** para este nuevo beneficio:

- Hipertensión
- Dislipidemia
- Obesidad (con un índice de masa de cuerpo igual o más alto de 30kg/m²) o Identificación previa de glucosa elevada o intolerancia de glucosa.

O un individuo con **dos (2) de los siguientes factores de riesgo para la diabetes es también elegible** para este nuevo beneficio.

- Sobrepeso (un índice de masa de cuerpo >25, pero <30kg/m²),
- Un historial familiar de diabetes
- 65 años de edad o mayor
- Un historial de diabetes melitus gestacional o dar a luz un bebé con un peso >de 9 lb.

Para servicios realizados a partir del 1 de enero de 2005, Medicare paga por pruebas de evaluación contra la diabetes bajo el "Medicare Clinical Laboratory Fee Schedule." Para indicar que el propósito de la prueba(s) es para evaluación de diabetes, un código de evaluación diagnóstica es requerido en la sección de diagnóstico de la reclamación:

- Dos pruebas de evaluación por año calendario para individuos diagnosticados con pre-diabetes.
- Una prueba de evaluación cubierta por año a personas que previamente hayan sido evaluadas quienes no fueron diagnosticados con pre-diabetes o que nunca hayan tomado una prueba.

Medical Policy

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

*Any individual with **one (1) of the following individual risk factors for diabetes is eligible** for this new benefit:*

- *Hypertension,*
- *Dyslipidemia,*
- *Obesity (with a body mass index greater than or equal to 30 kg/m²), or*
- *Previous identification of elevated impaired fasting glucose or glucose intolerance.*

*Or, an individual with any **two (2) of the following risk factors for diabetes is also eligible** for this new benefit:*

- *Overweight (a body mass index >25, but <30kg/m²),*
- *A family history of diabetes,*
- *Age 65 years or older, or*
- *A history of gestational diabetes mellitus or giving birth to a baby weighing > 9 lb.*

Effective for services performed on or after January 1, 2005, Medicare will pay for diabetes screening tests under the Medicare Clinical Laboratory Fee Schedule. To indicate that the purpose of the test(s) is for diabetes screening, a screening diagnosis code is required in the diagnosis section of the claim:

- *Two screening tests per calendar year are covered for individuals diagnosed with pre-diabetes.*
- *One screening test per year is covered for individuals previously tested who were not diagnosed with pre-diabetes, or who have never been tested.*

Cont. on next page

Política Médica

Aquellos proveedores que facturen a intermediarios deben tomar nota de lo siguiente:

- Las pruebas de evaluación para diabetes se paga sólo cuando se someten con los tipos de facturas (TOB, por sus siglas en inglés) 12x, 13x, 14x, 22x, 23x y 85x.
- Las reclamaciones sometidas en TOB's 13x, 14x, 22x y 23x se pagarán de acuerdo con las Tarifas de Laboratorio Clínico (CLFS, por sus siglas en inglés.)
- Los hospitales de Acceso Clínico (TOB 85x) se pagarán basado en un costo razonable.
- Los hospitales de Maryland sometiendo reclamaciones de la Parte B a intermediarios en TOB's 12x, 13x, ó 85x se pagarán de acuerdo al "Maryland Cost Containment plan."

Indicaciones de No Cubiertas Nacionales

- Bajo el beneficio de la MMA no hay cubierta para personas previamente diagnosticadas con diabetes.
- Otras evaluaciones de sangre para diabetes las cuales Medicare no ha indicado específicamente con cubierta nacional, continúan no cubiertas.

Implementación

La fecha de implementación es el 3 de enero de 2005 y aplica para servicios ofrecidos del 1 de enero de 2005 en adelante.

Instrucciones Relacionadas

El manual de instrucciones actualizado está incluido en la instrucción oficial publicada a su contratista o intermediario en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página de la Red, busque el CR 3637 en el número de CR en la columna de la derecha y oprima en el archivo del CR deseado.

De tener alguna pregunta, puede comunicarse con su contratista 1-877-715-1921.

Medical Policy

Those providers billing fiscal intermediaries should note the following:

- *The diabetes screening tests will be paid only when submitted on types of bills (TOB) 12x, 13x, 14x, 22x, 23x, and 85x.*
- *Claims submitted on TOBs 12x, 13x, 14x, 22x, and 23x will be paid in accordance with the Clinical Laboratory Fee Schedule.*
- *Critical Access Hospitals (TOB 85x) will be paid based on reasonable cost.*
- *Maryland hospitals submitting Part B claims to fiscal intermediaries on TOBs 12x, 13x, or 85x will be paid according to the Maryland Cost Containment plan.*

Nationally Non-Covered Indications

- *No coverage is permitted under the MMA benefit for individuals previously diagnosed as diabetic.*
- *Other diabetes screening blood tests for which Medicare has not specifically indicated national coverage continue to be non-covered.*

Implementation

The implementation date is January 3, 2005 and applies to services furnished on or after January 1, 2005.

Related Instructions

The official instruction issued to your carrier or intermediary can be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3637 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

Trans. 409/ January 3, 2005/CR: 3637/ECR

Política Médica

SERVICIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a Medicare y los intermediarios fiscales (FI, por sus siglas en inglés) por servicios electrocardiográficos (ECG).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) cubren nacionalmente el uso de servicios electrocardiográficos (ECG) bajo el criterio específico descrito en la §20.15, Púb. 100-03, Manual de Cobertura Nacional de Cobertura (NCD, por sus siglas en inglés.) La tecnología de los ECG está ahora organizada dentro del marco actualizado para asistir en las determinaciones de cobertura razonable y necesaria conforme a la tecnología ECG. Con vigencia desde el 26 de agosto de 2004, los servicios electrocardiográficos ECG realizados con un mercadeo aprobado de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) son elegibles para la cubierta si se pueden categorizar de acuerdo al marco de servicios de ECG descritos en el manual del NCD Manual.

Lo Que Necesita Saber

El servicio ambulatorio de monitoreo cardiaco realizado con un dispositivo aprobado por la FDA, (por sus siglas) es elegible para cubierta si se puede categorizar de acuerdo al marco del ECG. Excepto que exista un NCD para el dispositivo o el servicio, la determinación de si un dispositivo o servicio cabe dentro del marco de lo razonable y necesario queda a la discreción del contratista local o el FI.

Lo que Necesita Hacer

Para asegurar el proceso de reclamaciones correctas para los servicios de ECG, revise la información incluida aquí y manténgase al día con las instrucciones para el servicio de electrocardiograma.

Medical Policy

ELECTROCARDIOGRAPHIC SERVICES

Provider Types Affected

Physicians and providers billing Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) for electrocardiographic (ECG or EKG) services

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) nationally covers the use of electrocardiographic (ECG or EKG) services under specific criteria described in §20.15, Pub. 100-03, National Coverage Determinations (NCD) Manual. EKG technologies are now organized into an updated framework to aid in making reasonable and necessary coverage determinations as they pertain to EKG technology. Effective August 26, 2004, electrocardiographic (EKG) services performed with a marketed, Food and Drug Administration (FDA)-approved device, are eligible for coverage if they can be categorized according to the EKG Services Framework described in the NCD Manual.

What You Need to Know

Ambulatory cardiac monitoring performed with a marketed, FDA-approved device is eligible for coverage if it can be categorized according to the EKG framework. Unless there is a specific NCD for that device or service, determination as to whether a device or service that fits into the framework is reasonable and necessary is at the discretion of your local carrier or FI.

What You Need to Do

To ensure accurate claims processing for EKG services, review the information included here and stay current with instructions for electrocardiographic services.

Cont. on next page

Política Médica

Trasfondo

Las tecnologías del ECG están ahora organizadas dentro de un marco actualizado para asistir a establecer determinaciones de cubierta razonables y necesarias según la tecnología de los ECG. El monitoreo ambulatorio cardiaco realizado con un dispositivo aprobado por la FDA es elegible si se puede categorizar de acuerdo a ese marco.

El marco está detallado y descrito en una porción del manual de NCD y la porción revisada está anejada al CR 3590. La siguiente tabla resume los indicadores de la cubierta nacional y de la no-cubierta.

Medical Policy

Background

EKG technologies are now organized into an updated framework to aid in making reasonable and necessary coverage determinations as they pertain to EKG technology. Ambulatory cardiac monitoring performed with a marketed, FDA-approved device is eligible for coverage if it can be categorized according to that framework.

The framework is detailed and described in a revised portion of the NCD manual and that revised portion is attached to CR 3590. The following table summarizes the nationally covered indications and nationally non-covered indications for EKG technologies:

Indicaciones Cubierta Nacional Nationally Covered Indications	Indicaciones No-Cubierta Nacional Nationally Non-Covered Indications
<ul style="list-style-type: none"> Análisis computadorizado de los ECG cuando es ofrecido en un ambiente bajo las circunstancias requeridas para la cubierta de otros servicios de ECG. 	<ul style="list-style-type: none"> El tiempo de muestra de modo de operación de un ECG cardiaco ambulatorio en el evento de monitoreo y grabado.
<ul style="list-style-type: none"> <i>Computer analysis of EKGs when furnished in a setting and under the circumstances required for coverage of other EKG services.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>The time-sampling mode of operation of ambulatory EKG cardiac event monitoring/recording.</i>
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de ECG rendidos por un centro de prueba de diagnósticos independiente (IDTF), incluyendo la revisión e interpretación. Los servicios de los médicos no se cubren por separado excepto que el/ella sea el médico de cabecera o consultor. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de médicos separados ofrecidos por el IDTF a menos que se lleve a cabo por el médico de consulta o el de cabecera.
<ul style="list-style-type: none"> <i>EKG services rendered by an independent diagnostic testing facility (IDTF), including physician review and interpretation. Separate physician services are not covered unless he/she is the patient's attending or consulting physician.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Separate physician services other than those rendered by an IDTF unless rendered by the patient's attending or consulting physician.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ECG de emergencia realizado como un servicio de laboratorio o diagnóstico por un suplidor de rayos-x portátil cuando el médico está presente en el momento del servicio o inmediatamente después. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de ECG de emergencia por un suplidor de rayos-x portátil sin médico presente en el momento o inmediatamente después.
<ul style="list-style-type: none"> <i>Emergency EKGs performed as a laboratory or diagnostic service by a portable x-ray supplier only when a physician is in attendance at the time the service is performed or immediately thereafter.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Emergency EKG services by a portable x-ray supplier without a physician in attendance at the time of service or immediately thereafter.</i>

Cont. on next page

Política Médica

Medical Policy

Indicaciones Cubierta Nacional <i>Nationally Covered Indications</i>	Indicaciones No-Cubierta Nacional <i>Nationally Non-Covered Indications</i>
<ul style="list-style-type: none"> Servicios de ECG en el hogar con documentación médica necesaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de ECG en el hogar sin documentación médica necesaria.
<ul style="list-style-type: none"> <i>Home EKG services with documentation of medical necessity</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Home EKG services without documentation of medical necessity.</i>
<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo cardíaco ambulatorio realizado con un dispositivo mercadeado y aprobado por la FDA es elegible para cubierta si puede ser categorizado de acuerdo al marco de servicios electrocardiográficos en el Capítulo 1, Sección 20.15 de Manual de NCD. A menos que haya un NCD específico, la determinación de si el dispositivo o servicio está dentro del marco razonable y necesario es discreción del contratista local. 	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier dispositivo o servicio mercadeado de aprobación por la Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) que no pueda ser categorizado de acuerdo al marco de servicios de electrocardiografía según discutido en el Capítulo 1, Sección 20.15 del Manual de NCD.
<ul style="list-style-type: none"> <i>Ambulatory cardiac monitoring performed with a marketed, FDA-approved device is eligible for coverage if it can be categorized according to the electrocardiographic services framework of Chapter 1, Section 20.15 of the NCD Manual. Unless there is a specific NCD for that device or service, determination as to whether a device or service that fits into the framework is reasonable and necessary is according to local contractor discretion.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Any marketed Food and Drug Administration (FDA)-approved ambulatory cardiac monitoring device or service that cannot be categorized according to the electrocardiographic services framework discussed in Chapter 1, Section 20.15 of the NCD manual.</i>
<ul style="list-style-type: none"> ECG de transmisión transtelefónico utilizado con indicaciones específicas, cuando es realizado con equipo específico y sujeto a limitaciones y condiciones específicas detalladas en el Capítulo 1, Sección 20.15 de manual del NCD. 	<ul style="list-style-type: none"> El ECG de veinticuatro horas para el monitoreo temprano de pacientes dados de alta después de un infarto al miocardio, a menos que sea provisto por criterio específico según mencionado en el Capítulo 1, Sección 20.15 del manual del NCD.
<ul style="list-style-type: none"> <i>Trans-telephonic EKG transmissions used for the specific indications, when performed with specific equipment and subject to the specific limitations and conditiond detailed in Chapter 1, Section 20.15 of the NCD manual.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Twenty-four-hour attended coverage used as early post-hospital monitoring of patients discharged after myocardial infarction unless provided according to specific criteria as mentioned in Chapter 1, Section 20.15 of the NCD manual.</i>

Cont. on next page

Política Médica

Información Adicional

La instrucción oficial enviada a su contratista/intermediario con relación a este cambio puede encontrarla en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

Desde esa página busque el CR-3590 en el número en la columna a la derecha y oprima en el archivo de ese CR.

La §20.15, Púb. 100-03 National Coverage Determinations Manual (NCD) está anejada al CR-3590.

Para información adicional relacionada con esta publicación, puede comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Medical Policy

Additional Information

The official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change can be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

On the above page, scroll down the CR NUM column on the right to find the link for CR 3590. Click on the link to open and view the file for the CR.

The revised §20.15, Pub. 100-03, National Coverage Determinations Manual, is attached to CR 3590.

If you have questions regarding this issue, you may also contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR-3590/Trans.26/December 10, 2004/ECR

“CARE PLAN OVERSIGHT” (CPO)

Durante el año 2003 se hizo una auditoría de los códigos HCPCS de “Care Plan Oversight” (CPO):

G0179: “Physician re-certification for Medicare covered home health services under a home health plan of care (patient not present), including contacts with home health agency and review of reports of patient status required by physicians to affirm the initial implementation of the plan of care that meets patient’s needs, per certification period.”

G0180: “Physician Certification for Medicare covered home health services under a home health plan of care (patient not present), including contacts with home health agency and review of reports of patient status required by physicians to affirm the initial implementation of the plan of care that meets patient’s needs, per certification period.”

G0181: “Physician supervision of a patient receiving Medicare covered services provided by a participating home health agency (patient not present) requiring complex and multidisciplinary care modalities involving regular physician development and/or revision of care plans, review of subsequent reports of patient status, review of laboratory and other studies, communication

“CARE PLAN OVERSIGHT” (CPO)

An audit of HCPCS codes within the Care Plan Oversight (CPO) was performed during the year 2003:

G0179: “Physician re-certification for Medicare covered home health services under a home health plan of care (patient not present), including contacts with home health agency and review of reports of patient status required by physicians to affirm the initial implementation of the plan of care that meets patient’s needs, per certification period.”

G0180: “Physician Certification for Medicare covered home health services under a home health plan of care (patient not present), including contacts with home health agency and review of reports of patient status required by physicians to affirm the initial implementation of the plan of care that meets patient’s needs, per certification period.”

G0181: “Physician supervision of a patient receiving Medicare covered services provided by a participating home health agency (patient not present) requiring complex and multidisciplinary care modalities involving regular physician

Cont. on next page

Política Médica

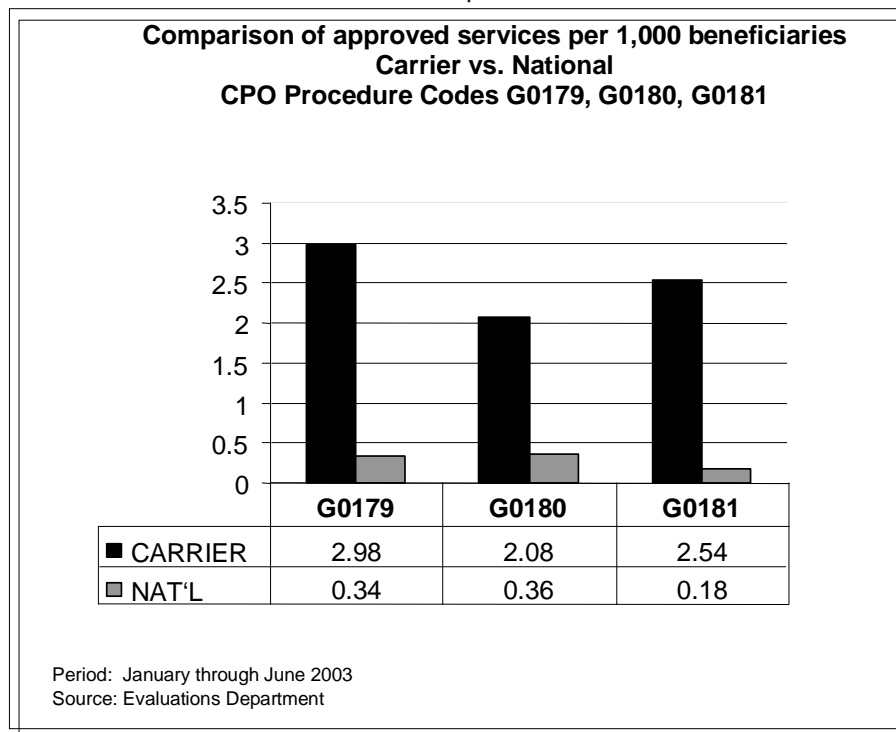
(including telephone calls) with other health care professionals involved in the patient's care, integration of new information into the medical treatment plan and/or adjustment of medical therapy , within calendar month, 30 minutes or more."

Quando se estudiaron estos códigos se encontró una sobre utilización de los mismos cuando comparábamos los servicios aprobados localmente con los servicios aprobados nacionalmente, ver la gráfica #1.

Medical Policy

development and/or revision of care plans, review of subsequent reports of patient status, review of laboratory and other studies, communication (including telephone calls) with other health care professionals involved in the patient's care, integration of new information into the medical treatment plan and/or adjustment of medical therapy, within calendar month, 30 minutes or more."

During our revision, we found an over-utilization of these codes when comparing locally approved services vs. nationally approved services (See Chart #1).



Dado estos hallazgos, se tomó una muestra de servicios de CPO y la documentación provista tenía numerosos errores de facturación. Esto nos motivó a darnos a la tarea de educar a la comunidad médica. Para este propósito se llevaron a cabo tres conferencias de CPO durante el 2004. A estas conferencias se invitaron a los proveedores que habíamos identificado que habían facturado los códigos arriba mencionados. La última de estas conferencias se llevo a cabo el 1 de noviembre de 2004.

Due to these findings, a sample of CPO services was evaluated. We found that the sampled documentation had multiple billing errors. This motivated us to engage in an educational campaign targeted to the medical community. With this objective, we presented three (3) CPO Conferences during 2004. We invited providers, which we had earlier identified to bill the above-mentioned codes. The last of these three conferences took place on November 1, 2004.

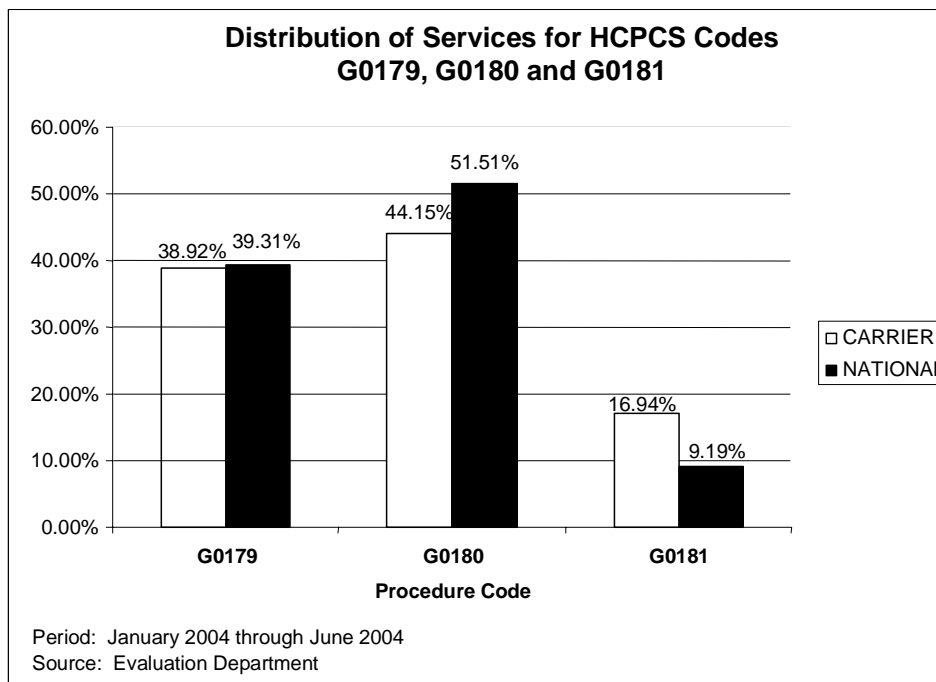
Cont. on next page

Política Médica

Recientemente reevaluamos los códigos de CPO para el periodo correspondiente de enero 2004 a junio de 2004 y encontramos que los parámetros de utilización locales se asemejan más a la utilización de estos códigos en el resto de la nación, ver gráfica #2.

Medical Policy

We have recently reevaluated those CPO codes for the period started on January 2004 through June 2004 and we found that the local utilization parameters are becoming similar to the utilization of these codes in the rest of the Nation. (See Chart #2).



Además, se ha visto una disminución en los errores de facturación para estos códigos, dado esto queremos reforzar este hallazgo y hacer disponible para toda la comunidad de proveedores los conocimientos básicos necesarios para facturar servicios de CPO los cuales resumimos a continuación.

Requisitos para la Certificación Médica de Servicios de Cuidado en el Hogar, Provisto por una Agencia de Salud en el Hogar

- Los servicios son necesarios porque el paciente está confinado a su hogar y necesita de forma intermitente: cuidados de enfermería, terapia física, terapia del habla o terapia ocupacional.
- Existe un plan de cuidado establecido que describe las necesidades particulares del paciente y es periódicamente revisado por el médico que certifica.

In addition, we have seen a decrease in billing errors for those codes. We would like to reinforce these findings by making available to the entire provider community the basic knowledge necessary to perform accurate billing of CPO services. Following you will find a summary of this information:

Requirements for Physician Certification for Home Health Services under a Home Health Agency (HHA)

- *These services are necessary because the patient is confined to his home and has an intermittent need for: nurse care, physical therapy, speech or occupational therapy.*
- *There is a Care Plan already established that describes the particular needs of the patient; this plan is periodically reviewed by the Certifying Physician.*

Cont. on next page

Política Médica

- Los servicios son o fueron efectuados estando el paciente bajo el cuidado del médico.
- El mismo médico que establece el Plan de Cuidado es el que certifica la necesidad para los servicios de una agencia de salud en el hogar.
- Las certificaciones deben hacerse al mismo tiempo que se establece el plan de cuidado o tan pronto como sea posible.
- El médico firmará el Plan de Cuidado y la Certificación antes de que la reclamación se someta para pago.
- La certificación puede ser firmada por otro médico en ausencia del que establece el plan de cuidado siempre y cuando exista una autorización del segundo para que el primero atienda a sus pacientes en su ausencia.
- La certificación tiene que mostrar la firma original del médico que atiende al paciente, no se aceptan sellos de goma ni otros.
- La Certificación inicial tendrá un tiempo de duración de 60 días, siendo el primero de ellos el (SOC) Start of Care, que es la fecha en que comienzan de forma oficial los servicios de la Agencia de Salud en el Hogar + 59 días calendario. Ejemplo: Certificación Inicial desde el 10/01/2003 hasta el 11/29/2003. **Aclaración al facturar sólo indique la fecha en que comienza el periodo de certificación, si en el encasillado de fecha indican las fechas del periodo certificado ej. 10/01/2003 al 11/29/2003, el sistema de computadora lo va a denegar como mal facturado.**

Requisitos para la Recertificación de los Servicios Una Vez Concluídos los 60 días Iniciales

- Cuando la necesidad de servicios de una HHA se extienda por más de 60 días, se hará una Re-certificación al menos cada 60 días mientras el paciente necesite los servicios de una Agencia de Salud en el Hogar.

