

## ¡Qué Bueno Que Preguntó! TRANSICIÓN DE SISTEMA EN LA DIVISIÓN MEDICARE

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

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

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

Cont. on next page 5

---

## We Are Glad You Asked! SYSTEM TRANSITION WITHIN THE MEDICARE DIVISION

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

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

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

Cont. on next page 5

Emission Date: June 20, 2005

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



Volume 82 / April, May, and June, 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](http://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](http://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!

|   |                  |
|---|------------------|
| Transición de Sistema .....                       | Portada y pág. 5 |
| Campaña Educativa - Cubierta de Medicamentos .... | 8                |
| Nota Aclaratoria - Cambios en Hospicio .....      | 8                |

#### Proveedores fuera del Programa Medicare

|   |   |
|---|---|
| Proveedores que Deciden No Pertener ..... | 9 |
|---|---|

#### Recursos de Información y Educación

|  |    |
|--|----|
| Recursos de Información y Educación .....          | 10 |
| ¿Qué es el ListServ? .....                         | 17 |
| Anuncio Especial a la Comunidad de Proveedores ... | 18 |

#### HIPAA

|  |    |
|--|----|
| Proveedores/Vendors que Pasaron Pruebas HIPAA ..               | 19 |
| Actualización de los Códigos de Estatus de Reclamaciones ..... | 22 |
| Procedimiento de Acceso Transacción 270/271 .....              | 23 |
| Actualización Códigos de Taxonomía .....                       | 24 |

#### Política Médica

|   |    |
|---|----|
| Bombas de Infusión: Niveles de Péptido C .....                | 27 |
| Documentación que debe Someter .....                          | 29 |
| Visitas Hospitalarias Iniciales .....                         | 31 |
| Revisiones - Vacunas de Influenza y Neumococo ..              | 33 |
| Códigos HCPCS para el Material de Contraste .....             | 38 |
| Lista de Servicios de Tele-Medicina de Medicare ...           | 40 |
| Actualización al 100-04 y las Listas de Terapia .....         | 44 |
| Nuevos Códigos HCPCS para Inmunoglobulina ...                 | 50 |
| <i>MMA-Diabetes Screening Tests</i> .....                     | 52 |
| <i>Billing for Implantable Automatic Defibrillators</i> ..... | 54 |
| <i>Billing for Hemophilia Blood Clotting Factors</i> .....    | 58 |
| <i>Expanded Coverage for PET Scans for Cervical</i> .....     | 59 |

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 - Cont.

|  |    |
|--|----|
| <i>Anti-Cancer Chemotherapy for Colorectal Cancer</i> ..   | 64 |
| <i>Abarelix for the Treatment of Prostate Cancer</i> ..... | 67 |

#### Políticas de Pago

|  |    |
|--|----|
| Actualización Trimestral a los Éditos CCI, Versión 11.2 .....            | 69 |
| Implementación del Archivo Abstracto para las Pruebas Diagnósticas ..... | 70 |
| 1ra Actualización a la Base de Datos de Tarifas Fijas .....              | 73 |

#### Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

|   |    |
|---|----|
| Anulación del Pago de Bono - Facturación HPSA ... | 75 |
| Aclaración al Lenguaje en el Manual sobre HPSA .. | 76 |

#### Medicare Pagador Secundario (MSP)

|   |    |
|---|----|
| Aclaración del CR3267 - Política de MSP ..... | 78 |
|---|----|

#### Medicamentos

|  |    |
|--|----|
| Archivos Trimestrales ASP de abril y julio de 2005 ..... | 81 |
|--|----|

#### Remesa de Pago

|  |    |
|--|----|
| Actualización de los Código de Comentario .....    | 85 |
| Iniciativas de Medicare de la Remesa de Pago ..... | 89 |

#### Reclamaciones

|  |    |
|--|----|
| Reclamaciones no Asignadas Sometidas en el Formulario CMS-1500 .....         | 91 |
| Revisiones a Pagos por Servicios Provistos Bajo un Arreglo Contractual ..... | 94 |

#### Laboratorio

|   |    |
|---|----|
| Nuevo Mensaje de Remesa de Pago .....       | 96 |
| Aviso Público del Secretario de Salud ..... | 99 |

#### Centro de Enfermería Especializada

|   |     |
|---|-----|
| Servicios Ofrecidos Bajo un Acuerdo .....   | 100 |
| Actualización 2005 de los Códigos SNF ..... | 101 |

#### Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

|  |     |
|--|-----|
| Aclaración de la Política de Pago - Código Q3001 ... | 102 |
|--|-----|

#### Contrato

|  |               |
|--|---------------|
| Identificador Nacional del Proveedor (NPI) ..... | 104           |
| Solicitud de Cambio de Información .....         | 105           |
| Proveedores Sancionados .....                    | 107           |
| Modificación al Cuestionario MSP .....           | Contraportada |

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!

|  |                |
|--|----------------|
| System Transition .....                                      | Cover & page 5 |
| Medicare Prescription Drug Coverage Awareness Campaign ..... | 8              |
| Clarification Note - Changes in Hospice .....                | 8              |

### Opt-Out Providers from the Medicare Program

|  |   |
|--|---|
| Medicare Program Opt-Out Providers ..... | 9 |
|--|---|

### Information and Education Resources

|  |    |
|--|----|
| Information and Education Resources .....  | 10 |
| What's a ListServ? .....                   | 17 |
| Special Announcement to the Provider ..... | 18 |

### HIPAA

|  |    |
|--|----|
| Vendors/Providers that has tested X12N Format .....    | 19 |
| Claims Status Code/Claims Status Category .....        | 22 |
| Access Process for HIPAA 270/271 .....                 | 23 |
| Update to the Healthcare Provider Taxonomy Codes ..... | 24 |

### Medical Policy

|  |    |
|--|----|
| Infusion Pumps: C-Peptide Levels .....                         | 27 |
| Documentation that should be provided for Medical Review ..... | 29 |
| Initial and Subsequent Hospital Visits .....                   | 31 |
| Flu and Pneumococcal Immunizations - Revisions .....           | 33 |
| New Contrast Agents HCPCS Codes .....                          | 38 |
| List of Medicare Telehealth Services .....                     | 40 |
| Update to 100-04 and Therapy Code Lists .....                  | 44 |
| New HCPCS Codes for Intravenous Immune Globulin .....          | 50 |
| MMA-Diabetes Screening Tests .....                             | 52 |

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 Cont.

|  |    |
|--|----|
| Billing for Implantable Automatic Defibrillators for Beneficiaries ..... | 54 |
| Billing for Hemophilia Blood Clotting Factors .....                      | 58 |
| Expanded Coverage for PET Scans for Cervical .....                       | 59 |
| Anti-Cancer Chemotherapy for Colorectal Cancer ..                        | 64 |
| Abarelix for the Treatment of Prostate Cancer .....                      | 67 |

### Billing Policies

|   |    |
|---|----|
| Quarterly Update to CCI Edits, Version 11.2 .....                   | 69 |
| Implementation of the Abstract file for Purchased Diagnostics ..... | 70 |
| 1st Update to the 2005 Medicare Physician Fee Database .....        | 73 |

### Health Professional Shortage Area (HPSA)

|  |    |
|--|----|
| Override of Automated Health Professional Shortage Area (HPSA) ..... | 75 |
| Clarification to the HPSA Language in the Medicare Claims .....      | 76 |

### Medicare Secondary Payer (MSP)

|  |    |
|--|----|
| Clarification for CR3267-MSP Policy for Hospital Reference ..... | 78 |
|--|----|

### Drugs

|  |    |
|--|----|
| April and July 2005 ASP Part B Drug Pricing File ..... | 81 |
|--|----|

### Remittance Advice

|  |    |
|--|----|
| Remittance Advice Remark Code and Claim Adjustment ..... | 85 |
| Medicare Remittance Advice Initiatives .....             | 89 |

### Claims

|  |    |
|--|----|
| Unprocessable Unassigned Form CMS-1500 .....                       | 91 |
| Revisions to Payment for Services Provided Under Contractual ..... | 94 |

### Laboratory

|  |    |
|--|----|
| New Remittance Advice Message for Referred Clinical Diagnostic ..... | 96 |
| Public Announcement from the Secretary of Health ...                 | 99 |

### Skilled Nursing Facility

|  |     |
|--|-----|
| Services Furnished Under an Arrangement with an Outside Entity ..... | 100 |
| 2005 Annual Update for HCPCS Codes for SNF .....                     | 101 |

### Ambulatory Surgical Center (ASC)

|  |     |
|--|-----|
| Payment Policy Clarification-HCPCS Code Q3001 .. | 102 |
|--|-----|