Medical Policy

- *Services are or were provided while the patient was under the care of the Physician.*
- *The same physician who established the Care Plan is the same physician certifying the need for the services of a Home Health Agency.*
- *The certification must be done at the same time that the Care Plan is established, or as soon as it is possible.*
- *The physician will sign the established Care Plan and Certification before the claim is submitted for payment.*
- *The certification can be signed by another physician in the absence of the Physician who established the Care Plan, only if there exists authorization from the physician to allow another physician to attend his/her patients during his/her absence.*
- *The certification requires the original signature of the physician attending the patient. No rubber stamps or other types of signature will be accepted.*
- *The initial Certification will have an effective period of 60 days, being the first day the **Start of Care date (SOC)**. This is the date when the services from a Home Health Agency officially start. For example: **Initial Certification starts on 10/01/2003 and ends on 11/29/2003. NOTE: When invoicing, do not indicate indicate both starting and ending dates in the Certificate; for example, if you write 10/01/2003 through 11/29/2003, the electronic system will reject the transaction as incorrectly billed.***

Requirements for Re-Certification of Services Once the 60-day Initial Period Has Concluded:

- *When the need for services provided by a HHA require an extension for more than 60 days, a Re-Certification will be required at least every 60 days while the patient requires the services of a Home Health Agency.*

Cont. on next page

Política Médica

- La Re-certificación debe hacerse al mismo tiempo que se revisa el Plan de Cuidado, ya que ambos tienen el mismo intervalo de tiempo establecido.
- El médico recertificará que el paciente necesita de forma intermitente los servicios de enfermería, terapia física, del habla o terapia ocupacional.
- La Re-certificación tiene que mostrar la firma original del médico que revisa el Plan de Cuidado; no se aceptan sellos de goma ni otros.
- El médico firmará la Re-certificación antes de que la reclamación se someta para pago.
- La re-certificación puede ser firmada por otro médico en ausencia del que establece el Plan de Cuidado, siempre que exista una autorización del segundo para que el primero atienda a sus pacientes en su ausencia.
- El primer día de la Re-certificación será el día siguiente al último de la Certificación Inicial. Por ejemplo: **Certificación Inicial:** desde el 10/01/2003 hasta el 11/29/2003, **Re-certificación:** 11/30/2003 hasta el 01/28/2004 (**60 días calendario**). **Aclaración al facturar sólo indique la fecha en que comienza el periodo de certificación si en el encasillado de fecha indican las fechas del periodo certificado ej. 11/30/2003 al 01/28/2004, el sistema de computadora lo va a denegar como mal facturado.**

Requisitos para G0181 (CPO), Supervisión Médica del Plan de Cuidado Establecido.

- El paciente requiere una evaluación y cuidado multidisciplinario que necesita participación médica.
- Medicare pagará por estos servicios si el tiempo documentado es al menos de 30 minutos y solamente una vez al mes.
- En los casos de pacientes que están en "Skilled Nursing Facilities" o "Nursing Facilities" no se efectuarán pagos por servicios de Care Plan Oversight.

Medical Policy

- *The Re-Certification must be done at the same time that the Care Plan Revision is performed, since both have the same time interval established.*
- *The physician will Re-Certify that the patient needs the intermittent need for: nurse care, physical therapy, speech or occupational therapy.*
- *Re-Certification must show the original signature of the Physician that reviews the Care Plan. No rubber stamps or other types of signature will be accepted.*
- *The physician must sign the Re-Certification before the claim is submitted for payment.*
- *The Certification can be signed by another physician in the absence of the Physician who established the Care Plan, only if there exists authorization from the physician to allow another physician to attend his/her patients during his/her absence.*
- *The first day of the certification will be next day after the last day shown in the Original Certification. For example, if the **Original Certification** indicates: **from 10/01/2003 through 11/29/2003**, then the Re-Certification should indicate: **11/30/2003 through 01/28/2004 (that is, 60 calendar days)**. **NOTE: When invoicing, you do not have to indicate both starting and ending dates in the Certificate; for example, if you write 11/30/2003 through 01/28/2004 the electronic system will reject the transaction as "incorrectly billed".***

Requirements for CPO Code G0181- Medical Supervision of Established Care Plan

- *The patient needs medical evaluation and multi-disciplinary (comprehensive) care that requires participation of the physician.*
- *Medicare will only pay for these services if the time documented is not less than 30 minutes and service is performed at least once a month.*
- *In the case of patients on "Skilled Nursing Facilities" or "Nursing Facilities", no payment will be made for Care Plan Oversight.*

Cont. on next page

Política Médica

Actividades que forman parte de los 30 minutos mínimos requeridos para CPO:

Servicios descritos y documentados de forma tal que se evidencie el tiempo empleado en ellos. Ejemplos:

- Revisión de planes de tratamiento, expediente médico, reportes clínicos, laboratorios o resultados de estudios, se exceptúa la interpretación inicial (servicios indicados en el encuentro cara a cara (“face-to-face”) formando parte de la evaluación y manejo inicial).
- Llamadas a otros profesionales que participan en el cuidado del paciente, conferencias con grupos médicos para discutir el caso del paciente, discusiones con el farmacéutico acerca de la terapia medicamentosa propuesta, decisiones médicas nuevas, actividades de coordinación del caso siempre y cuando se requiera de conocimiento médico para efectuarlas.

Actividades que no forman parte de los 30 minutos mínimos requeridos para CPO:

- Servicios efectuados por Nurse Practitioners (NP) y Physician Assistants (PA) u otros proveedores no médicos (“Non-physicians”) en Puerto Rico, dado a que la reglamentación local no lo permite, sin embargo en las Islas Vírgenes los NP y los PA pueden facturar el código G0181. **Nota Importante:** Los códigos de certificación y recertificación están restringidos a médicos **tanto en Puerto Rico como para las Islas Vírgenes.**
- Llamadas efectuadas al paciente o a la familia.
- Llamadas telefónicas a la farmacia solamente para prescripciones.
- Tiempo empleado en transporte, preparación y procesamiento de reclamaciones.
- Servicios efectuados por Nurse Practitioners y Physician Assistants u otros Non-physicians (Puerto Rico).
- Interpretación inicial de laboratorios.

Medical Policy

Activities that are considered part of the 30-minute minimum service required for CPO:

Services that are adequately described and documented so that there is sufficient evidence of the time dedicated to provide such services. Examples:

- *Revision of Treatment Plans, evaluation of patient records, clinical reports, lab results or results from studies performed, with the exception of the “initial interpretation” (services indicated in the face-to-face encounter are part of the initial evaluation and management service.*
- *Calls to another professionals involved in the patient care program, conferences with medical groups to discuss the patient’s case, discussions with the pharmacist regarding the proposed medical treatment, new medical decisions, case coordination activities when these activities require medical Knowledge or skills to be carry out.*

Activities that are not part of the 30-minute minimum service required for CPO:

- *Services provided by Nurse Practitioners and Physician Assistants, or any other non-physician provider in Puerto Rico, since local regulations do not allow such coverage. However, in the U.S. Virgin Islands NP’s and PA’s can invoice Code G0181. **Important Note:** Certification and Re-Certification Codes are restricted to physicians **both in Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands.***
- *Calls to the patient and/or patient’s relatives or family.*
- *Calls to the pharmacy with the sole purpose of ordering prescriptions.*
- *Time used to transport, prepare and process claims.*
- *Services provided by Nurse Practitioners, Physician Assistants or other Non-Physician personnel (for Puerto Rico).*
- *Initial interpretation of laboratory test results.*

Cont. on next page

Política Médica

- Consultas informales con profesionales no relacionados con el cuidado del paciente.
- Conversaciones con la enfermera para asuntos relacionados con la agencia de salud en el hogar.
- Servicios facturados por concepto de alta hospitalaria (99238-99239) ó alta de observación (99217).
- Servicios prestados por otro médico que no es el que firma el CPO.

Facturación del Código HCPCS G0181:

- Debe tener como primera y última fechas aquellas que comprenden los 30 días en los que realmente se prestaron los servicios y no el primer y último día del mes calendario. **Clarificación al facturar solo ponga la fecha en que comienza el periodo de supervisión si en el encasillado de fecha ponen las fechas del periodo de supervisión ej. 11/30/2003 al 12/29/2003 el sistema de computadora lo va a denegar como mal facturado.**

Esperamos que este artículo les haya clarificado cualquier duda existente sobre los servicios de CPO y les agradecemos el compromiso con la documentación adecuada y la facturación correcta de estos códigos y de todos los servicios prestados a los beneficiarios del programa Medicare.

Medical Policy

- *Informal consultations with professionals not related to the patient in terms of health care matters.*
- *Conversations with the Nurse for matters related with the Home Health Agency.*
- *Services invoiced for hospital discharge (99238-99239) or observation care discharge (99217)*
- *Services rendered by another physician other than the one who has signed the CPO.*

Invoicing HCPCS Code G0181:

- *You must document as the first and last date those that comprehend the 30 days during which the services were, in fact, rendered; do not write the first and the last day of the calendar month. NOTE: **When invoicing, you should only indicate the starting date of the supervision period, for example: if you write 11/30/2003 through 01/28/2004 the electronic system will reject the transaction as incorrectly billed.***

We certainly hope that the information in this article has provided enlightenment and clarification regarding CPO Services. We appreciate your commitment with providing adequate and complete documentation when invoicing these codes as well as all other services provided to beneficiaries of the Medicare Program.

By V.O.S. Inc./February, 2005

Política Médica

PROYECTO DE DEMOSTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

Proveedores afectados

Médicos y *proveedores no-médicos facturando a los contratistas de Medicare por servicios de quimioterapia provisto a pacientes de cáncer oficina dentro del año calendario 2005 (CY).

Acción del Proveedor Necesaria

Este artículo y la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 3670 provee información sobre los códigos G apropiados utilizados cuando se participa en el Proyecto de Demostración de Quimioterapia asociado con el cuidado de pacientes de cáncer quienes reciben servicios de quimioterapia en una oficina.

Trasfondo

En la Tarifa Fija de Médicos de Medicare, la regla final publicada el 15 de noviembre de 2004 en el Registro Federal, los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) anunciaron una demostración de un año del proyecto para infusión intravenosa o servicios de quimioterapia en bolo (IV Push) ofrecida en oficina. Los proveedores participantes en el proyecto deben efectuar y documentar servicios específicos relacionados con el manejo de control de dolor, minimizar las náuseas y el vómito, y la reducción de fatiga (cansancio) asociada con la quimioterapia. Al someter los códigos-G aplicables las reclamaciones generarán pagos adicionales al proveedor por suministrar datos de la evaluación de su paciente bajo esta demostración. Durante la misma, el proveedor le pregunta al paciente de cáncer que recibe la quimioterapia sobre el grado de molestia causado por dolor, náusea y/o vómito y síntomas de fatiga. Las respuestas de los pacientes se refleja al informar un código-G en la reclamación por cada uno de los tres síntomas que más se aproxime a las respuestas o reacción de los pacientes. Se designará un código-G cada síntoma (dolor, náusea/vómito y fatiga) el que debe aparecer en la reclamación para que el pago se realice bajo la demostración.

Medical Policy

CHEMOTHERAPY DEMONSTRATION PROJECT

Provider Types Affected

*Physicians and *non-physician practitioners billing Medicare carriers for chemotherapy services provided to cancer patients in an office-based practice in calendar year (CY) 2005*

Provider Action Needed

This article and related CR 3670 provide information on the proper G-codes used when participating in the Chemotherapy Demonstration Project associated with caring for cancer patients who receive chemotherapy services in an office-based practice.

Background

In the Medicare Physician Fee Schedule final rule published on November 15, 2004 in the Federal Register, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced a one-year demonstration project for intravenous infusion or push chemotherapy services provided in an office-based practice.

Practitioners participating in the project must provide and document specified services related to pain control management, minimization of nausea and vomiting, and the reduction of fatigue associated with chemotherapy. Submission of the applicable G-codes and claims will generate additional payment to the practitioner for submitting patient assessment data under this demonstration. Under this demonstration, cancer patients receiving chemotherapy are asked by practitioners about the degree to which they have been bothered by pain, nausea and/or vomiting, and fatigue symptoms. The patient's responses are reflected by reporting one G-code in the claim for each of the three symptoms that best approximates the patient's response. A G-code for each symptom (pain, nausea/vomiting, and fatigue) must appear on the claim for payment to be made under the demonstration.

Cont. on next page

Política Médica

Al informar los códigos-G designados en la reclamación sometida para pago, los proveedores no-médicos quedan inscritos automáticamente en el proyecto y están de acuerdo con todos los términos y condiciones de la demostración. El pago bajo la demostración aplica solo cuando los códigos-G designados son facturados en conjunto con servicios quimioterapia (definido como quimioterapia administrada a través de infusión intravenosa o quimioterapia en bolo (IV Push), utilizando los códigos-G, G0357 o G0359, respectivamente) para tratar el cáncer. Para documentar la respuesta del paciente solo se requiere que se reporte el código-G en la reclamación

A continuación hay una lista de los códigos-G a ser utilizados para reportar los niveles correspondientes para cada uno de los tres síntomas. Estos códigos son válidos solamente para pagos para las fechas de servicios durante el 2005 y debe indicar un diagnóstico de cáncer.

Medical Policy

By reporting the designated G-codes on the claim submitted for payment, the practitioner self-enrolls in the project and agrees to all of the terms and conditions of the demonstration. Payment under the demonstration applies only when the designated G-codes are billed in conjunction with chemotherapy service (defined as chemotherapy administered through intravenous push or infusion, using G-codes G0357 or G0359, respectively) to treat cancer. Reporting the G-codes on the claim is all that is required as far as the documentation of the patient's response.

The following is a list of the G-codes to be used to report the corresponding levels for each of the three symptoms. These codes are only valid for payment for CY 2005 dates of service, and must be pointed to a cancer diagnosis.

Código Code	Códigos-G para Asesoramiento de Nausea y/o Vómitos G-Codes for Assessment of Nausea and/or Vomiting
G9021	Evaluación de náusea y/o vómitos por quimioterapia, informado por el paciente y realizada durante la administración de la quimioterapia; Evaluación, nivel uno: no, ninguno (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for nausea and/or vomiting, patient reported, performed at the time of chemotherapy administration; assessment level one: not at all (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>
G9022	Evaluación de náusea y/o vómitos por quimioterapia, informado por el paciente, realizada durante la administración de la quimioterapia; Evaluación, nivel dos: muy poco (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for nausea and/or vomiting, patient reported, performed at the time of chemotherapy administration; assessment level two: a little (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>
G9023	Evaluación de náusea y/o vómitos por quimioterapia, informado por el paciente, realizada durante la administración de la quimioterapia; Evaluación, nivel tres: bastante (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for nausea and/or vomiting, patient reported, performed at the time of chemotherapy administration; assessment level three: quite a bit (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>
G9024	Evaluación de náusea y/o vómitos por quimioterapia, informado por el paciente, realizada durante la administración de la quimioterapia; Evaluación, nivel cuatro: mucho (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for nausea and/or vomiting, patient reported, performed at the time of chemotherapy administration; assessment level four: very much (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>

Cont. on next page

Código Code	Códigos-G para la Evaluación de Dolor G-Codes for Assessment for Pain
G9025	Evaluación de dolor por quimioterapia, informado por el paciente y realizado durante la administración quimioterapia, Evaluación, nivel uno: no, ninguno (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for pain, patient reported, performed at the time of chemotherapy administration, assessment level one: not at all (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>
G9026	Evaluación de dolor por quimioterapia, informado por el paciente realizado durante la administración de la quimioterapia, Evaluación, nivel dos: muy poco (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for pain, patient reported, performed at the time of chemotherapy administration, assessment level two: a little (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>
G9027	Evaluación de dolor por quimioterapia, informado por el paciente realizado durante la administración de la quimioterapia, Evaluación, nivel tres: bastante (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for pain, patient reported, performed at the time of chemotherapy administration assessment level three: quite a bit (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>
G9028	Evaluación de dolor por quimioterapia, informado por el paciente realizado durante la administración de la quimioterapia, Evaluación, nivel cuatro: mucho (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for pain, patient reported, performed at the time of chemotherapy administration, assessment level four: very much (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>

Códigos Code	Códigos-G para la Evaluación de Falta de Energía (Fatiga) G-Codes for Assessment for Lack of Energy (Fatigue)
G9029	Evaluación de falta de energía (fatiga) causado por quimioterapia, informado por el paciente y realizado durante la administración de la quimioterapia, Evaluación, nivel uno: no nada (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for lack of energy (fatigue), patient reported, performed at the time of chemotherapy administration, assessment level one: not at all. (for use in a Medicare approved demonstration project)</i>
G9030	Evaluación de falta de energía (fatiga) causado por quimioterapia, informado por el paciente y realizado durante la administración de la quimioterapia, Evaluación, nivel dos: un poco (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for lack of energy (fatigue), patient reported, performed at the time of chemotherapy administration, assessment level two: a little. (for use in a Medicare approved demonstration project)</i>
G9031	Evaluación de falta de energía (fatiga) causado por quimioterapia, informado por el paciente y realizado durante la administración de la quimioterapia, Evaluación, nivel tres: bastante (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for lack of energy (fatigue), patient reported, performed at the time of chemotherapy administration, assessment level three: quite a bit. (for use in a Medicare approved demonstration project)</i>
G9032	Evaluación de falta de energía (fatiga) causado por quimioterapia, informado por el paciente realizado durante la administración de la quimioterapia, Evaluación, nivel cuatro: mucho (para uso en la demostración del proyecto aprobado por Medicare) <i>Chemotherapy assessment for lack of energy (fatigue), patient reported, performed at the time of chemotherapy administration, assessment level four: very much. (for use in a Medicare-approved demonstration project)</i>

Cont. on next page

Política Médica

Las siguientes tarifas se utilizarán para los códigos de la demostración y los pagos se basarán en el que sea menor entre el 80 por ciento del cargo sometido o las tarifas según los siguientes códigos:

G9021 al G 9024 - \$43.34

G9025 al G9028 - \$43.33

G9029 al G9032 - \$43.33

Favor someter solo un código G de cada categoría de síntomas evaluados.

Las cantidades en la lista se usarán en todas las localizaciones y son pagadas basadas en la asignación. El coaseguro y deducible usual para la Parte B aplican. El proyecto de demostración tendrá vigencia desde el 1ro de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2005. Los beneficiarios de Medicare quienes están inscritos en un plan de "Medicare Advantage" están excluidos de la demostración.

Para ver la instrucción oficial emitida a su contratista con relación a esta demostración visite a: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde ese sitio de la Red busque el CR 3670 en la columna del número de CR a la derecha y oprima en el archivo correspondiente.

De tener alguna pregunta favor llamar al (787)715-1912.

**Bajo las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, a proveedores no médicos no se les permite la facturación de servicios de administración de quimioterapia en forma independiente.*

Medical Policy

The following allowances will be made for the demonstration assessment codes and payment will be based on the lesser of 80 percent of the actual charge or the following allowances by code:

G9021 to G9024 - \$43.34

G9025 to G9028 - \$43.33

G9029 to G9032 - \$43.33

Please report only one G code from each symptom assessment category.

The amounts listed above apply in all locations and are paid on an assignment basis... The usual Part B coinsurance and deductible apply. The demonstration project is applicable to services provided on or after January 1, 2005 and on or before December 31, 2005. Medicare beneficiaries who are enrolled in a Medicare Advantage plan are excluded from the demonstration.

To see the official instruction issued to your carrier regarding this demonstration, go to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3670 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

**The laws of the Commonwealth of Puerto Rico do not allow non-physician practitioners to bill independently for chemotherapy services.*

Trans. 14 CR #3670/January 17, 2005/ECR

Política Médica

PARÁMETROS DE FRECUENCIA, NECESIDAD MÉDICA Y UTILIZACIÓN DE TENDENCIAS PARA LAS PRUEBAS DE LÍPIDOS

Este contratista tiene el compromiso de disminuir la tasa de error en el pago de reclamaciones y emitir pagos de manera correcta por servicios facturados por nuestros proveedores. Para lograr este objetivo, tomaremos muestras aleatorias (al azar) de los códigos de servicio mas utilizados por nuestros proveedores y procederemos a evaluar la documentación médica para establecer la necesidad de estos servicios.

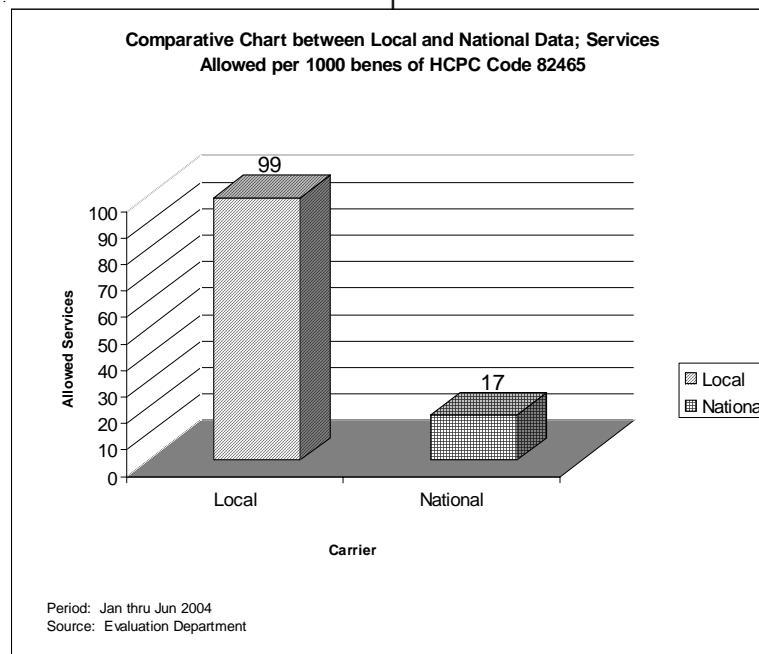
Recientemente, como parte de los esfuerzos de este contratista para disminuir su tasa de error, llevamos a cabo una evaluación del Código 82465 del CPT (Cholesterol, serum or whole blood, total). Este código fue seleccionado debido a que cuando comparamos los servicios pagados a nivel local por cada 1,000 beneficiarios, contra los servicios pagados a nivel nacional (Estados Unidos Continentales), se encontró una sobreutilización de 82 servicios pagados por cada 1,000 beneficiarios al ser comparados con los servicios pagados por cada 1,000 beneficiarios en el resto de la nación americana.

Medical Policy

MEDICAL NECESSITY, FREQUENCY PARAMETERS AND UTILIZATION TRENDS FOR LIPID TESTING

This carrier has the commitment to diminish its error rate in the payment of claims and pay correctly the services billed by our providers. To achieve this goal we take random samples of the service codes with the greatest utilization by our providers and evaluate medical documentation to establish medical necessity of these services.

Recently in this carrier's efforts to diminish its error rate, we did an evaluation of CPT code 82465 (Cholesterol, serum or whole blood, total). This code was selected because when we compare the services paid locally per 1000 beneficiaries, with the services paid nationally, there is an over utilization of 82 services paid per 1000 of our beneficiaries when compared with services paid per 1000 beneficiaries in the rest of the nation, see graph bellow.



Cont. on next page

Política Médica

El Proceso de selección de muestras se llevó a cabo de la siguiente manera: Primero, procedimos a identificar los diez (10) laboratorios clínicos con el número mayor de reclamaciones facturadas bajo este código. Luego, de cada laboratorio identificado, se tomó una muestra aleatoria (al azar) de diez (10) reclamaciones que contenían el código 82465 para un total de cien (100) reclamaciones. Luego de evaluar esta muestra, éstos fueron los resultados:

- 7 de cada 10 laboratorios estudiados no cometieron errores en la documentación sometida.
- Un laboratorio no sometió la evidencia médica requerida. Esto tuvo como resultado que se recuperara la cantidad total de dinero que se había pagado a ese laboratorio.
- Uno de los laboratorios arrojó una tasa de error de un 23%.
- Otro de los laboratorios arrojó una tasa de error de un 10%.

Después del error de “no someter la documentación médica requerida”, el error más común era que el diagnóstico en la orden médica no establecía la necesidad médica de tal prueba, según establecido en la determinación de cubierta nacional con respecto a pruebas de lípidos. El otro error reportado fue que la prueba de Colesterol no había sido documentada, según indicado en la orden médica.

Deseamos hacer énfasis en que la comunidad de proveedores tiene la obligación de someter documentación cuando la misma es requerida para evaluación médica del contratista, o bajo algún contratista del programa de “safeguard” (Program Safeguard Contractor = PSC por sus siglas en inglés.) Si el proveedor no somete la documentación requerida al contratista o al PSC, de modo que estas entidades puedan establecer la necesidad médica en una reclamación, entonces se le denegará el servicio bajo la SSA Sec. 1862(a)1(A), que establece que: no se podrá emitir pago alguno bajo la Parte A o la Parte B por concepto de servicios que sean considerados no razonables e innecesarios. Es, además, muy

Medical Policy

The sample selection process was carried out as follows: First, we proceeded to identify the top ten clinical laboratories with the highest number of claims billed for this code. Then, from each lab, a random sample of 10 claims with code 82465 was selected for a total of 100 claims. After the evaluation of this sample we obtained the following results:

- *7 out of 10 sampled labs had no errors in the documentation provided*
- *1 lab did not provide the required medical documentation. This resulted in the complete recoup of the money paid for this claims by the carrier.*
- *1 lab had 23% error rate*
- *1 lab had a 10% error rate*

After the error of not providing the requested medical documentation, the most common error was that the diagnosis in the medical order does not justify the medical necessity of the test as established by the national coverage determination regarding lipid tests. The other error reported was that the cholesterol test was not documented as ordered in the medical order.

We want to emphasize that the provider community has the obligation to provide documentation when it is requested for medical review by the carrier, or by a program safeguard contractor (PSC). If the provider does not furnish the requested documentation to the carrier or to the PSC, so these entities can establish the medical necessity of a claim, then this service will be denied under SSA Sec 1862(a)1(A), that states; that no payment may be made under part A or part B for services that are not reasonable and necessary. It is also important to know that in claims requested by the PSC in charge of the comprehensive error rate testing program

Cont. on next page

Política Médica

importante saber que en el caso de reclamaciones solicitadas por el PSC encargado de una investigación bajo el Programa de Pruebas de Tasas de Error (Comprehensive Error Rate Testing Program = CERT por sus siglas en inglés), aquel proveedor que no someta la documentación requerida estará sujeto a una investigación exhaustiva por parte de la oficina del Inspector General.

Finalmente, deseamos recordar a la comunidad de proveedores que deben familiarizarse con las Determinaciones de Cubierto Nacional (National Coverage Determinations = NCD por sus siglas en inglés) para establecer las indicaciones y limitaciones de cubierta en pruebas de lípidos. Para su conveniencia, hemos hecho un resumen de las indicaciones y limitaciones en pruebas de lípidos. Para ver el documento completo de **Determinaciones de Cubierto Nacional (NCD)**, puede acceder el siguiente enlace en la Internet: <http://www.cms.hhs.gov/coverage/>

Indicaciones/Recomendaciones

La comunidad médica reconoce que las pruebas de niveles de lípidos constituyen una prueba adecuada para la evaluación de enfermedades cardiovasculares arteroscleróticas.

Condiciones en las cuales es recomendable llevar a cabo pruebas de lípidos son:

- Evaluación de pacientes con enfermedad cardiovascular arterosclerótica.
- Evaluación de dislipidemia primaria.
- Evaluación de cualquier tipo de enfermedad arterosclerótica, o cualquier enfermedad que conduzca a la formación de enfermedad arterosclerótica.
- Evaluación diagnóstica de enfermedades asociadas con metabolismo lípido alterado, tal como: síndrome nefrótico, pancreatitis, enfermedad hepática, hipotiroidismo o hipertiroidismo.
- Dislipidemia Secundaria, incluyendo diabetes mellitus, desórdenes de absorción gastrointestinal, fallo renal crónico.

Medical Policy

(CERT), providers that don't send the requested documentation could be subject to further investigation by the office of the inspector general.

Finally we want to remind the provider community that they should be familiar with the National coverage determinations (NCD) that establish the indications and limitations of coverage of lipid testing. For your convenience we are summarizing bellow, the indications and limitations for lipid testing. To view the complete NCD's you can access the following link: <http://www.cms.hhs.gov/coverage/>

Indications

The medical community recognizes lipid testing as appropriate for evaluating atherosclerotic cardiovascular disease. Conditions in which lipid testing may be indicated include:

- Assessment of patients with atherosclerotic cardiovascular disease.
- Evaluation of primary dyslipidemia.
- Any form of atherosclerotic disease, or any disease leading to the formation of atherosclerotic disease.
- Diagnostic evaluation of diseases associated with altered lipid metabolism, such as: nephrotic syndrome, pancreatitis, hepatic disease, and hypo and hyperthyroidism.
- Secondary dyslipidemia, including diabetes mellitus, disorders of gastrointestinal absorption, chronic renal failure.
- Signs or symptoms of dyslipidemias, such as skin lesions.

Cont. on next page

Política Médica

- Señales o síntomas de dislipidemia, tales como lesiones de la piel
- Como un seguimiento a pruebas de cernimiento inicial para enfermedad coronaria del corazón (Colesterol Total y Colesterol HDL) cuando el Colesterol Total se encuentra a niveles altos (>240mg/dL), o un nivel alto fronterizo (200-240mg/dL), sumado a dos o más factores de riesgo de enfermedad coronaria del corazón, o cuando existe un nivel de Colesterol HDL <35 mg/dL).

Para monitorizar el progreso de pacientes en manejo de dietas anti-lípidos y terapia farmacológica para el tratamiento de desórdenes de niveles elevados de lípidos en la sangre, se podrán realizar pruebas de Colesterol Total, Colesterol HDL y LDL. Los niveles de triglicéridos se pueden obtener si esta fracción de lípidos es también elevada o si el paciente se encuentra tomando medicamentos (por ejemplo: diuréticos tiazide, beta-bloqueadores, estrógenos, glucocorticoides y tamoxifen) los cuales pueden elevar los niveles de los triglicéridos.

Al monitorizar a largo plazo una terapia dietética o farmacológica anti-lípidos y cuando los pacientes muestran niveles altos fronterizos de Colesterol Total o LDL, se puede considerar razonable el realizar el panel de niveles de lípidos anualmente. Un panel de niveles de lípidos cada año es usualmente adecuado mientras la medida del Serum Total de Colesterol o LDL resulte suficiente entre visitas, si es que el paciente no padece de hipertrigliceridemia.

Cualquiera de los componentes del panel o un LDL medido pueden ser razonables y necesarios hasta un máximo de seis veces durante el primer año de monitorizar terapias dietéticas o farmacológicas. Pruebas más frecuentes de Colesterol Total, Colesterol HDL, Colesterol LDL y Triglicéridos podrían ser indicados en el caso de elevaciones marcadas o en el caso de cambios en la terapia anti-lípidos debido a una respuesta inicial inadecuada del paciente a la terapia dietética o farmacológica. El Colesterol LDL o el Colesterol Total pueden ser medidos (analizados) tres veces al año, una vez se hayan alcanzado las metas del tratamiento.

Medical Policy

- *As follow-up to the initial screen for coronary heart disease (total cholesterol + HDL cholesterol) when total cholesterol is determined to be high (>240 mg/dL), or borderline-high (200-240 mg/dL) plus two or more coronary heart disease risk factors, or an HDL cholesterol, <35 mg/dl.*

To monitor the progress of patients on anti-lipid dietary management and pharmacologic therapy for the treatment of elevated blood lipid disorders, total cholesterol, HDL cholesterol and LDL cholesterol may be used. Triglycerides may be obtained if this lipid fraction is also elevated or if the patient is put on drugs (for example, thiazide diuretics, beta blockers, estrogens, glucocorticoids, and tamoxifen) which may raise the triglyceride level.

When monitoring long term anti-lipid dietary or pharmacologic therapy and when following patients with borderline high total or LDL cholesterol levels, it may be reasonable to perform the lipid panel annually. A lipid panel at a yearly interval will usually be adequate while measurement of the serum total cholesterol or a measured LDL should suffice for interim visits if the patient does not have hypertriglyceridemia.

Any one component of the panel or a measured LDL may be reasonable and necessary up to six times the first year for monitoring dietary or pharmacologic therapy. More frequent total cholesterol HDL cholesterol, LDL cholesterol and triglyceride testing may be indicated for marked elevations or for changes to anti-lipid therapy due to inadequate initial patient response to dietary or pharmacologic therapy. The LDL cholesterol or total cholesterol may be measured three times yearly after treatment goals have been achieved.

Cont. on next page

Política Médica

Electroforéticos u otras pruebas de cuantificación de lipoproteínas podrían ser indicadas si el paciente padece de un desorden metabólico de lípido (o desorden lípido del metabolismo).

Efectivo el 1ro. de enero de 2005, la Parte B de Medicare cubrirá las pruebas cardiovasculares de cernimiento en sangre cuando éstas sean indicadas/ordenadas por el médico que está tratando al beneficiario con el propósito de hacer una detección temprana de cualquier enfermedad cardiovascular en individuos que, en apariencia no presentan señales ni síntomas. Medicare proveerá cubierta para estas pruebas cardiovasculares de cernimiento en sangre cada cinco (5) años (por ejemplo: 59 meses después de que se haya realizado la última prueba cubierta por Medicare). Por lo tanto, efectivo el 1ro. de enero de 2005, se proveerá cubierta para las siguientes pruebas: Colesterol Total, Prueba de Colesterol para Lipoproteínas de Alta Densidad; y Prueba de Triglicéridos. Para información completa sobre este nuevo beneficio, puede acceder el siguiente enlace en la Internet: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R408CP.pdf

Limitaciones

Las pruebas de paneles de lípidos y panel hepático podrán ser utilizadas para pacientes con casos severos de psoriasis que no han respondido a terapia convencional y a quienes se les ha recetado "retinoid etretinate" y que han desarrollado hiperlipidemia o toxicidad hepática. Ejemplos específicos incluyen eritrodermia y tipo generalizado pustular, y psoriasis asociada con artritis.

Hasta el 31 de diciembre de 2004, pruebas de cernimiento de rutina y preventivas (profilácticas) para desórdenes lípidos no estaban cubiertas por Medicare. Comenzando el 1ro. de enero de 2005, este beneficio antes mencionado de pruebas de cernimiento cardiovascular estarán disponibles.

Medical Policy

Electrophoretic or other quantization of lipoproteins may be indicated if the patient has a primary disorder of lipid metabolism.

Effective, January 1, 2005, Medicare Part B will cover cardiovascular screening blood tests when ordered by the physician who is treating the beneficiary for the purpose of early detection of cardiovascular disease in individuals without apparent signs or symptoms. Medicare will provide coverage for the cardiovascular screening blood test for beneficiaries every five years (i.e., 59 months after the last covered screening tests.) Therefore, effective January 1, 2005, coverage is provided for the following: Total Cholesterol Test; Cholesterol Test for High Density Lipoproteins; and Triglycerides Test. For the complete information on this new benefit you may access the following link: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R408CP.pdf

Limitations

Lipid panel and hepatic panel testing may be used for patients with severe psoriasis which has not responded to conventional therapy and for which the retinoid etretinate has been prescribed and who have developed hyperlipidemia or hepatic toxicity. Specific examples include erythrodermia and generalized pustular type and psoriasis associated with arthritis.

Until December 31, 2004 routine screening and prophylactic testing for lipid disorder are not covered by Medicare. Starting in January 1, 2005 the above mentioned new benefit of cardiovascular screening, will be available.

Once a diagnosis is established, one or several specific tests are usually adequate for monitoring the course of the disease. Less specific diagnoses (for example, other chest pain) alone do not support medical necessity of these tests.

Cont. on next page

Política Médica

Una vez se establece el diagnóstico, una o varias pruebas específicas resultan usualmente adecuadas para monitorizar el curso de la enfermedad. Diagnósticos menos específicos (por ejemplo: otro dolor de pecho) por sí solos no establecen la necesidad médica de estas pruebas.

Cuando se monitoriza a largo plazo por medio de terapia dietética anti-lípidos o terapia farmacológica, y cuando se da seguimiento a pacientes que muestran niveles de Colesterol Total o Colesterol LDL fronterizos, se considera razonable realizar el panel de lípidos anualmente. Un panel de lípidos en intervalos anuales debe resultar razonable mientras que la medición/medida del Serum Total de Colesterol o una lectura/medida de LDL debe resultar suficiente entre visitas, si es que el paciente no padece de hipertrigliceridemia.

Cualquier componente del panel o un LDL medido pueden ser médicamente necesarios hasta un máximo de seis veces durante el primer año de monitorización por medio de dieta o terapia farmacológica. Pruebas más frecuentes del Colesterol Total, Colesterol HDL, Colesterol LDL y Triglicéridos podrían ser indicadas en el caso de elevaciones marcadas o cambios a la terapia anti-lípidos debido a una respuesta inicial inadecuada del paciente a la terapia dietética o farmacológica. El Colesterol LDL o el Colesterol Total se podrá medir tres veces al año luego de logradas las metas de los tratamientos.

Si no se recomienda al paciente una terapia dietética o farmacológica, entonces no sería necesaria la monitorización.

Al evaluar anomalías crónicas no-específicas del hígado (por ejemplo: niveles elevados de transaminasa, fosfatase alcalino, estudios de imagen que muestran anomalías, etc.) generalmente no se indicará un panel de lípidos más de dos veces por año.

Medical Policy

When monitoring long term anti-lipid dietary or pharmacologic therapy and when following patients with borderline high total or LDL cholesterol levels, it is reasonable to perform the lipid panel annually. A lipid panel at a yearly interval will usually be adequate while measurement of the serum total cholesterol or a measured LDL should suffice for interim visits if the patient does not have hypertriglyceridemia.

Any one component of the panel or a measured LDL may be medically necessary up to six times the first year for monitoring dietary or pharmacologic therapy. More frequent total cholesterol HDL cholesterol, LDL cholesterol and triglyceride testing may be indicated for marked elevations or for changes to anti-lipid therapy due to inadequate initial patient response to dietary or pharmacologic therapy. The LDL cholesterol or total cholesterol may be measured three times yearly after treatment goals have been achieved.

If no dietary or pharmacological therapy is advised, monitoring is not necessary.

When evaluating non-specific chronic abnormalities of the liver (for example, elevations of transaminase, alkaline phosphatase, abnormal imaging studies, etc.), a lipid panel would generally not be indicated more than twice per year.

MR/March, 2005

Políticas de Pago

REVISIÓN DE CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO NO VÁLIDOS- SEGUNDA FASE

Tipo de Proveedor Afectado

Todo médico, proveedor, y suplidor que le facture los contratistas de Medicare, incluyendo Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria del Proveedor

Nuevos éditos serán añadidos al proceso de reclamaciones de Medicare para prevenir la aceptación de reclamaciones con códigos de diagnóstico no válidos.

Lo que debe saber

Los códigos de diagnóstico siempre deben ser válidos en la fecha que se presta el servicio. El sistema de Medicare rechazará reclamaciones con códigos de diagnóstico que no sean válidos en la fecha de prestación de servicios.

Lo que debe hacer

Según Medicare fortalece su proceso de cambio para detectar y rechazar reclamaciones por códigos no válidos, asegúrese de que su personal de facturación conoce las reglas de códigos de diagnóstico, y que someten códigos de diagnóstico en cumplimiento con HIPAA.

Trasfondo

Para revisar que los códigos de diagnóstico sean válidos, Medicare aplicará éditos de límite de tiempo para asegurarse que dichos códigos sean válidos durante el periodo de tiempo que son utilizados en reclamaciones enviadas a Medicare. Estos éditos serán aplicables sin importar que Medicare los utilice en su procesamiento de reclamaciones. Las leyes de HIPAA exigen que Medicare se asegure que dichos códigos estén en cumplimiento con HIPAA, debido a que estos códigos luego son aplicables a otros pagadores bajo procesos de Coordinación de Beneficios de Medicare. Para

Billing Policies

INVALID DIAGNOSIS CODE EDITING – SECOND PHASE

Provider Types Affected

All physicians, providers, and suppliers who bill Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs)

Provider Action Needed

New edits will be added to the Medicare claims processing systems to prevent acceptance of inbound claims with invalid diagnosis codes.

What You Need to Know

Diagnosis codes must always be valid on the date that the service was provided. Medicare systems will reject claims with diagnosis codes that were not valid on the date of service.

What You Need to Do

As Medicare strengthens its edit processes to detect and reject claims with invalid diagnosis codes, ensure that your billing staff know the rules for diagnosis codes and that they submit diagnosis codes that are in compliance with HIPAA.

Background

To edit diagnosis accurately codes for validity, Medicare systems will apply date range edits to ensure that diagnosis codes are valid for the period of time for which they are reported on claims sent to Medicare. These edits will apply whether or not Medicare actually uses the reported diagnosis code in its claims processing. HIPAA rules require that Medicare make sure that such codes are HIPAA-compliant, especially because these codes are passed on to other payers under Medicare's Coordination of Benefits processes. To be compliant, the diagnosis code must be valid on the date for which it is

Cont. on next page

Políticas de Pago

estar en cumplimiento, estos códigos deben ser válidos en la fecha en la cual sean reportados. Estos cambio de política incluyen validación de códigos de diagnóstico en reclamaciones del Consejo Nacional para el Programa de Medicinas Recetadas (NCPDP, por sus siglas en inglés) y en reclamaciones profesionales 837.

Información Adicional

Para información adicional sobre este tema, favor verificar el transmittal 86 (CR 3050). Las instrucciones oficiales emitidas a su contratista sobre este cambio pueden ser localizadas en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página de Internet, localice el CR 3260 en la columna CR NUM a la derecha y seleccione ese archivo.

Billing Policies

reported. These policy changes include validation of diagnosis codes on the National Council for Prescription Drug Program (NCPDP) claims and on 837 professional claims.

Additional Information

Additional information regarding this topic can be found in Transmittal 86 (CR 3050). The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3260 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

CR-3260/EM/11-04-04

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE EDITOS CCI, VERSIÓN 11.0

Proveedores Afectados

Médicos

Acción Necesaria de parte del Proveedor

Este es un recordatorio a los médicos de las actualizaciones trimestrales de las iniciativas de codificación correcta, (CCI, por sus siglas en inglés). La última ronda de correcciones a la CCI entró en vigor el 1 de enero de 2005.

Los médicos pueden ver las correcciones actuales de CCI y las correcciones actuales del "Mutually Exclusive Code" (MEC, por sus siglas en inglés) en la página electrónica de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CM, por sus siglas en inglés) en: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits>.

La página electrónica se actualizará con los éditos a la versión 11.0 tan pronto como estén vigentes.

QUARTERLY UPDATE TO CCI EDITS, VERSION 11.0

Provider Types Affected

Physicians

Provider Action Needed

This is a reminder for physicians to take note of the quarterly updates to the coding initiatives. The next round of CCI edits will be effective on January 1, 2005. Physicians may view the current CCI edits and the current Mutually Exclusive Code (MEC) edits on the Centers for Medicare & Medicaid (CMS) web site at: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits>

The web site will be updated with the Version 11.0 edits as soon as they are effective.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Trasfondo

La Iniciativa Nacional de Codificación Correcta ("National Correct Coding Initiative") desarrollada por CMS ayuda a promover las metodologías de la codificación correcta nacional y controla la codificación impropia. Las políticas de codificación que se desarrollan se basan en los convenios definidos en el Manual de los Códigos de Procedimientos (CPT, por sus siglas en inglés) de la Asociación Médica Americana, políticas y éditos nacionales y locales, guías de codificación desarrolladas por sociedades nacionales, el análisis del estándar de la práctica médica y quirúrgica y la revisión de la práctica de codificación actual.

El grupo de correcciones más recientes de CCI, Versión 11.0, entró en vigor el 1 de enero de 2005.

Esta versión incluirá todas las versiones anteriores y actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 a este momento y está organizada en dos tablas: Columna 1/Columna 2 Editos de Codificación Correcta ("Correct Coding Edits") y Editos de MEC.

Información Adicional

Los archivos de CCI y MEC se mantendrán solamente en el Manual Electrónico, Capítulo 23, Sección 209 ('Internet Only Manual, Chapter 23, Section 20.9"), y puede accederlo en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp.

Billing Policies

Background

The National Correct Coding Initiative developed by CMS helps promote national correct coding methodologies and controls improper coding. The coding policies developed are based on coding conventions defined in the American Medical Association's Current Procedural Terminology (CPT) manual, national and local policies and edits, coding guidelines developed by national societies, analysis of standard medical and surgical practice, and review of current coding practice.

The latest package of CCI edits, Version 11.0, is effective on January 1, 2005. This version will include all previous versions and updates from January 1, 1996 to the present and will be organized in two tables:

Column 1/Column 2 Correct Coding Edits and MEC Edits.

Additional Information

The CCI and MEC files will be maintained in the Internet Only Manual, Chapter 23, Section 20.9, which can be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp

CR3491/Trans. 324/Pub. 100-04 MCP/10-28-04/DMG/recycle

Políticas de Pago

TARIFAS DE LAS VACUNAS CONTRA LA INFLUENZA (CPT 90658) Y NEUMOCOCO (CPT 90732) CUANDO EL PAGO ESTÁ BASADO EN EL 95 POR CIENTO DEL PRECIO PROMEDIO DE VENTA AL POR MAYOR (AWP)

Tipo de Proveedores Afectados

Todos los médicos, profesionales de la salud (no médicos), proveedores y suplidores

Acción Necesaria Por Parte del Proveedor

A partir del 1 de septiembre de 2004 Medicare Parte B pagará por la Vacuna contra la Influenza (Código de Procedimiento (CPT, por sus siglas en inglés) 90658) \$10.10 y por la Vacuna contra el Neumococo (CPT 90732) \$23.28 (cuando la tarifa se base en el 95 por ciento del precio promedio de venta al por mayor).

Lo Que Necesita Saber

No aplica el deducible y co-aseguro anual de la Parte B a dichas tarifas.

Lo Que Necesita Hacer

Está consciente de esta información de precio para asegurar que sus reclamaciones se procesan correctamente. Su contratista no ajustará las reclamaciones procesadas con fechas previas a la fecha de implementación del 1 de octubre de 2004, salvo que usted traiga dichas reclamaciones a su atención.

Información Adicional

La instrucción oficial de este cambio la puede encontrar en la referencia CR-3490 en la página Web: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

De tener alguna pregunta favor llamar al (787)715-1912.