### Enrollment

|  |           |
|--|-----------|
| National Provider Identifier .....               | 104       |
| Request for Change in Provider Information ..... | 105       |
| Sanctioned Providers .....                       | 107       |
| Modification to Online MSP Questionnaire .....   | Backcover |

**MOA-2005**

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

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

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

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

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

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

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

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

3. **Cambios al número de ajuste de una reclamación**

Actualmente se identifica el ajuste por el último dígito del número de control – ej. 05151179901001. Una vez se transicione al

## We Are Glad You Asked!

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

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

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

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

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

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

3. **Changes to the claim’s adjustment number**

Presently, the last digit of the control number identifies the claims as one that is being adjusted, for example: 05151179901001. Once the transition is made to the new system, the claim’s

Cont. on next page



## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

nuevo sistema, el ajuste de la reclamación se identificará con el dígito **97** al comienzo del número de control, como se muestra en el ejemplo: **9705151345001**

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

El período de espera para pago de las reclamaciones tanto de papel como las de vía electrónica o EMC, se reducirá a **01** durante el período de la transición. El propósito de esta reducción es generar los pagos de una manera más rápida. En el presente, las reclamaciones en papel tienen un período de espera para pago de 27 días y las de tipo EMC tienen un período de espera para pago de 13 días. El plan de reducción será de la siguiente manera:

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

### 5. Reclamaciones de Anestesia

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

### 6. Cirugías con más de un servicio el mismo día

Normalmente cuando se facturan varios servicios del mismo código de cirugía, se documentan en la misma línea (Ej. 66984 con 2 servicios). Con el nuevo sistema la

## We Are Glad You Asked!

*adjustment will be identified with the digit number 97 at the beginning of the control number, as is shown in the following example: 9705151345001.*

### 4 Payment Floor Reduction

*The payment floor for both paper based and EMC claims will be reduced to 01 during the transitional period. The purpose of this reduction is to issue payments in a quicker fashion. Currently, claims that are paper based have a payment floor plan of 27 days and those that are EMC based, have a payment floor of 13 days. The reduction plan will go as follows:*

### 5. Anesthesia Claims

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

### 6. Same day multiple service surgeries

*Normally, when various services are billed under the same surgery code, all of the pertaining information is written on the same line (example: 66984 with 2*

Cont. on next page

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

cantidad de servicios por código de cirugía deberá aparecer en líneas por separado (Ej. Línea 1 → 66984 con 1 servicio; Línea 2 → 66984 con 1 servicio). De esta forma se evita que se generen cartas del sistema de desarrollo automatizado (ADS – Automated Development System).

### 7. Facturación Electrónica

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

### 8. Uso del Código Postal (“Zip Code”)

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

### 9. Fechas de servicio vs. número de servicios

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

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

## We Are Glad You Asked!

*services). With the new system the total amount of services per surgery code should appear on separate lines (example: Line 1 → 66984 with 1 service; Line 2 → with 1 service). This to avoid generating automated development system (ADS) letters.*

### 7. Electronic Billing

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

### 8. The Use of Zip Codes

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

### 9. Service dates vs. service numbers

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

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

By: Ida Casablanca/Project Leader - Triple-S Transition/JS-6-08-05

## ¡Qué Bueno Que Preguntó!

### CAMPAÑA EDUCATIVA SOBRE LA CUBIERTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL PROGRAMA MEDICARE (PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS)

Durante este mes los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) lanzaron la campaña educativa sobre la Cubierta de Medicamentos Recetados del Programa Medicare. Los beneficios de cubierta del Programa para Medicamentos Recetados de Medicare son los mismos para los 50 estados, el Distrito de Colombia y los territorios de los EU. Sin embargo, los subsidios para los beneficiarios de bajos ingresos presentados en esta campaña le aplican solamente a los 50 estados y al Distrito de Colombia.

Por consiguiente, los subsidios para los beneficiarios de bajos ingresos del Programa para Medicamentos Recetados de Medicare para cada territorio de EU, serán diferentes a los que se le están dando promoción actualmente. Tan pronto los planes individuales de subsidios para Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EU estén disponibles, se le notificará.