Billing Policies

PAYMENT AMOUNTS FOR THE INFLUENZA VIRUS VACCINE (CPT 90658) AND THE PNEUMOCOCCAL VACCINE (CPT 90732) WHEN PAYMENT IS BASED ON 95 PERCENT OF THE AVERAGE WHOLESALE PRICE (AWP)

Provider Types Affected

Physicians, non-physician practitioners, providers, and suppliers

Provider Action Needed

Effective September 1, 2004, the Medicare Part B payment allowance for the Influenza Virus Vaccine [CPT 90658] is \$10.10 and for the Pneumococcal Vaccine [CPT 90732] is \$23.28 (when payment is based on 95 percent of the AWP).

What You Need to Know

Annual Part B deductible and coinsurance amounts do not apply

What You Need to Do

Please take note of this pricing information to ensure accurate claims processing. Your carrier or fiscal intermediary will not search their files to adjust claims that were processed prior to the October 1, 2004 implementation date unless you bring such claims to their attention.

Additional Information

The official instruction issued regarding this change can be found online, referenced via CR 3490, at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR-3490/November, 2004/EC

Políticas de Pago

REVISIÓN DE EMERGENCIA A LA BASE DE DATOS DE LAS TÁRIFAS FIJAS PARA MÉDICOS DE MEDICARE PARA EL AÑO 2005

Tipos de Proveedores Afectados

Médicos y practicantes que facturan a los contratistas de Medicare.

Lo Que Necesita Hacer

Médicos y practicantes deben saber que hay cambios al MPFSDB 2005. Las nuevas tarifas son publicadas en la dirección electrónica de los contratistas de Medicare.

Trasfondo

Los Archivos MPFSDB fueron emitidos a los contratistas basados en la regla final del 15 de noviembre de 2004 de las tarifas fijas para médicos. Éstas son las tarifas que se encuentran en los CD's que fueron recientemente enviados a vuelta de correo a todos los médicos como parte del proceso anual de registro de participación. Sin embargo, los Centros para los servicios de Medicare & Medicaid por sus siglas en inglés (CMS) han realizado cambios a la base de datos. Estos incluyen cambios a algunos códigos CPT con respecto a los indicadores de status, períodos globales, y la inclusión de doce (12) códigos de demostración (G9021-G9032) para el uso de la Quimioterapia de infusión. Un nuevo archivo MPFSDB fue enviado a los contratistas el cuál será anunciado en la página electrónica de su contratista local. Médicos y profesionales de la salud deben dirigirse al portal de su contratista local para ver los cambios en las tarifas.

Implantación

La fecha de implementación para las tarifas nuevas es el 1 de enero de 2005. Sin embargo, las nuevas tarifas estarán disponibles en el lugar web de su contratista antes del 1 de enero. Los cambios específicos a las tarifas fijas están identificados en un documento adjunto a las instrucciones dadas a su contratista. Estas instrucciones están en el CR #3595 y pueden ser vistas si accede la siguiente dirección electrónica: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm-date-dsc.asp>.

De tener alguna pregunta favor llamar al (787)715-1912.

Billing Policies

EMERGENCY UPDATE TO THE 2005 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE

Provider Types Affected

Physicians and practitioners billing Medicare carriers

Provider Action Needed

Physicians and practitioners should note there are changes to the 2005 MPFSDB. The new fees are posted on the Medicare carriers' web site.

Background

MPFSDB files were issued to carriers based upon the November 15, 2004, Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. These are the fees that are on the CDs that were recently mailed to all physicians as part of the annual participation enrollment process. However, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has made a few changes to that database. These include changes to a few CPT codes with respect to status indicators, global periods, and the addition of 12 demonstration codes (G9021-G9032) for use with chemotherapy infusion. A new MPFSDB file was released to carriers and this new MPFSDB file will be posted to your local carrier's web site. Physicians and practitioners should refer to their local carrier web site to view the new updated fees.

Implementation

The implementation date for the new fees is January 3, 2005. However, the new fees will be available on your Medicare carrier's web site before January 1. The specific changes to the fee schedule are identified in an attachment to the instructions issued to your carrier. Those instructions are CR 3595 and they may be viewed by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

If you have any questions regarding this issue, please contact your at 1-877-715-1921.

Trans. 414/CR3595/January 1, 2005/IMP

HOSPICIO

EVALUACIÓN DE PRE-ELECCIÓN PARA HOSPICIOS Y SERVICIOS DE CONSEJERÍA

Proveedores Afectados

Hospicios, sus directores médicos y los empleados médicos

Acción Necesaria

La Sección 512 del “Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act del 2003 (MMA, por sus siglas en inglés)” provee para un pago único al hospicio por la evaluación de pre-elección y servicios de consejería ofrecidos por el director médico o un empleado de la agencia de hospicio. El código **HCPCS G0337** se utilizará para estos servicios y los pagos para estos servicios no se incluyen en el tope del pago para el hospicio.

Lo Que Usted Necesita Saber

Vigente con los servicios provistos del 1ro de enero del 2005 en adelante, el sistema de Medicare pagará la evaluación de pre-elección y los servicios de consejería provistos por el director médico o el médico empleado para el hospicio **no más de una sola vez por beneficiario**. El pago estará hecho a favor del beneficiario quien tenga una enfermedad terminal (donde el pronóstico sea de seis meses o menos si la enfermedad sigue su curso normal), y aún no ha elegido un hospicio y no ha recibido la evaluación de pre elección de un hospicio ni de servicios de consejería.

Lo Que Usted Necesita Hacer

Para asegurar que el proceso de reclamación sea el correcto, favor de revisar la información incluida aquí y manténgase al día con las instrucciones para la evaluación de pre elección del hospicio y los servicios de consejería. (La cantidad del pago nacional para el AF 2005 por este servicio es de \$54.57; cambios futuros en la tarifa se encontrarán identificados en el Manual de Tarifas Fijas).

Trasfondo

Vigente desde el 1ro de enero del 2005, la Sección 512 del MMA enmienda la Sección 1812(a)(1)(5), 1814(i) y 1816(dd) de la Ley de

HOSPICE

HOSPICE PRE-ELECTION EVALUATION AND COUNSELING SERVICES

Provider Types Affected

Hospices, their medical directors and physician employees

Provider Action Needed

*Section 512 of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA) provides for a one-time payment to a hospice for pre-election evaluation and counseling services furnished by a physician who is **either** a medical director or an employee of the hospice agency. **HCPCS code G0337** will be used for these services and the payments for these services will not be included in the hospice payment cap.*

What You Need to Know

*Effective with services provided on or after January 1, 2005, Medicare systems will pay for hospice pre-election evaluation and counseling services furnished by the hospice medical director or physician employee **no more than one time only** per beneficiary. Payment will be made on behalf of a beneficiary who is terminally ill (prognosis of six months or less if the disease runs its normal course), has not made a hospice election, and has not previously received hospice pre-election evaluation and counseling services.*

What You Need to Do

To ensure accurate claims processing, please review the information included here and stay current with instructions for hospice pre-election evaluation and counseling services. (The FY2005 national payment amount for this service will be \$54.57; future changes in the rate will be identified in the Physician Fee Schedules.)

Background

Effective January 1, 2005, Section 512 of the MMA amends Section 1812(a)(1)(5), 1814(i) and 1816(dd) of the Act to provide for a one-time

Cont. on next page

HOSPICIO

Seguro Social para proveer para un pago único al hospicio para evaluación y servicios de consejería suministrados por el director médico o un empleado de la agencia de hospicio.

Para recibir estos servicios y ser elegible el beneficiario debe:

- Haber sido designado un paciente con una condición terminal (la cual está definida como tener una prognostico de seis meses o menos si la enfermedad continúa su rumbo normal);
- No haber elegido hospicio; y
- No haber recibido previamente una evaluación de pre elección y de servicios de consejería.

Los servicios bajo este beneficio se componen de:

- Evaluación de la necesidad del paciente al manejo de síntomas y dolor;
- Consejería relacionada con hospicio y otras opciones de cuidado; y puede incluir
- Consejería relacionada con la planificación de cuidado por adelantado.

Estos servicios mencionados están actualmente disponibles a través de otros beneficios de Medicare. Por lo tanto, este servicio puede que no sea necesario ni razonable para todas las personas. Si un beneficiario o médico del beneficiario entiende que es necesario conseguir el conocimiento de un director médico de un hospicio o un médico empleado, este beneficio está disponible para asegurarle que las opciones de cuidado y de manejo de dolor sean atendidas cuando un beneficiario padece de una condición terminal.

Por favor, tome nota que la evaluación y servicio de consejería no debe ser iniciada por el hospicio (o sea, la entidad recibiendo el pago por este servicio).

Pagos por agencias de hospicios a los médicos u otros en la posición de referir pacientes para servicios provistos por esta cubierta puede implicar un estatuto Federal de anti-retroceso.

HOSPICE

payment to a hospice for evaluation and counseling services furnished by a physician who is either the medical director or an employee of the hospice agency.

To be eligible to receive this service, a beneficiary must:

- *Be determined to have terminal illness (which is defined as having a prognosis of six months or less if the disease or illness runs its normal course);*
- *Not have made a hospice election; and*
- *Not have previously received the pre-election evaluation and counseling services.*

Services under this benefit are comprised of:

- *Evaluation of the patient's need for pain and symptom management;*
- *Counseling regarding hospice and other care options; and may include*
- *Advice regarding advanced care planning.*

The above noted services are currently available through other Medicare benefits. Therefore, this service may not be reasonable and necessary for all individuals. However, if a beneficiary or the beneficiary's physician deem it necessary to seek the expertise of a hospice medical director or physician employee, this benefit is available to assure that a beneficiary's end-of-life options for care and pain management are addressed.

Please note that the evaluation and counseling service may not be initiated by the hospice (that is, the entity receiving payment for the service).

Payments by hospice agencies to physicians or others in a position to refer patients for services furnished under this provision may implicate the Federal anti-kickback statute.

Cont. on next page

HOSPICIO

Si el médico del beneficiario es también director de un hospicio, empleado de un hospicio o posee el conocimiento en el cuidado paliativo o de hospicio, ese médico:

- Posee ya el conocimiento necesario para suplir los servicios en un caso terminal; y
- Recibirá pago por dichos servicios a través del uso de los códigos de evaluación y manejo (E&M).

Documentación

Las guías para la documentación apropiada deben utilizarse, sea el beneficiario o el médico del beneficiario el que inicie la requisición, para los servicios de evaluación y consejería.

Si la solicitud es iniciada por el **médico** del beneficiario la cual debe estar por escrito, entonces:

- La Determinación del diagnóstico de la condición terminal debe incluirse; sin embargo,
- La Certificación del diagnóstico de la condición terminal no es requerida, ya que ésta no es prerequisite o parte del beneficio de hospicio.

Se espera que el director médico de un hospicio o el médico empleado provea una nota escrita en el expediente médico del paciente y mantenga por escrito este servicio.

Si el **beneficiario** inicia la requisición para este servicio, el director médico del hospicio o el médico empleado debe:

- Mantener un expediente escrito del servicio; y
- Con el permiso del beneficiario, comunicarse con el médico del beneficiario para según sea necesario mantener y asegurar una continuidad en el cuidado.

Pago

La Sección 512 del MMA especifica que el pago se hace al hospicio por los servicios provistos por el director médico del hospicio o por el médico empleado del hospicio. La prestación de estos servicios no puede delegarse a otro personal de hospicio (como enfermeras practicantes, enfermeras registradas, trabajadores sociales, y otros) y no pueden suplirse por médicos bajo contrato del hospicio.

HOSPICE

If the beneficiary's physician is also the medical director of a hospice, employed by a hospice, or possesses expertise in the provision of palliative or hospice care, that physician:

- *Already possesses the expertise necessary to furnish end-of-life services; and*
- *Will have received payment for these services through the use of evaluation and management (E&M) codes.*

Documentation

Appropriate documentation guidelines should be followed whether the beneficiary or the beneficiary's physician initiates the request for the evaluation and counseling service.

*If the **beneficiary's physician** initiates the request, which must be in writing, then:*

- *Determination of the terminal diagnosis should be included; however,*
- *Certification of the terminal diagnosis is not required, since this provision is not a prerequisite or part of the hospice benefit.*

The hospice medical director or physician employee would be expected to provide a written note on the patient's medical chart and maintain a written record of this service.

*If the **beneficiary** initiates the request for the service, the hospice medical director or physician employee should:*

- *Maintain a written record of the service; and*
- *With the beneficiary's permission, communicate with the beneficiary's physician to the extent necessary to ensure continuity of care.*

Payment

Section 512 of the MMA specifies that the payment will be made to the hospice for services provided by the hospice medical director or physician employed by the hospice. The provision of these services may not be delegated to any other hospice personnel (such as nurse practitioners, registered nurses, social workers, or others) and may not be furnished by a physician under contract with the hospice.

Cont. on next page

HOSPICIO

El pago a la agencia del hospicio por la prestación de esta evaluación y servicio de consejería se hace utilizando el código HCPCS G0337. La cantidad del pago nacional para este servicio para el AF 2005 es de \$54.57.

El código G0337 se pagará sólo cuando la agencia del hospicio facture a su intermediario de Medicare. La reclamación que contenga una línea con el código G0337 sometida al contratista de Medicare se denegará. El hospicio debe someter tal reclamación al intermediario utilizando la factura 81x ó 82x con el código G0337 y el código de impuestos 0657 como el **único** código de impuestos en la reclamación.

Los cambios futuros en las tarifas se identificarán en el Manual de Tarifas Fijas.

El pago por estos servicios no está incluido en el tope de pago para el hospicio, ya que los servicios de Evaluación y Consejería no están contemplados como servicios dentro del beneficio de hospicio.

Información Adicional

Las instrucciones oficiales para su intermediario referente a este cambio puede encontrarlas en http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

En la página mencionada busque en la parte final el número del CR en la columna de la derecha para encontrar los "links" para el CR-3585. Dale un "clic" para ver los "links" que abren los CR's.

Los dos CR's hechos del CR-3585 incluyen las secciones actuales revisadas del Proceso de Reclamación de Medicare y El Manual de la Política de Beneficios de Medicare que resultan de este cambio.

De tener alguna pregunta, puede comunicarse con su intermediario fiscal COSVI al (787) 758-9733.

HOSPICE

Payment to the hospice agency for the provision of this evaluation and counseling service is made using HCPCS code G0337. The national payment amount for this service for FY 2005 will be \$54.57.

*Code G0337 will be paid only when billed by the hospice agency to its Medicare intermediary. Claim line items with G0337 submitted to a Medicare carrier will be denied. The hospice should submit such claims to its intermediary using type of bill 81x or 82x with the G0337 code and a revenue code of 0657 as the **only** revenue code on the claim.*

Future changes in the rate will be identified in the Physician Fee Schedule.

The payment for these services is not included in the hospice payment cap, as the Evaluation and Counseling provision is not a service within the hospice benefit.

Additional Information

The official instructions issued to the intermediary regarding this change can be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

On the above page, scroll down while referring to the CR NUM column on the right to find the links for CR3585. Click on the links to open and view the files for those CRs.

The two issuances of CR3585 include the actual revised sections of the Medicare Claims Processing and Medicare Benefit Policy Manuals resulting from this change.

If you have questions regarding this issue, please contact your fiscal intermediary COSVI at (787) 758-9733.

Trans. 28 & 386/CR3585/ECR

Medicamentos

MEDICAMENTOS PAGADOS AL PRECIO DE VENTA PROMEDIO A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2005

Proveedores Afectados

Médicos, suministradores y proveedores

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los médicos, suplidorores y proveedores deben observar que a partir del 1 de enero del 2005, el límite del pago de la Parte B para Medicamentos y Biológicos, no pagados con base al costo o pago prospectivo, se pagará basado en el Precio de Venta Promedio (ASP, por sus siglas en inglés) mas el 6 por ciento. Los medicamentos se pagarán basados en la fecha de servicio y el más bajo de:

1. El cargo sometido; o
2. El ASP más el 6 por ciento

Trasfondo

De acuerdo con el "Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act" del 2003 (MMA, por sus siglas en inglés) a partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2004 los medicamentos y biológicos no pagados a base del costo o pago prospectivo se pagan basados en varios estándares establecidos por ley aunque el límite de pago estándar por "default" (uso y costumbre/automático) es el 85 por ciento del Precio Promedio de Venta al Por Mayor, (AWP, por sus siglas en inglés.)

Estas instrucciones notifican a los contratistas (de Parte B y Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés)) que la MMA dictamina que los medicamentos y los biológicos no pagados a base del costo o pago prospectivo se pagan a base del ASP comenzando el 1 de enero de 2005.

A partir del 1 de enero de 2005 los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés):

- Suplirán a los contratistas con un archivo de límite de pago para los medicamentos y biológicos.
- Enviarán informes trimestrales de ese archivo a los contratistas.

El Pago se basará en:

Drugs

DRUGS PAID BY AVERAGE SELLING PRICE BEGINNING JANUARY 1, 2005

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers

Provider Action Needed

Physicians, suppliers, and providers should note that beginning January 1, 2005, the payment limit for Part B drugs and biologicals, not paid on a cost or prospective payment basis, will be paid based on the Average Sales Price (ASP) plus six (6) percent. Drugs will be paid based on date of service and the lower of:

1. *The submitted charge; or*
2. *The ASP plus six (6) percent.*

Background

According to the Medicare Prescription Drug Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA), beginning January 1, 2004 through December 31, 2004, drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment basis are paid based on various standards specified in the statute, although the default payment limit standard is 85 percent of Average Wholesale Price (AWP).

MM3232 notifies contractors (Part B Local Carriers and Durable Medical Equipment Carriers (DMERCs)) that the MMA mandates that drugs and biologicals not paid on a cost or prospective payment basis are to be paid based on the ASP beginning January 1, 2005.

Therefore, beginning January 1, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will:

- *Supply contractors with a drug payment limit file for drugs and biologicals; and*
- *Send quarterly updates of this file to contractors.*

Payment will be based on:

Cont. on next page

Medicamentos

- El más bajo del cargo sometido o del pago límite en el archivo,
- La fecha de servicio

Finalmente, los contratistas:

- Desarrollarán límites de pago cuando CMS no supla en ese archivo un pago límite para el medicamento;
- Continuarán estableciendo el pago límite para los medicamentos compuestos.
- Continuarán determinando el pago límite para medicamentos nuevos.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 1 de enero de 2005

Instrucciones Relacionadas

El Manual Electrónico de CMS (IOM, por sus siglas en inglés) se editó con secciones revisadas y nuevas para reflejar los cambios de esta instrucción. Estas secciones nuevas y revisadas incluyen lo siguiente:

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare (Pub. 100-4), Capítulo 17 (Medicamentos y Biológicos):

- Sección 10 (Reglas de Pago para Medicamentos y Biológicos) – **revisado**
- Sección 20 (Límite de Pago Permitido para los Medicamentos y Biológicos No Pagados a Base del Costo o Pago Prospectivo)– **revisado**
- Sub-sección 20.1 (MMA Medicamentos)– **nuevo**

Estas secciones revisadas y nuevas secciones del Manual de Procesamiento están incluidas en la instrucción (CR3232) emitida a su contratista o DMERC.

Información Adicional

La instrucción oficial emitida a su contratista se puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

En esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y seleccione el archivo para el CR3232.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con su contratista sin cargos al 1-877-715-1921.

Drugs

- *The lower of the submitted charge or the payment limit on this file; and*
- *The date-of-service.*

Finally, contractors will:

- *Develop payment limits when CMS does not supply a payment limit for the drug on the file;*
- *Continue to determine the payment limit for compounded drugs; and*
- *Continue to determine the payment limit for new drugs.*

Implementation

The implementation date for this instruction is January 3, 2005.

Related Instructions

The Medicare Internet Only Manual (IOM) has been edited with revised and new sections to reflect changes implemented with this instruction. These revised and new sections include the following:

The Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-4), Chapter 17 (Drugs and Biologicals):

- *Section 10 (Payment Rules for Drugs and Biologicals) – **revised***
- *Section 20 (Payment Allowance Limit for Drugs and Biologicals Not Paid on a Cost or Prospective Payment Basis) – **revised***
- *Subsection 20.1 (MMA Drugs) - **new***

These revised and new sections of the Medicare Claims Processing Manual are included in the actual instruction (CR 3232) issued to your carrier or DMERC.

Additional Information

The official instruction issued to your carrier/DMERC regarding this change may be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3232 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

Trans. 397/CR3232/December 16, 2004

Medicamentos

REVISIONES DE LOS CÓDIGOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL 2005

Tipo de Proveedor Afectado

Médicos que facturan a los contratistas de Medicare por la administración de medicamentos.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los médicos deben observar que este artículo se basa en el CR-3631; este aclara las revisiones a los códigos de administración de medicamentos para el 2005. En la reglamentación final del sistema de tarifas fijas médicas publicada en el Federal Register el 15 de noviembre de 2004, los Centros de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) anunciaron que adoptarían códigos G para el 2005 que correspondan a los nuevos códigos de administración de medicamentos del CPT que tendrán vigencia en el 2006.

Los nuevos códigos G se utilizarán hasta el año 2006. Como CMS está adoptando los códigos G, en el 2005 utilizará también las reglas de codificación del CPT que no aparecerán oficialmente hasta que se publique el CPT 2006.

Los códigos CPT para la administración de drogas aprobadas por el panel editorial del CPT están agrupados en tres categorías principales:

- Hidratación (códigos G0345 y G0346);
- Inyecciones terapéuticas o diagnósticas e infusiones intravenosas que no son para hidratación (códigos G0347 hasta G0354 y códigos 90783, 90788) y
- Administración de quimioterapia (códigos G0355 hasta G0363, códigos 96405-96406, 96420 hasta 96520 y 96530 hasta 96549).

Nota: Las cantidades de pago permitidas para estos códigos muestran la aplicación del ajuste del tres por ciento al pago transitorio del 2005, el cual se aplica por ley solamente a los códigos de administración de medicamentos.

Trasfondo

La Ley del Seguro Social (Sección 1848c(2)(J), según modificada por el Medicare Modernization Act (Sección 303A), requiere que CMS evalúe con prontitud los códigos de administración de

Drugs

2005 DRUG ADMINISTRATION CODING REVISIONS

Provider Types Affected

Physicians billing Medicare carriers for drug administration.

Provider Action Needed

Physicians should note that this article is based on Change Request (CR) 3631; it clarifies the 2005 drug administration coding revisions. In the final physician fee schedule rule published in the Federal Register on November 15, 2004, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced that it would adopt G-codes for 2005 that correspond to the new Current Procedural Terminology (CPT) drug administration codes that will become effective in 2006.

The new G-codes will apply on an interim basis until 2006. As CMS is adopting the G-codes, CMS is also adopting, in 2005, the CPT coding rules that will not officially appear until the CPT 2006 is published.

The relevant CPT drug administration codes approved by the CPT Editorial Panel are grouped into three categories:

- *Hydration (i.e., codes G0345 and G0346);*
- *Therapeutic or diagnostic injections and intravenous infusions other than hydration (i.e., codes G0347 to G0354 and CPT codes 90783, 90788); and*
- *Chemotherapy administration (i.e., codes G0355 to G0363, CPT codes 96405-96406, 96420 to 96520, and 96530 to 96549).*

Note: *The allowances for these codes reflect the application of the 2005 transitional payment adjustment of 3 percent, which by law is applicable only to drug administration codes.*

Background

The Social Security Act (Section 1848c(2)(J), as modified by the Medicare Modernization Act (MMA) (Section 303a)), requires CMS to promptly evaluate existing drug administration codes for

Cont. on next page

Medicamentos

medicamentos existentes para los servicios médicos para asegurar que se informe y facture de manera precisa por esos servicios, tomando en cuenta los niveles de complejidad de la administración y el consumo de recursos.

Además, la ley provee que CMS debe utilizar los procesos existentes para la consideración de cambios de códigos y, para los cambios que ocurran, utilizar estos procesos para establecer valores para estos servicios.

El *Panel Editorial del CPT* de la Asociación Médica Americana estableció un equipo de trabajo con miembros de las especialidades afectadas para desarrollar recomendaciones sobre los códigos de administración de medicamentos. El equipo de trabajo presentó sus recomendaciones al Panel Editorial del CPT en agosto de 2004. Basado en estas recomendaciones, el Panel Editorial del CPT adoptó varios códigos nuevos de administración de medicamentos y revisó varios códigos existentes.

Posteriormente, el Comité de Valor Relativo de la Asociación Médica Americana (RUC, por sus siglas en inglés) se reunió a finales de septiembre de 2004 para hacerle recomendaciones a CMS sobre la data de costos de práctica y valores relativos de trabajo a ser utilizados para los códigos nuevos y revisados.

Los códigos CPT para el 2005 se publicaron antes de adoptar los códigos de CPT de administración de medicamentos nuevos y revisados. Por lo tanto, los códigos nuevos y revisados de administración de medicamentos y las reglas de los códigos de CPT que aplican a ellos aparecerán en el CPT 2006.

En la reglamentación final del manual de tarifas de médicos publicada en el Federal Register el 15 de noviembre de 2004, CMS anunció que adoptarían los códigos G para el 2005 que correspondan a los códigos CPT nuevos que estarán activos en el 2006. Estos nuevos códigos G se consideran interinos hasta el 2006. A la vez que CMS está adoptando los códigos G, también está adoptando las reglas de codificación para estos códigos nuevos de administración que no aparecerán oficialmente hasta que se publique el CPT del 2006.

Drugs

physicians' services to ensure accurate reporting and billing for those services, taking into account the levels of complexity of the administration and resource consumption. The law further provides that CMS must use existing processes for the consideration of coding changes and, to the extent changes occur, use those processes to establish values for those services.

The American Medical Association's (AMA's) CPT Editorial Panel established a workgroup, with members from affected specialties, who met earlier in 2004 to develop recommendations on drug administration coding. The workgroup presented its recommendations to the CPT Editorial Panel in August, 2004. Based on those recommendations, the CPT Editorial Panel adopted several new drug administration codes and revised several existing codes.

Subsequently, the AMA's Relative Value Update Committee (RUC) met at the end of September 2004 to make recommendations to CMS on the practice expense resource inputs and work relative values for the new and revised drug administration codes.

The 2005 CPT was already published prior to the adoption of the new and revised drug administration CPT codes. Therefore, the new and revised drug administration codes, and the CPT coding rules applicable to them, will appear in the 2006 CPT.

In the physician fee schedule final rule published in the Federal Register on November 15, 2004, CMS announced that it would adopt G-codes for 2005 that correspond to the new CPT codes that will become active in 2006. These new G codes are considered interim until 2006. As CMS adopts the G-codes, CMS is also adopting in 2005 the CPT coding rules for the new drug administration codes in their current form that will not officially appear until the CPT 2006 is published.

Currently, Medicare allows chemotherapy administration codes to be used only for reporting chemotherapy administration when the drug being used is an anti-neoplastic and

Cont. on next page

Medicamentos

Actualmente Medicare permite el uso de los códigos de administración de quimioterapia solamente cuando se utilizan drogas antineoplásticas y el diagnóstico es cáncer (ver Medicare Claims Processing Manual, Capítulo 12, Sección 30.5 en http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c12.pdf).

Bajo estos nuevos códigos, los códigos de administración de quimioterapia se usarán cuando se administren por vía parenteral drogas antineoplásticas no radionúclidas, y también agentes anti-neoplásticos utilizados para el tratamiento de otros diagnósticos diferentes al de cáncer (ej. Ciclofosfamida para enfermedades autoinmunes) o a sustancias como anticuerpos monoclonales y otros modificadores de la respuesta biológica.

En estos momentos CMS no está desarrollando una lista nacional de drogas de quimioterapia aprobadas. CMS permitirá a cada contratista que desarrolle su lista.

Otro cambio importante es la creación de nuevos códigos para identificar infusiones secuenciales adicionales. Los códigos CPT actuales no diferencian infusiones secuenciales adicionales de horas adicionales de infusión. De acuerdo con los nuevos códigos adoptados por el Panel Editorial del CPT, CMS ha implementado nuevos códigos G que permiten identificar infusiones secuenciales adicionales. Existen también códigos nuevos para identificar las administraciones secuenciales intravenosas “en bolo” (IV push) de medicamentos no quimioterapéuticos y para las administraciones secuenciales intravenosas “en bolo” (IV push) de quimioterapia por la administración de cada droga adicional.

Los códigos para administración de drogas descritos como “subsiguientes” o aquellos en los que se indica que se enumere por separado además del procedimiento principal deben ser los que se utilicen para codificar estos códigos de procedimientos secundarios.

Cuando se administren múltiples infusiones, inyecciones o combinaciones, solamente un servicio de administración inicial podrá codificarse por paciente por día a menos que el protocolo de administración de los medicamentos requiera que tienen que ser utilizados dos sitios anatómicos diferentes para la punción venosa.

Drugs

the diagnosis is cancer (see the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 12, Section 30.5 at http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c12.pdf).

Under the new codes, chemotherapy administration codes will apply to parenteral administration of nonradionuclide anti-neoplastic drugs and also anti-neoplastic agents provided for the treatment of noncancer diagnoses (e.g. cyclophosphamide for autoimmune conditions), or to substances such as monoclonal antibody agents and other biologic response modifiers.

At this time, CMS is not developing a national list of approved chemotherapy drugs. CMS will allow each Medicare carrier to develop such a list.

Another important change pertains to the creation of new codes to identify additional sequential infusions. Current CPT codes do not separately identify additional sequential infusions apart from additional hours of infusion. Consistent with the new codes adopted by the CPT Editorial Panel, CMS implemented new G codes to separately identify additional sequential infusions. There are also new codes to identify additional nonchemotherapy sequential intravenous pushes and intravenous chemotherapy pushes for additional drugs.

“Subsequent” drug administration codes, or codes that state the code is listed separately in addition to the code for the primary procedure, should be used to report these secondary codes.

When administering multiple infusions, injections or combinations, only one “initial” drug administration service code should be reported per patient per day, unless protocol requires that two separate IV sites must be used.

If an injection or infusion is of a subsequent or concurrent nature, even if it is the first such service within that group of services, then a subsequent or concurrent code from the

Cont. on next page

Medicamentos

Si una inyección o infusión es subsiguiente o concurrente aun si es el primer servicio dentro del grupo de servicios, el código concurrente o subsiguiente de la sección apropiada debe utilizarse para la codificación. El código inicial es aquél que mejor describe el servicio primario que está recibiendo el paciente y los códigos adicionales son secundarios al procedimiento primario.

Los nuevos códigos "G" para la administración de medicamentos y sus descriptores vigentes para el 2005 se describen más adelante. Las cantidades para la remuneración de estos códigos reflejan la aplicación del ajuste transitorio de pago de un tres por ciento, el cual por ley (MMA Sección 303(a)(4) es aplicable solamente a la administración de medicamentos.

Nuevos Códigos "G" para Servicios de Hidratación

Para los servicios efectuados antes del 1 de enero de 2005, el CPT no incluye códigos específicos para infusiones de hidratación. Las infusiones para hidratación o administración de medicamentos no quimioterapéuticos se facturaban utilizando los códigos 90780 y 90781.

Para los servicios efectuados en el 2005, los códigos 90780 y 90781 no serán reconocidos por Medicare bajo el sistema de tarifas fijas para médicos. En su lugar deberán utilizarse los siguientes códigos:

- **G0345**, Infusión intravenosa, hidratación; inicial, hasta una hora, y
- **G0346**, Infusión intravenosa, hidratación, cada hora adicional, hasta ocho (8) horas. (Enumérela por separado además del código correspondiente a la primera hora).

Los códigos G0345 y G0346 se utilizan para infusiones endovenosas de hidratación que consisten en fluidos pre-empacados o soluciones electrolíticas (Ej, normal salina, D5-1/2 normal salina+ 30 mEq ClK/litro) y no se utilizarán para describir infusiones de medicamentos u otras sustancias.

Las hidrataciones endovenosas típicamente requieren la supervisión del médico con el propósito de consentimiento de seguridad, supervisión o supervisión del personal del servicio hospitalario.

Drugs

appropriate section should be reported. The initial code is the code that best describes the primary service the patient is receiving and the additional codes are secondary to the primary procedure.

The new drug administration G-codes and their descriptors for 2005 are described below. The allowances for these codes reflect the application of the 2005 transitional payment adjustment of three percent, which, by law (MMA section 303(a)(4)), is applicable only to drug administration codes.

New G-Codes for Hydration Services

For services furnished prior to January 1, 2005, CPT did not include distinct codes for hydration infusion services. Infusions involving hydration or nonchemotherapy drugs were billed using CPT codes 90780 and 90781.

For services furnished in 2005, CPT codes 90780 and 90781 will not be recognized under the Medicare physician fee schedule. The following new G-codes should be used instead:

- **G0345**, "Intravenous infusion, hydration; initial, up to one hour"; and
- **G0346**, "Intravenous infusion, hydration; each additional hour, up to eight (8) hours (List separately in addition to code for procedure)."

Codes G0345 and G0346 are intended to report a hydration IV infusion consisting of a prepackaged fluid and/or electrolyte solutions (e.g., normal saline, D5-1/2 normal saline +30mEq KC1/liter), but are not used to report infusion of drugs or other substances.

Hydration IV infusion typically requires direct physician supervision for purposes of consent, safety oversight, or intra-service supervision of staff. Typically such infusions require little special handling to prepare or dispose of, and staff who administer these do not typically require advanced training. After initial setup, infusion typically entails little patient risk and thus little monitoring.

Cont. on next page

Medicamentos

Típicamente estas infusiones requieren poco manejo especializado para su preparación o desecho y el personal que las administra generalmente no requiere un adiestramiento avanzado. Una vez iniciada la administración de la infusión existe poco riesgo para el paciente y por ello se efectúa poco monitoreo.

Se utilizará el código G0346 para infusiones de hidratación con incrementos de más de treinta minutos después de la primera hora o hidrataciones de más de treinta minutos provistas como un servicio secundario o secuencial que se provee después de una infusión inicial diferente o un servicio de quimioterapia.

Nuevos códigos G para infusiones endovenosas o inyecciones, diagnósticas o terapéuticas de medicamentos no quimioterápicos. (No para hidratación).

Infusiones endovenosas

Para servicios efectuados en el 2005, las infusiones o inyecciones terapéuticas o diagnósticas de medicamentos no quimioterápicos se codificarán utilizando nuevos códigos "G":

- G0347, Infusión intravenosa para terapia/diagnóstico (especifique sustancia o droga); inicial, hasta una hora.
- G0348, Infusión intravenosa para terapia/diagnóstico (especifique sustancia o droga); cada hora adicional, hasta ocho (8) horas (enumérelo por separado además del código correspondiente al procedimiento primario).

G0348, se usa para informar horas adicionales más allá de la primera hora de infusión secuencial así como la segunda hora y subsiguientes de la droga inicial. Debe usarse G0348 para infusiones que tienen incrementos de tiempo de 30 minutos o más después de la primera hora.

Antes del 1 de enero del año 2005 no existían códigos específicos para informar infusiones concurrentes o secuenciales que utilizaran diferentes drogas no quimioterapéuticas. Para el 2005 existen nuevos códigos "G" que describen específicamente estos servicios:

Drugs

Report G0346 for hydration infusions of greater than thirty minutes beyond one-hour increments, or hydration greater than thirty minutes provided as a secondary or sequential service after a different initial infusion or chemotherapy service is provided.

New G-Codes for Nonchemotherapy Therapeutic or Diagnostic Injections and IV Infusions (Other than Hydration)

IV Infusions

For services furnished in 2005, non chemotherapy infusions for therapy or diagnosis are reported using new G-codes:

- **G0347**, "Intravenous infusion, for therapy/diagnosis (specify substance or drug); initial, up to one hour;"

and

- **G0348**, "Intravenous infusion, for therapy/diagnosis (specify substance or drug); each additional hour, up to eight (8) hours (list separately in addition to code for primary procedure)."

G0348 is used to report additional hour(s), beyond the first hour, of sequential infusion as well as the second and subsequent hours of the initial drug. Report G0348 for infusion intervals of greater than thirty minutes beyond one-hour increments.

Also, prior to January 1, 2005, distinct codes did not exist to report concurrent and/or sequential nonchemotherapy infusions involving a different drug. For 2005, there are new G codes that distinctly describe these services:

Cont. on next page

Medicamentos

- **G0349:** Infusión intravenosa, terapéutica/diagnóstica (especifique sustancia o droga); infusión adicional secuencial, hasta una hora (Enumérelo por separado además del código correspondiente al procedimiento primario) usada para informar la primera hora de una infusión secuencial de una segunda droga no quimioterapéutica; y
- **G0350:** Infusión intravenosa terapéutica/diagnóstica (especifique sustancia o droga); infusión concurrente (Enumérelo por separado además del procedimiento primario) (infórmelo solamente una vez por sustancia/droga independientemente de la duración).

Si se efectúa un servicio de Evaluación y Manejo separadamente identificable se utilizará el código correspondiente al nivel de servicio efectuado acompañado del modificador 25 y además los códigos G0347-G0354. Cuando se efectúa un servicio de Evaluación y Manejo el mismo día, no se requiere un diagnóstico diferente.

Si con la finalidad de facilitar una inyección o infusión terapéutica/diagnóstica se efectúa alguno de los siguientes servicios, se considera incluido y no se reportará por separado:

- Uso de anestesia local
- Comienzo de la infusión
- Acceso a líneas, catéteres subcutáneos u otro tipo de acceso para la administración de medicamentos (port).
- Lavado al término de la infusión.
- Líneas estándar, jeringuillas y otros suministros

Inyecciones de sustancias no quimioterapéuticas

Después del 1 de enero de 2005, los códigos 90782 y 90784 no serán reconocidos bajo el sistema de tarifas fijas para médicos de Medicare y los códigos 90783 y 90788 continuarán vigentes. Para el 2005, el código 90782 será sustituido por:

¿Qué es una administración “en bolo” intra-arterial o intravenosa?

Una administración intra-arterial o intravenosa en bolo se define como una inyección/infusión de corta duración (Ej. 30 minutos o menos) en la cual el profesional que administra la sustancia/droga está continuamente presente para administrar la inyección y observar el paciente.

Drugs

- **G0349**, “Intravenous infusion, for therapy/diagnosis (specify substance or drug); additional sequential infusion, up to one hour (List separately in addition to code for primary procedure),” used to report the first hour of a sequential infusion of a second nonchemotherapy drug; and
- **G0350**, “Intravenous infusion, for therapy/diagnosis (specify substance or drug); concurrent infusion (List separately in addition to code for primary procedure) (report only once per substance/drug, regardless of duration).”

If a significant separately identifiable evaluation and management (E & M) service is performed, the appropriate E & M service code should be reported utilizing modifier 25 in addition to codes G0347-G0354. For an E & M service provided on the same day, a different diagnosis is not required.

If performed to facilitate a therapeutic/diagnostic infusion or injection, the following are included and are not reported separately:

- Use of local anesthesia
- IV start
- Access to indwelling IV, subcutaneous catheter or port
- Flush at conclusion of infusion
- Standard tubing, syringes and supplies.

Nonchemotherapy Injections

After January 1, 2005, Codes 90782 and 90784 will not be recognized under the Medicare physician fee schedule, and CPT codes 90783 and 90788 remain in effect. For 2005, 90782 is replaced by:

What is Intravenous/Intra-Arterial Push?

Intravenous or intra-arterial push is defined as an injection/infusion of short duration (i.e., thirty minutes or less) in which the healthcare professional who administers the substance/drug is continuously present to administer the injection and observe the patient.

Cont. on next page

Medicamentos

- **G0351**, Inyección terapéutica o diagnóstica (especifique sustancia o droga utilizada); intramuscular o subcutánea.

El código 90784 (actualmente utilizado para administración en bolo de sustancias no quimioterapéuticas) será sustituido en el 2005 por los dos códigos siguientes que identifican la hora inicial y adicional de administración en bolo de medicamentos no quimioterapéuticos:

- **G0353**: Inyección diagnóstica o terapéutica (especifique sustancia o droga); en bolo intravenoso, una sustancia/droga inicial; y
- **G0354**: Inyección terapéutica o diagnóstica (especifique sustancia o droga) Cada administración intravenosa en bolo (Enumérelo por separado además del procedimiento primario).

En el caso de servicios efectuados antes del 2005, los códigos 90782 a 90788 eran solamente pagables bajo el sistema de tarifas fijas para médicos si no existían otros servicios facturados en la misma fecha por el mismo proveedor (indicador "T"). De no ser así, estos servicios estaban incluidos en otros servicio por los cuales el pago ya se habían efectuado.

Para servicios efectuados a partir del 1 de enero de 2005 los servicios descritos por los códigos G0351, G0353, G0354 y los códigos CPT 90783 y 90788 podrán pagarse además de otros servicios médicos del sistema de tarifas fijas facturados por el mismo proveedor y en la misma fecha de servicio (el indicador "T" ha sido removido y sustituido por un indicador "A").

Nota: Ciertas políticas de Medicare que incluyen, pero se limitan a éditos para la codificación correcta en los servicios descritos por los códigos G0351, G0353, G0354 y códigos CPT 90783 y 90788, pueden impactar estos procedimientos.

El código G0351 se usará para inyecciones de terapia hormonal no antineoplástica y el código G0356 para inyecciones de terapia hormonal antineoplástica.

Drugs

- **G0351**, "Therapeutic or diagnostic injection (specify substance or drug); subcutaneous or intramuscular."

Code 90784 (currently used for IV push of nonchemotherapy drugs) is replaced in 2005 by the following two codes that separately identify the initial and additional nonchemotherapy IV push:

- **G0353**, "Therapeutic or diagnostic injection (specify substance or drug); intravenous push, single or initial substance/drug;" and
- **G0354**, "Therapeutic or diagnostic injection (specify substance or drug); each additional sequential intravenous push (List separately in addition to code for primary procedure)."

For services furnished prior to 2005, codes 90782 to 90788 were only payable under the Medicare physician fee schedule if there were no other services billed on the same date by the same provider (status indicator "T"). Otherwise, these services were bundled into the other service(s) for which payment was made.

For services furnished on or after January 1, 2005, services described by codes G0351, G0353, G0354, and CPT codes 90783 and 90788, may be paid in addition to other physician fee schedule services billed by the same provider on the same day of service (the status indicator of "T" is removed and replaced with the "A" status indicator).

Note: *Certain Medicare policies, including but not limited to, correct coding edits for the services described by codes G0351, G0353, G0354, and CPT codes 90783 and 90788 may apply.*

Use code G0351 for non-anti-neoplastic hormonal therapy injections and use G0356 for anti-neoplastic hormonal injection therapy.

Use G0354 to report an intravenous push subsequent to another drug administration service, if appropriate.

Cont. on next page

Medicamentos

Use el código G0354 para informar una administración en bolo subsiguiente a un servicio de administración de otra droga, si es apropiado.

No informe los códigos G0345 – G0354 conjuntamente con códigos (incluyendo inyecciones, quimioterapia intravenosa, intra-arterial y otras quimioterapias) en las cuales la técnica de administración en bolo es una parte inherente del procedimiento primario (por ej, administración de material de contraste para un estudio de imagen con un fin diagnóstico).

Nuevos códigos G para Administración de Quimioterapia

Para servicios efectuados a partir del 1 de enero de 2005 los códigos de administración de quimioterapia se utilizarán para la administración parenteral de drogas antineoplásticas no radionúclidas y también agentes antineoplásticos provistos para el tratamiento de otros diagnósticos diferentes al cáncer (por ej., ciclofosfamida para enfermedades autoinmunes) o sustancias como anticuerpos monoclonales y otros modificadores de la respuesta biológica. La administración de medicamentos antianémicos y drogas antieméticas a pacientes de cáncer, por infusión o inyección no se considera administración de quimioterapia. Estos servicios deben informarse utilizando los códigos de procedimiento que van desde el G0347 hasta el G0354.

Actualmente, el CPT tiene un código para administración de quimioterapia subcutánea o intramuscular, el 96400. Para los servicios efectuados en el 2005, existen nuevos códigos G que únicamente describen la administración de un antineoplástico hormonal o no-hormonal.

- **G0355**, Administración de quimioterapia, subcutánea o intramuscular, antineoplástico no-hormonal.

y

- **G0356**, Administración de quimioterapia, subcutánea o intramuscular, antineoplástico hormonal.

El código CPT 96400 no se reconocerá bajo el sistema de tarifas fijas para médicos en el 2005.

Los siguientes dos códigos CPT continuarán vigentes para Medicare durante el 2005:

Drugs

Do not report G0345-G0354 with codes (including injections and intravenous chemotherapy, intra-arterial chemotherapy, and other chemotherapy) for which IV push or infusion is an inherent part of the primary procedure (e.g., administration of contrast material for a diagnostic imaging study).

New G-Codes for Chemotherapy Administration

For services furnished on or after January 1, 2005, chemotherapy administration codes apply to parenteral administration of nonradionuclide anti-neoplastic drugs and also to anti-neoplastic agents provided for the treatment of noncancer diagnoses (e.g., cyclophosphamide for autoimmune conditions) or to substances such as monoclonal antibody agents and other biologic response modifiers. Administration of anti-anemia drugs and anti-emetic drugs by injection or infusion for cancer patients is not considered chemotherapy administration. Such services are reported using codes from the range G0347 to G0354.

Currently, CPT has one code for subcutaneous or intramuscular chemotherapy administration, 96400. For services in 2005, there are new G-codes that uniquely describe the administration of hormonal and nonhormonal anti-neoplastics:

- **G0355**, “Chemotherapy administration, subcutaneous or intramuscular; non-hormonal anti-neoplastic;”
- and
- **G0356**, “Chemotherapy administration, subcutaneous or intramuscular; hormonal anti-neoplastic.”

CPT code 96400 is not recognized under the Medicare physician fee schedule in 2005.

The following two CPT codes are still recognized for Medicare purposes in 2005:

Cont. on next page

Medicamentos

- **Código 96405**, Administración de quimioterapia, intralesional; hasta 7 lesiones incluidas y
- **Código 96406**, Administración de quimioterapia intralesional; más de 7 lesiones.

La definición ampliada de quimioterapia como ha sido descrita será aplicable a estos códigos comenzando el 1 de enero de 2005.

Actualmente, el CPT tiene un código para la administración de quimioterapia en bolo, 96408. En el 2005 habrá dos nuevos códigos "G" para informar el bolo inicial y los adicionales.

- **G0357**, Administración de quimioterapia, intravenosa; en bolo, una droga o sustancia o la inicial, y
- **G0358**, Administración de quimioterapia, intravenosa; en bolo, cada droga o sustancia adicional. Enumérelo por separado además del código de procedimiento primario.

El código CPT 96408 no será reconocido por el sistema de tarifas fijas para médicos en el 2005.

En el caso de servicios efectuados antes del 1 de enero de 2005, las infusiones intravenosas de quimioterapia (que no eran infusiones prolongadas) se facturaban usando el código CPT 96410 para la primera hora y el código 96412 para cada hora adicional. No existía un código diferente para informar infusiones de quimioterapia secuenciales utilizando drogas diferentes.

Para los servicios efectuados en el 2005, las infusiones de quimioterapia intravenosas se informarán usando los siguientes códigos G, los que incluyen un código separado para infusiones en las que se utilizan drogas adicionales:

- **G0359**, Administración de quimioterapia, técnica de infusión intravenosa, hasta una hora, una droga o sustancia o la inicial,
- **G0360**, Administración de quimioterapia, técnica de infusión intravenosa, cada hora adicional, de una a ocho (8) horas. Enumérelo por separado además del código del procedimiento primario, y

Drugs

- **CPT Code 96405**, "Chemotherapy administration, intralesional; up to and including 7 lesions;" and
- **CPT Code 96406**, "Chemotherapy administration, intralesional; more than 7 lesions."

The expanded definition of chemotherapy as described above will apply to these codes beginning January 1, 2005.

Currently, CPT has one code for chemotherapy administration with IV push technique, 96408. For services in 2005, there are two new G-codes to report the initial push and additional pushes:

- **G0357**, "Chemotherapy administration, intravenous; push technique, single or initial substance/drug;" and
- **G0358**, "Chemotherapy administration, intravenous; push technique, each additional substance/drug (List separately in addition to code for primary procedure)."

CPT code 96408 is not recognized under the Medicare physician fee schedule in 2005.

For services furnished prior to January 1, 2005, chemotherapy intravenous infusions (other than prolonged infusions, as discussed below) were billed using CPT code 96410 for the first hour and code 96412 for each additional hour. There was not a distinct code to report a sequential chemotherapy infusion involving a different drug.

For services furnished in 2005, chemotherapy intravenous infusions are reported using the following new G-codes, which include a separate code for additional drugs infused:

- **G0359**, "Chemotherapy administration, intravenous infusion technique; up to one hour, single or initial substance/drug;"
- **G0360**, "Chemotherapy administration, intravenous infusion technique, each additional hour, one to eight (8) hours (List separately in addition to code for primary procedure);" and

Cont. on next page

Medicamentos

- **G0362**, Administración de quimioterapia, técnica de infusión intravenosa, cada infusión secuencial adicional (drogas o sustancias diferentes) hasta una hora (Enumérelo por separado además del código del procedimiento primario).

Comenzando el 1 de enero de 2005, bajo el sistema de tarifas fijas para médicos de Medicare, el siguiente código G sustituirá al 96414.

- **G0361**, Administración de quimioterapia, comienzo de infusión de quimioterapia intravenosa prolongada (más de ocho horas), requiriendo el uso de una bomba de infusión de medicamentos portátil o implantada.

Se utilizará el código **G0360** para intervalos de infusión mayores de treinta (30) minutos más allá de incrementos de una hora.

Se utilizará el código **G0362** conjuntamente con el G0359, si es apropiado. Este código se usará solamente una vez por infusión secuencial. El código G0360 será usado para informar hora(s) adicionales de infusión secuencial.

Si se efectúa un servicio de Evaluación y Manejo separadamente identificable, se utilizará el código CPT de evaluación y manejo adecuado de acuerdo al nivel de servicio efectuado, se codificará utilizando el modificador 25 y, además, los siguientes códigos que correspondan: G0355-G0363, 96405-96406, 96420-96520, 96530-96549. Cuando un servicio de Evaluación y Manejo es efectuado el mismo día, no se requiere un diagnóstico diferente.

Si con la finalidad de facilitar una inyección o infusión terapéutica/diagnóstica se efectúa alguno de los siguientes servicios, se considerará incluido y no se reportará por separado:

- Uso de anestesia local
- Comienzo de la infusión
- Acceso a líneas o catéteres subcutáneos u otro tipo de acceso para la administración de medicamentos (port)
- Lavado al término de la infusión

Drugs

- **G0362**, "Chemotherapy administration, intravenous infusion technique; each additional sequential infusion, (different substance/drug) up to one hour (List separately in addition to code for primary procedure)."

Beginning January 1, 2005, under the Medicare physician fee schedule, the following G code should be used instead of code 96414:

- **G0361**, "Chemotherapy administration, intravenous initiation of prolonged chemotherapy infusion (more than eight hours), requiring the use of a portable or implantable pump"

*Report **G0360** for infusion intervals of greater than thirty minutes beyond one-hour increments.*

*Use **G0362** in conjunction with G0359, if appropriate. Report G0362 only once per sequential infusion. Report G0360 for additional hour(s) of sequential infusion.*

If a significant separately identifiable E & M service is performed, the appropriate E & M CPT code should be reported utilizing modifier 25 in addition to codes G0355-G0363, 96405-96406, 96420-96520, 96530-96549. For an E & M service provided on the same day, a different diagnosis is not required.

If performed to facilitate the chemotherapy infusion or injection, the following are included and are not reported separately:

- *Use of local anesthesia*
- *IV start*
- *Access to indwelling IV, subcutaneous catheter or port*
- *Flush at conclusion of infusion*

Cont. on next page

Medicamentos

- Líneas estándar, jeringuillas y otros suministros
- Preparación de agente(s) quimioterápicos

Cuando se efectúa una trombolisis de un catéter o cualquier línea de acceso para la administración de los medicamentos, se utilizará el código CPT 36550.

Se utilizarán códigos de procedimiento distintos para cada método de administración parenteral empleado cuando la quimioterapia sea administrada usando técnicas diferentes. Medicamentos (ej, antibióticos, agentes esteroidales, anti-eméticos, narcóticos analgésicos) administrados independiente o secuencialmente como terapia de apoyo de la administración de quimioterapia deben ser informados por separado utilizando los códigos G0346, G0348, G0350, G0354, ó los códigos CPT 90783 ó 90799 .

Se codificará el código de administración específico, así como el de la sustancia o droga(s) provista.

Quimioterapia Intra-arterial

Los códigos CPT 96420, 96422, 96423 y 96425 serán válidos para Medicare en 2005. Informe el código CPT 96423 para intervalos de infusión mayores de 30 minutos además de los de una hora.

Otras quimioterapias

Los códigos CPT 96440, 96445, 96450 y 96520 serán válidos para Medicare en el 2005.

Medicare pagará por el G0363 Irrigación de dispositivo de acceso venoso implantado para sistemas de administración de drogas si este es el único servicio provisto ese día. Si se efectuara una visita o un servicio de administración de drogas el mismo día, el pago del código G0363 estará incluido en el pago del otro servicio.

Los códigos CPT 96530 y 96542 son válidos para Medicare en el 2005.

Códigos Adicionales

Ocho de los nuevos códigos G tienen el siguiente descriptor incluido como parte del código, "Enumérelo por separado además del código de procedimiento primario". Estos ocho códigos son:

Drugs

- *Standard tubing, syringes and supplies*
- *Preparation of chemotherapy agent(s).*

For declotting a catheter or port, see CPT code 36550.

Report separate codes for each parenteral method of administration employed when chemotherapy is administered by different techniques. Medications (e.g., antibiotics, steroidal agents, anti-emetics, narcotics analgesics) administered independently or sequentially as supportive management of chemotherapy administration should be separately reported using G0346, G0348, G0350, G0354, or CPT codes 90783 or 90799 as appropriate.

Report the specific service as well as code(s) for the specific substance or drug(s) provided.

Intra-Arterial Chemotherapy

CPT codes 96420, 96422, 96423, and 96425 are recognized for Medicare purposes in 2005. Report CPT code 96423 for infusion intervals of greater than thirty minutes beyond one-hour increments.

Other Chemotherapy

CPT codes 96440, 96445, 96450, and 96520 are recognized for Medicare purposes in 2005.

Medicare will pay for G0363 Irrigation of implanted venous access device for drug delivery systems if it is the only service provided that day. If there is a visit or other drug administration service provided on the same day, payment for G0363 is included in the payment for the other service.

CPT codes 96530 and 96542 are recognized for Medicare purposes in 2005.

Add-On Codes

Eight of the new drug administration G codes have the following parenthetical descriptor included as a part of the code, "List separately in addition to code for primary procedure." These eight codes

Cont. on next page

Medicamentos

G0346, G0348, G0350, G0354, G0358, G0360, y G0362. Cada uno de estos códigos tiene un indicador “ZZZ” lo que significa que este servicio es permisible siempre y cuando sea facturado conjuntamente con otro servicio de administración de drogas.

No interprete este descriptor significando que el código adicional puede ser facturado solamente si es mencionado con otro código de administración

primario. Por ejemplo, el código G0346 comúnmente se factura con el G0345. Sin embargo, existen muchas ocasiones donde solamente se factura el código G0346 porque un código de administración inicial ya ha sido facturado en lugar del G0345 como código primario.

Facturación del código 99211

Continúe la implementación de la política en la Sección 30.5 del Capítulo 12, Pub. 100-04 con respecto a la facturación del código 99211 conjuntamente con un código de infusión de sustancias quimioterapéuticas o no. También aplique esta política al uso del código 99211 cuando facture una inyección terapéutica o diagnóstica efectuada en el 2005.

Drugs

are: G0346, G0348, G0349, G0350, G0354, G0358, G0360, and G0362. Each of these codes has a status indicator of “ZZZ” meaning this service is allowed if billed with another drug administration service.

Do not interpret this parenthetical descriptor to mean that the add-on code can be billed only if it is listed with another drug administration primary code. For example, code G0346 ordinarily will be billed with code G0345. However, there may be instances where only the add-on code, G0346, is billed because an “initial” code from another section in the drug administration, instead of G0345, is billed as the primary code.

Billing of Code 99211

Continue to implement the policy in section 30.5 of chapter 12 of Pub 100-04 with respect to the billing of code 99211 with a nonchemotherapy or chemotherapy drug infusion code. Also apply this policy to 99211 when billed with a diagnostic or therapeutic injection code furnished in 2005.

Old Code	New Code	Descriptor	Add-On
90780	G0345	Intravenous infusion, hydration; initial, up to one hour	
90781	G0346	Intravenous infusion, hydration; each additional hour, up to eight (8) hours (List separately in addition to code for procedure)	Yes
90780	G0347	Intravenous infusion, for therapy/diagnosis (specify substance or drug); initial, up to one hour	
90781	G0348	Intravenous infusion, for therapy diagnosis (specify substance or drug); each additional hour, up to eight hours (List separately in addition to code for procedure)	Yes
90781	G0349	Intravenous infusion, for therapy/diagnosis (specify substance or drug); additional sequential infusion, up to one hour (List separately in addition to code for procedure)	Yes
N/A	G0350	Intravenous infusion, for therapy/diagnosis (specify substance or drug); concurrent infusion (List separately in addition to code for procedure)	Yes
90782	G0351	Therapeutic or diagnostic injection (specify substance or drug); subcutaneous or intramuscular	

Cont. on next page

Medicamentos

Drugs

Old Code	New Code	Descriptor	Add-On
90784	G0353	Therapeutic or diagnostic injection (specify substance or drug); intravenous push, single or initial substance/drug	
N/A	G0354	Therapeutic or diagnostic injection (specify substance or drug); each additional sequential intravenous push (List separately in addition to code for primary procedure)	Yes
96400	G0355	Chemotherapy administration, subcutaneous or intramuscular; non-hormonal anti-neoplastic	
96400	G0356	Chemotherapy administration, subcutaneous or intramuscular; hormonal anti-neoplastic	
96408	G0357	Chemotherapy administration, intravenous; push technique, single or initial substance/drug	
96408	G0358	Chemotherapy administration, intravenous; push technique, each additional substance/drug (List separately in addition to code for primary procedure)	Yes
96410	G0359	Chemotherapy administration, intravenous infusion technique; up to one hour, single or initial substance/drug	
96412	G0360	Chemotherapy administration, intravenous infusion technique, each additional hour, one to eight (8) hours (List separately in addition to code for primary procedure)	Yes
96414	G0361	Chemotherapy administration, intravenous initiation of prolonged chemotherapy infusion (more than eight hours), requiring the use of a portable or implantable pump	
96412	G0362	Chemotherapy administration, intravenous infusion technique; each additional sequential infusion, (different substance/drug) up to one hour (List separately in addition to code for primary procedure)	Yes
N/A	G0363	Irrigation of implanted venous access device for drug delivery systems	

Los siguientes códigos de administración de medicamentos/drogas estarán vigentes bajo el sistema de tarifas fijas para médicos de Medicare durante el 2005:

- Códigos CPT 90783 y 90788
- Códigos CPT 96405 al 96406
- Códigos CPT 96420 al 96520, y 96530 al 96549.

Lista parcial de drogas comúnmente consideradas como Anticuerpos Monoclonales y Antineoplásticos Hormonales

Puede observarse que los códigos de administración de quimioterapia comprenden:

- Administración parenteral de drogas antineoplásticas no-radionúclidas.
- Agentes antineoplásticos provistos para el tratamiento de enfermedades no cancerosas (ej. Ciclofosfamida para enfermedades autoinmunes).

The following codes represent active CPT drug administration codes under the Medicare physician fee schedule in 2005:

- CPT code 90783 and 90788;
- CPT codes 96405 to 96406; and
- CPT codes 96420 to 96520 and 96530 to 96549.

Partial List of Drugs Commonly Considered to Be Monoclonal Antibodies and Hormonal Antineoplastics

As noted above, chemotherapy administration codes apply to:

- Parenteral administration of nonradionuclide anti-neoplastic drugs; and
- Anti-neoplastic agents provided for the treatment of noncancer diagnoses (e.g. cyclophosphamide for auto-immune conditions); or

Cont. on next page

Medicamentos

- Sustancias como anticuerpos monoclonales y otros modificadores de la respuesta biológica.

Las siguientes drogas son consideradas comúnmente dentro de la categoría de anticuerpos monoclonales:

- Infliximab
- Rituximab
- Alemtuzumab
- Gemtuzumab
- Trastuzumab

Las siguientes drogas son comúnmente consideradas bajo la categoría de hormonas antineoplásticas:

- Leuprolide Acetate
- Goserelin Acetate

Las drogas anteriormente mencionadas no constituyen una lista completa de las drogas que pueden ser administradas usando los códigos de administración de quimioterapia. Cada contratista local puede proveer una guía adicional acerca de cuales drogas pueden ser consideradas drogas quimioterapéuticas bajo Medicare.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 17 de enero de 2005.

Información Adicional

Para los detalles completos favor de ver la instrucción oficial impartida a su contratista sobre este cambio. Puede ver la instrucción accediendo a la página web: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque el CR 3631 en la columna CR NUM situada a la derecha y presione el archivo para ese CR.

Para más información puede llamar al 1-877-715-1921.

Drugs

- *To substances such as monoclonal antibody agents and other biologic response modifiers.*

The following drugs are commonly considered to fall under the category of monoclonal antibodies:

- *Infliximab*
- *Rituximab*
- *Alemtuzumab*
- *Gemtuzumab*
- *Trastuzumab*

Drugs commonly considered to fall under the category of hormonal anti-neoplastics include:

- *Leuprolide acetate; and*
- *Goserelin acetate.*

The drugs cited are not intended to be a complete list of drugs that may be administered using the chemotherapy administration codes. Local carriers may provide additional guidance as to which drugs may be considered to be chemotherapy drugs under Medicare.

Implementation

The implementation date for this instruction is January 17, 2005.

Additional Information

To see the official instruction issued to your carrier regarding this change, go to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3631 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

Ref. CR3631/Transmittal 129/Dec.10, 2004/LC/RR/ML

Medicamentos

ACTUALIZACIÓN DE LOS PRECIOS DE MEDICAMENTOS- LÍMITES DE PAGO PARA J0207 (AMIFOSTINE)

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores facturando a contratistas de Medicare por Amifostine

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo le informa a los proveedores afectados que Medicare implementará, conforme al Medicare Modernization Act (MMA, por sus siglas en inglés) del 2003, la tarifa para “Amifostine” (HCPCS code J0207). Esta nueva tarifa aplica a las reclamaciones por servicios brindados del 1 de abril de 2004 hasta 31 de diciembre de 2004.

Favor tomar nota que esta tarifa para “Amifostine” (J0207) antecede a la publicada en la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) # 3161, trámite 119, del 15 de marzo de 2004 y cualquier otra publicación emitida antes de este documento.

Trasfondo

La MMA (Sección 303(b)(2)) especifica que los Centros de Servicios de Medicare (CMS, por sus siglas en inglés) pueden ajustar el porcentaje utilizado en el cómputo de tarifas para los medicamentos de la Parte B de Medicare con vigencia el 1ro de enero de 2004 (basado en la información y data sometida por el manufacturero después del 15 de octubre de 2003 y antes del 1ro de enero del 2004).

Por lo tanto, basado en la información recibida por CMS, el pago límite para la “Amifostine” (J0207) ha sido revisado. Desde el 1ro de abril de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2004 el pago límite de Medicare para el código HCPCS J0207 aplica cuando no es pagado en costo o pago prospectivo. Los límites de pagos anteriores y los revisados se presentan a continuación:

Drugs

DRUG PRICING UPDATE - PAYMENT LIMIT FOR J0207 (AMIFOSTINE)

Provider Types Affected

Physicians and providers billing Medicare carriers for Amifostine

Provider Action Needed

This article informs affected providers that Medicare will implement the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA) payment limit for Amifostine (HCPCS drug code J0207) with the new rate listed in this article for dates of service starting April 1, 2004 through December 31, 2004.

Please note that this payment limit for Amifostine (J0207) supercedes the payment limit published in Change Request (CR) 3161, Transmittal 119, dated March 15, 2004, and any other publication published prior to this document.

Background

The MMA (Section 303(b)(2)) specifies that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) may adjust the percentage used in the calculation for pricing Medicare Part B drugs effective January 1, 2004 (based on data and information submitted by the manufacturer after October 15, 2003 and before January 1, 2004).

Therefore, based on information received by CMS, the payment limit for Amifostine (J0207) has been revised. From April 1, 2004 through December 31, 2004, the Medicare payment limit for the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) drug code J0207 applies when it is not paid on a cost or prospective payment basis. The old and revised payment limits are as follows:

Cont. on next page

Medicamentos

Drugs

Status	HCPCS	Short Description	Average Wholesale Price (AWP) %	2004 Payment Limit for Drugs (other than End Stage Renal Disease (ESRD) drugs separately billed by independent ESRD Facilities and drugs infused through Durable Medical Equipment (DME))
OLD	J0207	Amifostine	85	\$405.29
NEW	J0207	Amifostine	89	\$422.21

Note que la ausencia o presencia del código HCPCS y su límite de pago asociado no indica cubierta del medicamento por Medicare.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 6 de diciembre de 2004.

Información Adicional

Para ver la instrucción oficial para su contratista relacionada a este cambio, puede ir a: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

En esa página de la Red busque el CR-3552 en la columna "CR Num." y marque el archivo para el CR deseado en la parte derecha.

Para información adicional relacionada con esta publicación, puede comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Trans. 361/ CR # 3552/ 11/23/04 / ECR

Note that the absence or presence of a HCPCS code and its associated payment limit does not indicate Medicare coverage of the drug.

Implementation

The implementation date for the instruction is December 6, 2004.

Additional Information

To view the official instruction issued to your carrier regarding this change, go to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that Web page, look for CR3552 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR. If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

Medicamentos

REVISIÓN AL PRECIO PROMEDIO DE VENTA DEL ARCHIVO DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE B (ASP) EMITIDO PARA EL TRIMESTRE DE ENERO DE 2005

Tipo de Proveedor Afectado

Proveedores que facturan a intermediarios fiscales y contratistas (incluyendo Contratista Nacional de Equipo Médico Duradero, DMERCs, por sus siglas en inglés) por los medicamentos afectados.

Acción Necesaria del Proveedor

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) está reemplazando los límites de pago correspondientes al primer trimestre del 2005 para ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare. La fecha de vigencia para estos cambios es el 1 de enero de 2005.

Lo que Usted Necesita Saber

Los límites de pagos revisados aplican a los servicios con fechas del 1ro de enero al 31 de marzo de 2005. La Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) relacionado con el CR#3695, hace revisiones al CR#3539 anteriormente emitido y el límite de pago revisado en esta notificación sustituye los límites de pagos para estos códigos que aparezcan en cualquier publicación anterior.

Lo Que Usted Necesita Hacer

Para asegurar la precisión del proceso de la reclamación, favor revisar la información incluida aquí y manténgase al día con las guías de Medicare Parte B sobre medicamentos y productos biológicos.

Trasfondo

La Sección 303(c) del "Medicare Modernization Act" (MMA, por sus siglas en inglés) del 2003, revisa la metodología de pago de los medicamentos cubiertos por la Parte B que no están sujetos a la tarifa de pago prospectivo o al sistema de costos. Efectivo el 1 de enero de 2005, los medicamentos y productos biológicos no sujetos al sistema de pagos prospectivos o al sistema de costos, se pagarán dentro de la metodología de pago de medicamento por el Precio de Venta Promedio (ASP, por sus siglas en inglés).

Drugs

REVISIONS TO JANUARY 2005 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE

Provider Types Affected

Providers who bill fiscal intermediaries and carriers (including DMERCs) for the affected drugs

Provider Action Needed

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

What You Need to Know

The revised payment limits apply to dates of service on or after January 1, 2005, and on or before March 31, 2005. Please note that the related CR 3695 makes revisions to the earlier CR 3539 and that the revised payment limits in this notification supercede the payment limits for these codes in any publication published prior to this document.

What You Need to Do

To ensure accurate claims processing, please review the information included here and stay current with guidelines on Medicare Part B drugs and biologicals.

Background

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

Cont. on next page

Medicamentos

La metodología del ASP está basado en datos sometidos a CMS por manufactureros utilizando la codificación de 11-dígitos del Código Nacional de Medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés). CMS utiliza compendios y otros recursos de precios publicados para identificar las de unidades que se pueden facturar por NDC.

A través del recibo de información adicional, CMS ha determinado que ciertos límites de pago incluidos en el primer trimestre del año calendario de 2005 (1Q05) de la lista de Precios de Medicamentos de la Parte B de Medicare requerían revisión. Los límites de pagos revisados aplican a los servicios con fechas 1ro de enero de 2005 al 31 de marzo del 2005. El límite del pago revisado en esta notificación sustituye el límite de pago para estos códigos en cualquier publicación anterior a este documento.

Por medio del CR3728, CMS anuncia revisiones y nuevos límites de pago asociados con medicamentos y biológicos. Estos cambios y revisiones se indican en las siguientes tablas. Además, note que ahora se incluye el límite de pago del primer trimestre del 2005, basado en el ASP para los códigos J7510, Q4054 y Q4055. El límite de pago revisado para la vacuna codificada con el 90740 está basado en el 95% del precio promedio al por mayor (AWP). Los límites de pago revisados para los códigos de Factores de Coagulación de Sangre tienen incluidos \$0.14 por I.U. para cubrir los gastos de suministros. Los límites de pago contenidos en la Tabla 2 son para ciertos medicamentos nuevos.

Los medicamentos afectados y los límites de pagos asociados a esta revisión se encuentran en la siguiente tabla:

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

Cont. on next page

Drugs

The ASP payment methodology is based on data submitted to CMS by manufacturers at the 11-digit National Drug Code (NDC) level. CMS uses published drug pricing compendia and other sources to identify the number of billable units per NDC.

Through receipt of additional data, CMS has determined that certain payment limits included in the first quarter of calendar year 2005 (1Q05) Medicare Part B Drug Pricing File require revision. The revised payment limits apply to dates of service on or after January 1, 2005, and on or before March 31, 2005. The revised payment limits in this notification supercede the payment limits for these codes in any publication published prior to this document.

CMS through CR 3728 notifies of revisions and new payment limits associated with the drugs and biologicals that appear on the following tables. Also, note that the ASP-based 1Q05 payment limit for J7510, Q4054, and Q4055 are now provided. The revised payment limit for 90740, a vaccine, is based on 95% of the average wholesale price (AWP). The revised payment limits for the blood clotting factor codes includes the \$0.14 per I.U. furnishing fee. The payment limits in Table 2 are for certain new drugs.

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

Medicamentos

Drugs

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

Nuevos Medicamenntos New Drugs

HCPCS Code	Drug Name	Dosage	1Q05 Payment Limit	1Q05 Independent ESRD Limit	1Q05 Vaccine Limit
J3490 (unclassified drug)	Pegaptamib sodium	0.3 MG	\$1,054.70	\$1,054.70	
J9999 (not otherwise classified)	Histrelin implant	5 MG	\$530.00	\$530.00	
J9999 (not otherwise classified)	Natalizumab	5 MG	\$31.94	\$31.94	

Nota: La ausencia o presencia de los códigos de HCPCS y su límite de pago asociado en el expediente ASP no indica cubierta de Medicare para el medicamento o biológico.

Información Adicional

La instrucción publicada con relación a este cambio puede accederse en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

En la página, busque el número de CR 3695 en la columna de la derecha presione el archivo para ese CR.

Se puede referir al CR3539 para trasfondo de esta información-el CR 3695 hace revisiones a la información provista por el CR 3539. El trasfondo de las tablas 2 y 3 aparece bajo el CR 3728. Los archivos de Microsoft Excel actualizados por CMS correspondiente a estos cambios, pueden accederse en: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/asp.asp>

Si tiene alguna pregunta puede llamar al (787)715-1912.

Note: The absence or presence of a HCPCS code and its associated payment limit in the ASP files does not indicate Medicare coverage of the drug or biological.

Additional Information

The official instruction issued regarding this change can be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

On the above page, scroll down the CR NUM column on the right to find the link for CR 3695. Click on the link to open and view the file for the CR. You may also refer to the earlier CR 3539 for additional background information – CR 3695 makes revisions to information provided in CR 3539. Background information pertaining to table 2 and 3 appears on CR 3728. CMS will also update the Microsoft Excel files on the CMS web site to reflect these revised payment limits.

Those files are at: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/asp.asp>

If you have questions regarding this issue, you may also contact us at 1-877-715-1912.

Trans. 134/CR3695/January 18, 2005/ecr

**Reembolsos Voluntarios/
No Solicitados**
**REEMBOLSOS VOLUNTARIOS
NO SOLICITADOS**

Tipos de Proveedores Afectados

Todos los proveedores de Medicare

Acción Requerida del Proveedor

Los proveedores deben estar consciente de que la aceptación de reembolsos voluntarios como re-pago para las reclamaciones especificadas, de ninguna manera afecta o limita los derechos del gobierno federal, o de cualquiera de sus agencias o agentes para iniciar cualquier acción criminal, civil, o administrativa que surja o se relacione a éstas u otras reclamaciones.

Trasfondo

Los contratistas de Medicare y sus intermediarios reciben reembolsos no-solicitados/voluntarios por parte de los proveedores. Estos reembolsos voluntarios no están relacionados a cualquier cuenta abierta recibida. Los proveedores que facturan a los intermediarios usualmente hacen estos reembolsos sometiendo facturas ajustadas, aunque ellos en ocasiones someten sus reembolsos en cheque.

Los proveedores que facturan a los contratistas, por lo general envían estos reembolsos voluntarios en cheque.

El CR #3274 relacionado con esto, está dirigido principalmente a proveer un bloque de instrucciones detalladas para los contratistas e intermediarios. Pero, el mensaje importante para los proveedores es que el envío de tales reembolsos relacionados a reclamaciones de Medicare de ninguna manera limita los derechos del gobierno Federal, o sus agencias o agentes a iniciar cualquier remedio criminal, civil o administrativo que surja o se relacione a estas u otras reclamaciones.

Información Adicional

Si usted tiene preguntas relacionadas a este asunto, debe llamar al 1-877-715-1921.

**Unsolicited/Voluntary
Refunds**
**UNSOLICITED/VOLUNTARY
REFUNDS**

Provider Types Affected

All Medicare providers

Provider Action Needed

Providers need to be aware that the acceptance of a voluntary refund as repayment for the claims specified in no way affects or limits the rights of the Federal Government, or any of its agencies or agents, to pursue any appropriate criminal, civil, or administrative remedies arising from or relating to these or any other claims.

Background

Medicare carriers and intermediaries receive unsolicited/voluntary refunds from providers. These voluntary refunds are not related to any open accounts receivable. Providers billing intermediaries typically make these refunds by submitting adjustment bills, but they occasionally submit refunds via check. Providers billing carriers usually send these voluntary refunds by check.

Related CR 3274 is intended mainly to provide a detailed set of instructions for Medicare carriers and intermediaries regarding the handling and reporting of such refunds. The implementation and effective dates of that CR apply to the carriers and intermediaries. But, the important message for providers is that the submission of such a refund related to Medicare claims in no way limits the rights of the Federal Government, or any of its agencies or agents, to pursue any appropriate criminal, civil, or administrative remedies arising from or relating to those or any other claims.

Additional Information

If you have any questions regarding this issue, contact your carrier 1-877-715-1921.

Trans. #50/CR3274/January 3, 2005

Laboratorio

MMA-FACTURACIÓN DE LABORATORIO INDEPENDIENTE DEL COMPONENTE TÉCNICO (TC) PARA SERVICIOS MÉDICOS PATOLÓGICOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Proveedores afectados

Laboratorios Independientes

Acción Necesaria de parte del Proveedor

Esta instrucción implementa la Sección 732 del Medicare Modernization Act (MMA, por sus siglas en inglés) la cual extiende la medida de la Sección 542 del Benefit Improvement Protection Act of 2000 (BIPA) para los servicios brindados en el 2005 y 2006. La Sección 542 del BIPA le permite al contratista que continúe pagándole a los laboratorios independientes bajo la tarifa fija de médicos por el componente técnico de los servicios de patología provistos a pacientes en un hospital cubierto.

Trasfondo

En la reglamentación final de la Tarifa Fija de Médicos publicada en el Registro Federal el 2 de noviembre de 1999, los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS) indicaron que se implementaría una política para pagarle solamente a los hospitales por el Componente Técnico (TC, por sus siglas en inglés) de los servicios de patología realizados por el médico a pacientes hospitalizados. Antes de esta propuesta, cualquier laboratorio independiente podía facturarle al contratista bajo la "tarifa fija de médico" por el componente técnico de los servicios médicos de patología ofrecidos a pacientes hospitalizados.

La reglamentación provee que (para los servicios brindados del 1 de enero de 2001 en adelante) un contratista no pagará por reclamaciones de laboratorios independientes bajo la "Tarifa fija de médico" que contengan

Laboratory

MMA - INDEPENDENT LABORATORY BILLING FOR THE TECHNICAL COMPONENT (TC) OF PHYSICIAN PATHOLOGY SERVICES TO HOSPITAL PATIENTS

Provider Types Affected

Independent laboratories

Provider Action Needed

This instruction implements section 732 of the Medicare Modernization Act (MMA) that extends the provision of Section 542 of Benefits Improvement Protection Act of 2000 (BIPA) for services furnished in 2005 and 2006. Section 542 of BIPA allows the carrier to continue to pay independent laboratories under the physician fee schedule for the technical component of physician pathology services furnished to patients of a covered hospital.

Background

In the final physician fee schedule rule published in the Federal Register on November 2, 1999, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) stated that it would implement a policy to pay only hospitals for the Technical Component (TC) of physician pathology services furnished to hospital inpatients. Prior to this proposal, any independent laboratory could bill the carrier under the physician fee schedule for the TC of physician pathology services provided for a hospital inpatient.

The regulation provided that (for services furnished on or after January 1, 2001) a carrier would no longer pay claims to the independent laboratory under the physician fee schedule for the TC of physician pathology services for hospital inpatients. Similar treatment was

Cont. on next page

Laboratorio

el TC de los servicios de patología brindados por el médico a pacientes hospitalizados. Tratamiento similar fue provisto bajo el sistema de pago prospectivo de pacientes ambulatorios en hospital. Este cambio estaría vigente por los servicios provistos en o después del 1 de enero de 2001. El atraso fue para permitirle a los laboratorios independientes y los hospitales el tiempo suficiente para negociar arreglos.

Sin embargo, la Sección 542 de BIPA provee que los contratistas de Medicare podrán continuar pagando por el componente técnico de los servicios de patología, cuando un laboratorio independiente provee este servicio a un paciente hospitalizado o ambulatorio en un hospital cubierto. El BIPA-542 aplica solo a los servicios brindados durante el año 2001 y 2002.

Para efectos de esta medida, la definición de hospitales cubiertos es, un hospital que tiene un acuerdo con un laboratorio independiente, el cual estaba vigente desde el 22 de julio de 1999, bajo el cual el laboratorio suministró el componente técnico de un servicio médico de patología a beneficiario de Medicare "Fee for Service" que eran pacientes hospitalizados o ambulatorios y el laboratorio sometía reclamaciones para el pago del TC al contratista. El componente técnico podía ser sometido por separado o junto con el componente profesional e informarlo como un servicio combinado.

La Sección 732 del MMA extiende el BIPA-542 para provisiones de servicios realizados durante el 2005 y el 2006. Su contratista le requerirá a los laboratorios independientes que han tenido arreglos en o antes del 22 de julio de 1999 con un hospital con cubierta para facturar por estos servicios, que provea una copia de este acuerdo u otra documentación la cual evidencie que un acuerdo estaba en efecto entre el hospital y el laboratorio independiente durante esa fecha.

Laboratory

provided under the outpatient prospective payment system for the TC of physician pathology services to hospital outpatients. This change was to take effect for services furnished on or after January 1, 2001. The delay was intended to allow independent laboratories and hospitals sufficient time to negotiate arrangements.

However, Section 542 of BIPA provided that Medicare carriers could continue to pay for the TC of physician pathology services when an independent laboratory furnishes this service to an inpatient or outpatient of a covered hospital. The BIPA-542 provision applied only to services furnished during 2001 and 2002.

For this provision, covered hospital means a hospital that had an arrangement with an independent laboratory that was in effect as of July 22, 1999, under which the laboratory furnished the TC of physician pathology services to fee-for-service Medicare beneficiaries who were hospital inpatients or outpatients, and the laboratory submitted claims for payment for the TC service to a carrier. The TC could have been submitted separately or combined with the professional component and reported as a combined service.

Section 732 of the MMA extends the BIPA-542 provision for services furnished during 2005 and 2006. Your carrier will require independent laboratories that had an arrangement on or prior to July 22, 1999 with a covered hospital to bill for these services to provide a copy of this agreement or other documentation substantiating that an arrangement was in effect between the hospital and independent laboratory as of that date.

Cont. on next page

Laboratorio

Sin embargo, los contratistas devolverán las reclamaciones por el componente técnico de servicios médicos de patología como no procesables, cuando sean sometidas por esos laboratorios independientes que no tenían un acuerdo establecido con un hospital para facturar por estos servicios bajo la Tarifa fija de Médicos al 22 de julio de 1999.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero del 2005.

Instrucciones Relacionadas

El Manual de Proceso de Reclamaciones de Medicare (Púb. 100-04), Capítulo 12 (Facturación de Médico/Profesional de la Salud) ha sido revisado para reflejar cambios al "Change Request" (CR, por sus siglas en inglés.)

Las instrucciones actualizadas del manual están anejadas a la instrucción oficial emitida a su contratista. Puede ver la instrucción al acceder al: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

De esa página, busque el CR 3467 en la columna en la derecha y oprime en el archivo de ese CR.

Información Adicional

Para información adicional relacionada con esta publicación puede comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Laboratory

However, note that carriers will return claims for the TC of physician pathology services as unprocessable when submitted by those independent laboratories that did not have an arrangement established with a covered hospital on or prior to July 22, 1999, to bill for these services under the Medicare Physician Fee Schedule.

Implementation

The implementation date for this instruction is January 3, 2005.

Related Instructions

The Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 12 (Physician/Practitioner Billing) has been revised to reflect the changes in this CR.

The updated manual instructions are attached to the official instruction released to your carrier. You may view that instruction by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR3467 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

Additional Information

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR3467/Trans.382/January 3, 2005/ECR

Ambulancia

RECORDATORIO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TRANSICIÓN A TARIFAS FIJAS PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA E INFORMACIÓN SOBRE EL FACTOR DE INFLACIÓN PARA AMBULANCIAS

Proveedores Afectados

Proveedores y Suplidores de Servicios de Ambulancia

Acción Necesaria del Proveedor

El año calendario del 2005 es el cuarto año de una transición de cinco años a la implementación de tarifas fijas para servicios de ambulancia. El pago está basado en una combinación del 80 por ciento de la tarifa fija más, el 20 por ciento del costo razonable para el proveedor o el 20 por ciento del cargo razonable para el suplidor. Desde el 1 de enero de 2006 las cantidades a pagarse durante el año calendario serán 100 por ciento de la tarifa fija tanto para los proveedores como para los suplidores de servicios de ambulancia.

Lo que necesita saber

La tarifa fija aplica a todos los servicios de ambulancia que se proveen como beneficio bajo la Parte B de Medicare. A los proveedores y suplidores de servicios de ambulancia se les requiere aceptar la asignación, por lo tanto deberán aceptar los cargos permitidos como su pago completo. No podrán facturarle ni cobrarle al beneficiario cantidad alguna que no sea el deducible de la Parte B no cubierto y las cantidades correspondientes a los coaseguros de la Parte B.

Lo que necesita hacer

Deberá estar consciente de que la próxima fase del proceso del pago de la tarifa fija entra en vigor el 1 de enero de 2006. Además deberá ajustar los procesos de cuentas a cobrar cuando sea necesario.

Trasfondo

La sección 4531(b)(2) del Balanced Budget Act (BBA por sus siglas en inglés) del 1997 añadió la sección 1834(l) a la Ley del Seguro Social. Esta sección requiere la implementación de un sistema

Ambulance

REMINDER NOTICE OF THE IMPLEMENTATION OF THE AMBULANCE TRANSITION SCHEDULE AND INFLATION INDEX CHARGE INFORMATION

Provider Types Affected

Ambulance providers and suppliers

Provider Action Needed

During the current calendar year (CY) 2005, year four of a five-year transition to the ambulance fee schedule implementation, payment for ambulance services is based on a blend of 80 percent of the fee schedule amount plus 20 percent of the provider's reasonable cost or the supplier's reasonable charge for the service. As of January 1, 2006, the amounts payable under the ambulance fee schedule for CY2006 will consist of 100 percent of the fee schedule amount for both providers and suppliers.

What You Need to Know

The fee schedule applies to ALL ambulance services furnished as a benefit under Medicare Part B. Ambulance providers and suppliers are required to accept assignment, and therefore must accept Medicare allowed charges as payment in full. They may not bill or collect from the beneficiary any amount other than an unmet Part B deductible and the Part B coinsurance amounts.

What You Need to Do

Be aware that the next phase of the fee schedule payment process goes into effect on January 1, 2006 and adjust accounts receivable processes as necessary.

Background

Section 4531(b)(2) of the Balanced Budget Act (BBA) of 1997 added a new section 1834(l) to the Social Security Act, which mandates implementation of a national fee schedule for

Cont. on next page

Ambulancia

nacional de tarifas fijas para servicios de ambulancia que se proveen como un beneficio bajo la Parte B de Medicare. El 1 de abril de 2002 los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) implementó unas tarifas fijas que le aplican a todos los servicios de ambulancia. Las tarifas fijas le aplican a todos los servicios de ambulancia como lo son servicios voluntarios, municipales, privados, independientes, así como a proveedores institucionales que son los hospitales y los Centros de Enfermería Especializada. Las tarifas fijas se implementarán por medio de un periodo de transición de cinco años. Durante este periodo las cantidades a pagarse por los servicios que se provean serán una combinación de la cantidad de la tarifa fija y el costo razonable del proveedor o la cantidad de la tarifa fija y el cargo razonable del suplidor, según sea el caso. (Los servicios de ambulancia cubiertos bajo el programa de Medicare se pagarán basado en lo más bajo entre la cantidad facturada y la cantidad de la tarifa fija.)

Actualmente a los proveedores y suplidores de servicios de ambulancia se les paga una tarifa que es una combinación del 80 por ciento de la tarifa fija y el 20 por ciento del costo razonable del proveedor o el 20 por ciento del cargo razonable del suplidor.

Le recordamos a los proveedores y a los suplidores que las tarifas fijas de ambulancia se están implementando por medio de un periodo de transición de cinco años como sigue:

Año Year	Porcentaje Tarifa Fija Fee Schedule Percentage	Porcentaje Costo/Cargo Razonable Cost/Charge Percentage
Año 1 (4/1/02-12/31/02)* Year 1 (4/1/02 – 12/31/02)*	20%	80%
Año 2 (Año Calendario 2003)* Year 2 (CY 2003)*	40%	60%
Año 3 (Año Calendario 2004)* Year 3 (CY 2004)*	60%	40%
Año 4 (Año Calendario 2005)* Year 4 (CY 2005)*	80%	20%
Año 5 (Año Calendario 2006 y después) Year 5 (CY 2006 and thereafter)	100%	0%

*Porcentajes del año actual y años previos

*Previous and current year percentages

Cont. on next page

Ambulance

ambulance services furnished as a benefit under Medicare Part B. On April 1, 2002, CMS implemented a new fee schedule that applies to all ambulance services. The schedule applies to all ambulance services: volunteer, municipal, private, independent, as well as institutional providers, i.e., hospitals and skilled nursing facilities. The fee schedule will be phased in over a five-year transition period, during which time the amounts payable for services provided will be a blend of fee schedule amount and the provider's reasonable cost or supplier's reasonable charge amount. (Ambulance services covered under Medicare will be paid based on the lower of the actual billed amount or the ambulance fee schedule amount.)

Ambulance providers and suppliers are currently paid a blended rate, consisting of 80 percent of the fee schedule amount and 20 percent of the provider's reasonable cost amount or the supplier's reasonable charge amount.

Providers and suppliers are reminded that the ambulance fee schedule is being implemented on a five-year transition period as follows:

Ambulancia

La Sección 1834 (I) también requiere asignación mandatoria para todos los servicios de ambulancia. Los proveedores y suplidores de servicios de ambulancia tienen que aceptar el cargo permitido por Medicare como su pago completo y no pueden facturarle ni cobrarle al beneficiario cantidad alguna que no sea el deducible de la Parte B no cubierto y las cantidades correspondientes a los coaseguros de la Parte B.

Además, la Sección 1834(I)(3)(B) de la Ley del Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) establece la base para actualizar los límites de pagos que su contratista utiliza para determinar las cantidades de pago por reclamaciones sometidas por los servicios de ambulancia. Esta actualización, conocida como el Factor de Inflación para Ambulancias (AIF por sus siglas en inglés), es igual al incremento en el porcentaje del índice de precio del consumidor para todos los consumidores urbanos (CPI-U, por sus siglas en inglés), para el periodo de 12 meses que termina en junio del año anterior. A los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) se le requiere que emitan este AIF para que los contratistas puedan pagar las reclamaciones que usted someta por servicios de ambulancia de forma correcta y de acuerdo con los requerimientos estatuarios. **El AIF para el año calendario 2005 es de 3.3%.**

Recuerde que durante los 5 años del periodo de transición de las tarifas de ambulancia los pagos están basados en una metodología combinada. En esta metodología combinada el AIF se le aplica por separado tanto a la porción de la tarifa fija (incorporado en el archivo de tarifas fijas de ambulancia), como a la porción de cargo razonable para suplidores o costo razonable para proveedores, según sea el caso.

Implementación

La implementación de esta fase de las tarifas fijas de ambulancia comenzó el 3 de enero de 2005.

Ambulance

Section 1834 (I) also requires mandatory assignment for all ambulance services. Ambulance providers and suppliers must accept the Medicare allowed charge as payment in full and not bill or collect from the beneficiary any amount other than any unmet Part B deductible and the Part B coinsurance amounts.

*In addition, Section 1834(I)(3)(B) of the Social Security Act (SSA) provides the basis for updating the payment limits that your contractors use to determine how much to pay you for claims that you submit for ambulance services. This update, the AIF, is equal to the percentage increase in the consumer price index for all urban consumers (CPI-U), for the 12-month period ending with June of the previous year. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is required to issue this AIF so that your contractors can pay your Medicare ambulance claims accurately and in accordance with statutory requirements. **The AIF for calendar year 2005 is 3.3 percent.***

Remember that during the 5-year transition period to the ambulance fee schedule, payments are based on a blended methodology. In the blend, the AIF is applied, separately, to both the fee schedule portion (incorporated in the ambulance fee schedule file) and the reasonable charge/cost portions of the blended payment amount. Then, these two amounts are added together to determine your total payment.

Implementation

Implementation of this phase of the fee schedule began on January 3, 2005.

Cont. on next page

Ambulancia

Instrucciones Relacionadas

Los proveedores deberán tener presente que cuando facturen servicios de ambulancia a los Intermediarios Fiscales, los servicios ancilares y los suministros se consideran parte de la tarifa base y no se pueden facturar por separado bajo el sistema de tarifa fija. Dependiendo de su método de facturación, los suplidores de la Parte B que le facturan al contratista por servicios de ambulancia, pueden facturar los suministros por separado.

Los suplidores también deberán tener presente que los contratistas de Medicare denegarán reclamaciones sometidas por separado para suministros y servicios ancilares brindados durante un servicio de ambulancia en o después del 1 de enero de 2006.

Los aumentos en los pagos para transporte en ambulancia disponibles bajo la Sección 414 del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) con fecha de efectividad del 1 de julio de 2004 han sido implementados. No se requieren cambios adicionales para implementar esta medida. Favor de referirse al Change Request 3099, Transmittals 88 y 220 para los detalles.

Información Adicional

La instrucción oficial emitida a su contratista sobre este cambio la puede encontrar accediendo a la página web: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque el CR 3473 y el CR 3599 en la columna CR NUM situada a la derecha y presione el archivo para ese CR.

Para más información puede llamar al 1-877-715-1921.

Ambulance

Related Instructions

Providers should note when billing ambulance services to intermediaries that all ancillary services and supplies provided are considered part of the base rate and are not separately billable under the ambulance fee schedule. For Part B suppliers billing Medicare carriers for ambulance services, separately billable supplies may be billed, depending on the supplier's billing method.

Suppliers should also note that Medicare carriers will deny claims for separately billed supplies and ancillary services furnished during an ambulance transport on or after January 1, 2006.

The payment increases for ambulance transports available under Section 414 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) effective July 1, 2004 have been implemented. No additional changes are required to implement this MMA provision. Please refer to Change Request 3099, Transmittals 88 and 220 for details.

Additional Information

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals.comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3473 and CR 3599 in the CR NUM column on the right, and click on the file for the desired CR.

For additional information relating to this issue, please refer to your local carrier/intermediary at 1-877-715-1921.

Trans. # 320 y 411/CR-3473/RRC/October 22, 2004

Ambulancia

LISTA DE CONDICIONES MÉDICAS PARA TARIFAS FIJAS DE AMBULANCIA

Proveedores afectados

Proveedores y suplidores de servicios de ambulancias al igual que los contratistas de Medicare (contratistas e intermediarios fiscales)

Acción del Proveedor Necesaria

Este artículo es para educar solamente. En el se explica el uso de las Tarifas Fijas para Ambulancias-Lista de Condiciones Médicas para ayudar a documentar las señales y los síntomas de un paciente en una escena durante la transportación en una ambulancia. También indica como conseguir la lista de códigos de condiciones médicas.

Trasfondo

Bajo Medicare, el Sistema de Codificación de Procedimiento Común (HCPCS, por sus siglas en inglés) le provee un método uniforme a los proveedores y suplidores para informar los servicios profesionales. A su vez, la Clasificación Internacional de la Modificación Clínica de Enfermedades, Edición 9 (ICD-9-CM, por sus siglas en inglés) provee para la documentación de diagnósticos o síntomas o señales clínicos de los pacientes. La lista de condiciones médicas para Tarifas Fijas de Ambulancias que este artículo y el CR relacionado 3619 contemplan, le ofrecen una relación desde los códigos ICD-9 a los códigos HCPCS. Los ICD-9 son códigos que el centro de despacho y el personal del equipo de ambulancia pueden utilizar para describir la condición médica del paciente o señales y síntomas en la misma escena durante la transportación.

Favor notar lo siguiente:

- La utilización de los diagnósticos ICD-9 o los códigos de condiciones médicas para ambulancias y su relación al código HCPCS no garantiza el pago de la reclamación ni el pago por el nivel de servicio específico.

Ambulance

AMBULANCE FEE SCHEDULE – MEDICAL CONDITIONS LIST

Provider Types Affected

Providers and suppliers of ambulance services as well as Medicare contractors (carriers and fiscal intermediaries)

Provider Action Needed

This article is for educational guideline only. It explains use of the Ambulance Fee Schedule – Medical Conditions List to help you document your patient's signs and symptoms on scene and during ambulance transportation. It will also tell you how to find the ambulance medical conditions code list.

Background

Under Medicare, the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes provide a uniform method for providers and suppliers to report professional services, while the International Classification of Diseases 9th Edition Clinical Modification (ICD-9-CM) codes document the patient's diagnosis or clinical signs or symptoms. The Ambulance Fee Schedule – Medical Conditions List, which this article and related CR 3619 discuss, gives you a crosswalk from the ICD-9-CM code (which your dispatch centers and/or ambulance crews may use to describe a patient's medical condition or signs and symptoms on scene and during the transport) to the HCPCS code.

Please note the following details:

- *Using the ICD-9-CM diagnosis/ ambulance medical condition code(s) (and their crosswalk to HCPCS codes) will not guarantee payment of the claim or payment for a certain level of service.*

Cont. on next page

Ambulancia

- Recuerde que debe retener documentación adecuada de las instrucciones del despacho, condiciones de pacientes, u otra información de la escena y detalles del transporte (Ej. , medicamentos administrados, cambios en la condición del paciente y los millajes viajados), los cuales podrán estar sujetos a la revisión médica del contratista de Medicare u otras autoridades fiscalizadas. Además, su contratista se basará en la documentación del expediente médico (y no simplemente en el código HCPCS o el código de condición por sí solos) para justificar cubierta.
- Tenga presente que todas las políticas actuales de la ambulancias de Medicare se mantienen vigentes.

NOTA: Proveedores/suplidores deben usar el código ICD-9-CM (no el código de condición de ambulancia) en la Forma de Reclamación de Ambulancia.

Información Adicional

Usted puede obtener más información sobre la Lista de Condiciones Médicas para la Tarifa Fija de Ambulancias al acceder: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página de la red localizar el CR3619. La Lista de Condiciones Médicas para la Tarifa Fija de Ambulancias se pueden localizar en el anejo de este CR.

Para información adicional relacionada con esta publicación puede comunicarse con nosotros al 1-877-715-1921.

Ambulance

- *Remember that you must retain adequate documentation of dispatch instructions, patient's condition, other on-scene information, and details of the transport (e.g., medications administered, changes in the patient's condition, and miles traveled), all of which may be subject to medical review by your Medicare contractor or other oversight authority. Additionally, your contractor will rely on medical record documentation (and not simply the HCPCS code or the condition code by themselves) to justify coverage.*
- *Also be aware that all current Medicare ambulance policies remain in place.*

NOTE: *Providers/suppliers should use the ICD-9-CM code (not the ambulance condition code) on the Ambulance Claim Form.*

Additional Information

You can find more information about the Ambulance Fee Schedule – Medical Conditions List by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3619 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

The Ambulance Fee Schedule – Medical Conditions List can be found as an attachment to that CR.

If you have any questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR3619/Trans. 395/January 3, 2005

Servicios de Salud en el Hogar

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CODIGOS HCPCS UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE SALUD EN EL HOGAR (HH, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Tipos de Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, agencias de Salud en el Hogar (HH, por sus siglas en inglés), y suplidores.

Acción Necesaria del Proveedor

Los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) actualiza periódicamente las listas de los códigos de HCPCS relacionados con la facturación consolidada disposición del Sistema de Pagos Prospectivos para los Servicios de Salud en el Hogar (HH PPS, por sus siglas en inglés). Este artículo provee la actualización anual de facturación consolidada del HH, efectivo el 1 de enero de 2005. Los proveedores afectados deben estar al tanto de estos cambios.

Trasfondo

La sección 1842 (b)(6) de la Ley del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), requiere que el pago para los servicios de salud en el hogar provistos bajo un plan de cuidado se haga a la Agencia de Salud en el Hogar, (HHA, por sus siglas en inglés). Como resultado, la facturación de todo artículo y servicio la hará un solo HHA, el que supervisa ese plan. Este HHA se conoce como la agencia primaria de HH PPS para propósitos de facturación.

Con la excepción de terapias llevadas a cabo por los médicos, suministros incidentales a los servicios médicos y suministros que se proveen en instalaciones hospitalarias o de salud, los servicios que aparecen en esta lista que son sometidos a los contratistas de Medicare, no se pagarán

Home Health Services

ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR HOME HEALTH (HH) CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT

Provider Types Affected

Physicians, providers, home health agencies (HHAs), and suppliers

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) periodically updates the lists of HCPCS codes subject to the consolidated billing provision of the Home Health Prospective Payment System (HH PPS).

This article provides the annual HH consolidated billing update effective January 1, 2005. Affected providers should be aware of these changes.

Background

Section 1842(b)(6) of the Social Security Act (SSA) requires that payment for home health services provided under a home health plan of care be made to the HHA. As a result, billing for all such items and services is to be made by a single HHA overseeing that plan. This HHA is known as the primary agency for HH PPS for billing purposes.

With the exception of therapies performed by physicians, supplies incidental to physician services, and supplies used in institutional settings, services appearing on this list that are submitted on claims to Medicare contractors will not be paid separately on

Cont. on next page

Servicios de Salud en el Hogar

por separado en fechas donde el beneficiario por el cual el servicio está siendo facturado se encuentra en un episodio de salud en el hogar (HH, por sus siglas en inglés (Ej. Bajo un plan de salud en el hogar administrado por un HHA).

Periódicamente Medicare publica Notificaciones de Actualizaciones de Rutina que contienen listas actualizadas de códigos no rutinarios para suministros y terapias que deben estar incluidos en la facturación consolidada de HH. Las listas siempre se actualizan anualmente, con vigencia del 1 de enero, como resultado de los cambios en los códigos de HCPCS que Medicare también publica anualmente. Esta lista también puede ser actualizada tan frecuentemente como cada trimestre según sea requerido por la creación de códigos nuevos de HCPCS durante el año.

Información Adicional

Esta notificación contiene la actualización anual de la consolidación de facturación vigente el 1 de enero de 2005. La siguiente tabla describe los códigos de HCPCS y los cambios específicos a cada código que esta notificación está implementando el 3 de enero de 2005:

Home Health Services

dates when a beneficiary for whom such a service is being billed is in a home health episode (i.e., under a home health plan of care administered by an HHA).

Medicare periodically publishes Routine Update Notifications, which contain updated lists of non-routine supply and therapy codes that must be included in HH consolidated billing. The lists are always updated annually, effective January 1, as a result of changes in HCPCS codes that Medicare also publishes annually. This list may also be updated as frequently as quarterly if required by the creation of new HCPCS codes during the year.

Additional Information

This notification provides the annual HH consolidated billing update effective January 1, 2005. The following table describes the HCPCS codes and the specific changes to each that this notification is implementing on January 3, 2005:

Código Code	Descripción del Código Description of Code	Tipo de Cambio Type of Change	Códigos de Reemplazo o Código a ser reemplazado Replacement Code or Code Being Replaced
Suministros No-Rutinarios Non-Routine Supplies			
A4347	Male external catheter	Eliminar Delete	Código Reemplazo: A4349 Replacement Code: A4349
A4324	Male ext. Cath w/adh coating	Eliminar Delete	Código Reemplazo: A4349 Replacement Code: A4349
A4325	Male ext cath w/adh strip	Eliminar Delete	Código Reemplazo: A4349 Replacement Code: A4349
A4349	Malle ext. Catheter, with or without adhesive, disposable, each	Añadir Add	Reemplaza Código: A4347, A4324, A4325 Replaces Codes: A4347, A4324, A4325
A7040	One way chest drain valve	Añadir Add	
A7041	Water seal drainage container and tubing for use with implanted chest tube	Añadir Add	
A7045	Exhalation port with or without swivel used with accessories for positive airway devices, replacement only	Añadir Add	
A7527	Tracheostomy/laryngectomy tube	Añadir Add	

Cont. on next page

Servicios de Salud en el Hogar

Home Health Services

Código Code	Descripción del Código Description of Code	Tipo de Cambio Type of Change	Códigos de Reemplazo o Código a ser reemplazado Replacement Code or Code Being Replaced
Terapias / Therapies			
97601	Wound Care Selective	Eliminar Delete	Código Reemplazo: 97597, 97598 Replacement Code: 97597, 97598
97597	Removal of devitalized tissue from wound(s) Selective debridement: surface area less than or equal to 20 square centimeters	Añadir Add	Reemplaza Código: 97601 Replaces Codes: 97601
97598	Removal of devitalized tissue from wound(s) Selective debridement: total wound(s) surface area greater than or equal to 20 square centimeters	Añadir Add	Reemplaza Código: 97601 Replaces Codes: 97601
97605	Negative pressure wound therapy (eg. Vacuum assisted drainage collection): total wound(s) surface area less than or equal to 50 square centimeters	Añadir Add	
97606	Negative pressure wound therapy (eg. Vacuum assisted drainage collection): total wound(s) surface area greater than 50 square centimeters	Añadir Add	

La última actualización de la consolidación de facturación de HH fue efectuada bajo el Trámite 226, CR3350. Este CR puede encontrarse en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R226CP.pdf

La instrucción oficial emitada a su contratista (incluyendo al Contratista Regional de Equipo Médico Duradero, DMERC, por sus siglas en ingles), los Intermediarios Regionales del Cuidado de Salud en el Hogar (RHH, por sus siglas en inglés) relacionada a este cambio puede encontrarse en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

En esa página del Web, busque el CR 3525 en el CR Número en la columna de la derecha y coloca el marcador en el archivo para ese CR.

De tener alguna pregunta relacionada con este artículo, puede comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

The last update to the HH consolidated billing was issued under Transmittal 226, CR 3350. This CR can be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R226CP.pdf

The official instruction issued to your carrier/intermediary (including Durable Medical Equipment Carriers (DMERCs) and Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)) regarding this change may be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3525 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

If you have any questions regarding this issue, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

Trans. 340/CR- MM3525/ 11/17/04/ ECR

Centro de Enfermería Especializada

CORRECCIÓN A LA ACTUALIZACIÓN ANUAL DE ENERO DE 2005 DE LOS CÓDIGOS HCPCS UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Proveedores afectados

Centros de Enfermería Especializada (SNF) y ambulancias que facturan a contratistas y/o intermediarios de Medicare por pacientes en una estadía en un SNF

Acción Necesaria de parte del Proveedor

El "transmittal" 360 (CR 3542) del Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare (publicado el 5 de noviembre de 2004) fue la actualización anual del 2005 para los Centros de Enfermería Especializada (SNF). La Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 3613 provee una corrección a la actualización anual de la facturación consolidada (CB) para año 2005 al añadir un código bajo la Categoría Mayor I.H. (Servicios de Ambulancias), código de procedimiento A0999 - Servicio de ambulancia no inscrito, que se omitió inadvertidamente.

Lo que Necesita Saber

Los códigos HCPCS 53660, 95974 y G0168 se informaron dos veces en la Categoría Mayor I. F. Esta duplicidad también se corrigió.

Lo que Necesita Hacer

Revise la información que se incluye y manténgase al día en las instrucciones para la facturación consolidada de los SNF para asegurar el procesamiento correcto de las reclamaciones.

Información Adicional

La instrucción oficial emitida para este cambio puede hallarse en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R421CP.pdf.

Si tiene preguntas sobre este asunto, puede comunicarse con su contratista al 1-877-715-1921.

Skilled Nursing Facility

CORRECTION TO JANUARY 2005 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) ENFORCEMENT

Provider Types Affected

Skilled Nursing Facility (SNF) and ambulance suppliers billing Medicare carriers or intermediaries for patients in a SNF stay

Provider Action Needed

Transmittal 360 (CR 3542) of the Medicare Claims Processing Manual (published on November 5, 2004) was the 2005 Skilled Nursing Facility annual update. CR 3613 provides a correction to the annual SNF CB update for calendar year 2005 by adding one code under Major Category I.H. (Ambulance Services) that was inadvertently omitted, namely A0999 – unlisted ambulance service.

What You Need to Know

HCPCS 53660, 95974, and G0168 had been reported twice in Major Category I.F. – this duplication of codes has also been corrected.

What You Need to Do

To ensure accurate claims processing, please review the information included here and stay current with instructions for SNF CB.

Additional Information

The official instruction issued regarding this change can be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R421CP.pdf.

If you have questions regarding this issue, you may also contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR3613/December 30, 2004/Trans. 421

Centro de Enfermería Especializada

REVISIÓN ANUAL PARA EL AÑO 2005 PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LA FACILIDAD DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF) PARA EL ARCHIVO COMÚN DE TRABAJO (CWF) Y LOS CONTRATISTAS (CARRIERS) DE MEDICARE

Tipos de Proveedores Impactados

Facilidades de Enfermería Especializada (SNFs)

Acción Requerida Por el Proveedor

La actualización para el 2005 de la facturación consolidada para las facilidades de Enfermería Especializada está disponible. Estos códigos son utilizados en la aplicación de los éditos SNF CB los cuáles solamente permiten servicios que están excluidos de CB a ser pagados separadamente por los contratistas de Medicare.

Lo que necesita hacer

Los éditos para las reclamaciones recibidas por concepto de estadías Parte A en SNF y estadías cubiertas y no cubiertas por Parte A en SNF permiten que los servicios que están excluidos de la facturación consolidada se paguen por separado por el contratista.

Lo que necesita saber

Estos nuevos archivos de códigos los puede acceder en la página electrónica de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid con dirección: www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp.

Información Adicional

Las instrucciones oficiales emitidas a su contratista relacionadas a este cambio se pueden conseguir en el portal: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm-trans/R328CP.pdf>.

Para información adicional relacionada a este asunto, favor de llamar a su contratista al número libre de cargo 1-877-715-1921.

Skilled Nursing Facility

2005 ANNUAL UPDATE FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING FOR THE COMMON WORKING FILE (CWF) AND MEDICARE CARRIERS

Provider Types Affected

Skilled Nursing Facilities (SNFs)

Provider Action Needed

The 2005 update for SNF Consolidated Billing (CB) is available. These codes are used in applying the SNF CB edits that only allow services that are excluded from CB to be separately paid by Medicare carriers.

What You Need to Know

These new code files are posted to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) web site at: www.cms.hhs.gov/medlearn/snfcode.asp.

What You Need to Do

The edits for claims received for beneficiaries in both Part A SNF stays and covered and non-covered Part A SNF stays allow services that are excluded from consolidated billing to be separately paid by the carrier.

Additional Information

The official instruction issued to your carrier regarding this change may be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R328CP.pdf

For additional information relating to this issue, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR3535/Trans. 328/January 1, 2005

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

REVISIÓN DE LA DISPENSA AL DEDUCIBLE ANUAL Y COASEGURO POR CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASCS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) Y PARA SERVICIOS MÉDICOS A PACIENTES AMBULATORIOS DE ASC/HOSPITAL

Proveedores Afectados

Departamento ambulatorio de hospitales que facturan por servicios médicos, ASCs y médicos.

El "Omnibus Budget Reconciliation Act" (OBRA) 1986 y OBRA 1987 rescindió la dispensa del requisito del coaseguro y deducible de la Parte B para servicios de ASC y los servicios médicos a pacientes ambulatorios de institucionales ASC/Hospital.

Lo Que Usted Tiene que Saber

Medicare está actualizando el lenguaje en sus manuales para asegurar la consistencia con estos cambios legislativos y este cambio.

Lo que Usted Tiene que Hacer

Se le recuerda al personal de facturación de los ASCs y al personal que factura por servicios del departamento de pacientes externos de hospital que se familiaricen con estas políticas.

Trasfondo

Vigente desde el 1 de abril de 1988, la sección 4054 de OBRA 1987 ("Public Law" 100-203) impuso los requisitos de coaseguro y deducible de la Parte B para los servicios médicos relacionados con un procedimiento cubierto que se realiza en un escenario ambulatorio.

Ambulatory Surgical Center (ASC)

MANUAL REVISION REGARDING WAIVER OF ANNUAL DEDUCTIBLE AND COINSURANCE FOR BOTH AMBULATORY SURGERY CENTERS (ASCS) AND ASC/ HOSPITAL OUTPATIENT DEPARTMENT PHYSICIAN SERVICES

Provider Types Affected

Hospitals outpatient departments billing for physician services, ASCs, and physicians.

The Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) 1986 and OBRA 1987 rescinded the waiver of the Medicare Part B coinsurance and deductible requirements for ASC facility services and ASC/hospital outpatient department physician services.

What You Need to Know

Medicare is updating language in its manuals to ensure consistency with these legislative changes and this change.

What You Need to Do

ASCs and hospital outpatient department billing staffs are reminded to be familiar with these policies.

Background

Effective April 1, 1988, section 4054 of OBRA 1987 (Public Law 100-203) imposed the Medicare Part B coinsurance and deductible requirements for physician services in connection with an ASC covered procedure that is performed in an ambulatory setting.

For any physician services furnished on or after April 1, 1988, in connection with an ASC covered procedure, performed in an ASC or in a hospital on an outpatient basis, Medicare

Cont. on next page

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Para cualquier servicio médico prestado a partir del 1 de abril de 1988, relacionado con un procedimiento de ASC cubierto, realizado en un ASC o en un hospital como paciente externo, Medicare paga 80 por ciento de la cantidad establecida como tarifa fija del médico. Después de cubrir el deducible, el beneficiario es responsable por el pago del 20 por ciento de la tarifa fija establecida para el médico.

La Sección 9343(e) de OBRA 1986 ("Public Law" 99-509) impuso que por cualquier procedimiento en la lista de ASC provisto en un ASC, Medicare paga 80 por ciento de la tarifa fija de ASC para tales servicios prestados a pacientes de Medicare. Después de cubrir el deducible, el beneficiario es responsable por el pago del 20 por ciento de la tarifa fija institucional que aplique para ese servicio institucional. Esta medida se estableció para servicios provistos desde el 1 de julio de 1987.

Información Adicional

Si tiene preguntas adicionales, por favor comuníquese con su contratista al 1-877-715-1921.

Ambulatory Surgical Center (ASC)

pays 80 percent of the physician fee schedule amount. After the beneficiary deductible is met, the beneficiary is responsible for 20 percent of the physician fee schedule amount.

Section 9343(e) of OBRA 1986 (Public Law 99-509) imposed that for any procedure on the ASC list furnished in an ASC, Medicare pays 80 percent of the applicable ASC fee schedule amount for such services furnished to Medicare patients. After the beneficiary's deductible is met, the beneficiary is responsible for 20 percent of the applicable facility fee schedule amount for that facility service. This provision was made for services furnished on or after July 1, 1987.

Additional Information

If you have additional questions, please contact your carrier at 1-877-715-1921.

CR 3471 /Trans. 11/November 22, 2004

Contrato

PROVEEDORES SANCIONADOS

Proveedores sancionados son aquellos que han violado las obligaciones de su contrato con Medicare o Medicaid. A estos proveedores no se les permite facturar al Programa Medicare. Los contratistas reciben mensualmente una lista de CMS que incluye las exclusiones y reintegraciones efectuadas por la Oficina del Inspector General (OIG). Las exclusiones tienen vigencia a los 20 días de la fecha de notificación al proveedor. Estas exclusiones y reintegraciones serán vigentes en la fecha indicada.

La Sección 4304 del “Balanced Budget Act” (BBA, por sus siglas en inglés) modificó la Sección 1128A(a) del “Social Security Act”. Específicamente, el “BBA” añadió nuevas penalidades monetarias civiles de hasta \$10,000 por cada artículo o servicio provisto y hasta tres veces la cantidad reclamada. Estas penalidades se aplicarán en los casos en los cuales una persona contrata un proveedor excluido con el propósito de ofrecer servicios o artículos para el cuidado de la salud y dicha persona sabe o debería saber que el proveedor estaba excluido de Medicare.

La Sección 1128A del “SSA” define el término “persona” como “una organización, una agencia u otra entidad, pero excluyendo al beneficiario.” Esta provisión aplica a contratos o acuerdos efectuados después del 5 de agosto de 1997. Para cumplir con nuestro compromiso de educar a los proveedores de Medicare, en las siguientes páginas encontrará la lista de los proveedores actualmente excluidos del Programa Medicare:

Enrollment

SANCTIONED PROVIDERS

Sanctioned providers are practitioners who violate their obligations under the “Medicare and Medicaid Programs Protection Act”. They are excluded from billing the Medicare Program. Carriers receive a monthly listing from CMS containing exclusion and reinstatement or withdrawal actions taken by the Office of Inspector General (OIG). Exclusion actions are effective 20 days from the date of the notice to the provider. Reinstatements / withdrawals are effective as of the date indicated.

Section 4304 of the Balanced Budget Act(BBA) modified Section 1128A(a) of the Social Security Act. Specifically, the BBA added new civil monetary penalties of up to \$10,000 for each item or service provided, and triple the claimed amount in cases in which a person contracts an excluded provider for the provision of health care items or services and the person knows or should have known that the provider was excluded from participation in the Medicare program.

Section 1128A of the Social Security Act defines the term “person” to include “organization, agency, or other entity, but excluding a beneficiary”. This provision applies to arrangements or contracts entered into after August 5, 1997. To comply with our commitment to educate and inform our Medicare providers, on next pages we have included the list of excluded providers to the Medicare Program:

Cont. on next page

Contrato**Enrollment**

Proveedores Excluidos del programa Medicare Providers Excluded from the Medicare Program		
NOMBRE NAME	DIRECCION ADDRESS	FECHA EFECTIVIDAD EFFECTIVE DATE
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Alvarez Valentin, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Nestor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Davila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De Leon 11 Calla Granada Mayaguez, PR 00680	January 20, 2003
Baez López, Roberto	Calle Victor Salaberry #32 Guanica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enriquez, Jose M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamon, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, Jose L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Rio Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Baez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las Americas Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Davila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Rio Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
Garcia Medina, Benjamin A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduviges San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jimenez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	March 20, 2001
López Morales, Angel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	August 20, 2000

Cont. on next page

Contrato

Enrollment

Proveedores Excluidos del programa Medicare Providers Excluded from the Medicare Program		
NOMBRE NAME	DIRECCION ADDRESS	FECHA EFECTIVIDAD EFFECTIVE DATE
Montañez López, Carlos W.	Optica Marbella Carr. 107 Km 1 Aguadilla, PR 00603	March 20, 2002
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quinton Coamo, PR 00769	December 20, 1998
Olivari Milán, Jose A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	December 20, 1999
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Area de Yauco Clinicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irurregui Plaza 201 Rio Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Mélendez, Marcos U.	P.O. Box 999 Rio Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Diaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Rio Verde Caguas, PR 00725	August 20, 2000
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Perez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

MEDICARE INFORMA

BOX 71391

SAN JUAN, PR 00936

RETURN POSTAGE REQUESTED

PRSRT STD

U.S. POSTAGE PAID

SAN JUAN, P.R.

PERMIT NO. 2563