## We Are Glad You Asked!

### MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE AWARENESS CAMPAIGN (PRESCRIPTION DRUG PROGRAM)

*The Centers for Medicare and Medicaid (CMS) released the Medicare Prescription Drug Coverage awareness campaign this month. Medicare Prescription Drug Program coverage benefits are the same for the 50 States, the District of Columbia, and the US territories. However, the subsidies for low income beneficiaries presented in this campaign apply to the 50 states and to the District of Columbia only.*

*As such, Medicare Prescription Drug Program subsidy plans for the US territories will differ from the one presently being promoted. You will be notified as soon as the individual subsidy plans for Puerto Rico and the US Virgin Islands are available.*

RR/June 16, 2005/Communications

### NOTA ACLARATORIA

En la página 57 de esta publicación (Medicare Informa) Volumen 81- enero, febrero, y marzo 2005, les referimos a COSVI para contestar preguntas sobre los cambios relacionados a Hospicio. Debemos aclarar que el Intermediario que procesa las reclamaciones de Hospicio y Salud en el Hogar es United Government Services (UGS). Favor de comunicarse con ellos al 1-877-309-4290.

Disculpen cualquier inconveniente que esta información les haya causado.

### CLARIFICATION NOTE

*On page 57 of this publication (Medicare Informa) Vol. 81 – January, February and March 2005, we refer you to COSVI to answers questions related to changes in Hospice. We have to clarify that the Intermediary who process these Hospice and Health Home claims is United Government Services (UGS). Please contact them at 1-877-309-4290.*

*We apologize for any inconveniences this information may cause.*

SPeña-COSVI/June 16, 2005/MOA



## 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 31 de mayo 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 May 31, 2005:*

| Provider Name                  | Provider Address  | Opt-Out Period |            |
|--------------------------------|---|----------------|------------|
| <b>Puerto Rico</b>             |   |                |            |
| Dr. Sharee A. Umpierre Catinch | Centro Europa Ste 718<br>Ave. Ponce De Leon 1492<br>San Juan, PR        | 10/1/2003      | 9/30/2005  |
| Dr. José M. Montañez           | First Pine Center<br>1451 Ave Ashford<br>San Juan, PR 00907             | 10/23/2003     | 10/22/2005 |
| <b>U.S. Virgin Islands</b>     |   |                |            |
| Dr. James P. Clayton           | 6500 Red Hook Plaza<br>Ste 205<br>St. Thomas, VI 00802                  | 10/10/2003     | 10/9/2005  |
| Dr. Thomas G. Anderson         | Roy L Schneider Hospital<br>9048 Sugar Estate<br>St Thomas, VI 00802    | 4/15/2003      | 4/14/2005  |
| Dr. Angela W. Lui              | 9150 Estate Thomas<br>Ste A211 VI Med Foundation<br>St Thomas, VI 00802 | 1/15/2003      | 1/14/2005  |
| Dr. Brian Cheetham             | 9150 Estate Thomas<br>Ste A211 VI Med Foundation<br>St Thomas, VI 00802 | 1/15/2003      | 1/14/2005  |

Rev. 05/31/2005/SS

## **Recursos de Información y Educación para Proveedores**

### **RECURSOS DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA PROVEEDORES, SUPLIDORES Y MÉDICOS**

#### **Proveedores Afectados**

Todos los médicos, proveedores y suplidores de Medicare

#### **Acción Necesaria de Parte del Proveedor**

Este artículo es únicamente para información. La intención es avisarle a los médicos y otros proveedores de Medicare acerca de los recursos de información y de educación que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) desarrollaron para ayudarles con las necesidades de su negocio para cumplir con los requisitos de Medicare.

#### **Trasfondo**

Una de las metas de CMS es darle a los 1.2 millones de médicos y otros proveedores de Medicare la información que ellos necesitan para entender el programa, conocer sobre los cambios al programa y que facturen correctamente. Al hacer los recursos de información y educación fácilmente accesibles, comprensibles y tan oportunos como sea posible, los médicos y otros proveedores podrán someter reclamaciones correctamente la primera vez, recibir los reembolsos más rápidamente y pasarán menos tiempo manejando el papeleo. Todo esto puede resultar en mayor tiempo para dedicar al cuidado del paciente.

CMS está comprometido con cumplir este objetivo al ofrecerle a médicos y otros proveedores de Medicare una variedad de productos educativos y servicios y, al utilizar varios sistemas de distribución de información, alcanzar lo más adecuadamente posible a un público más amplio.

#### **Enfoque de Información y de Alcance al Proveedor**

CMS confía en los esfuerzos cooperativos de sus contratistas de Medicare, Oficinas Regionales y en el personal de comunicaciones

## **Information and Education Resources for Providers**

### **INFORMATION AND EDUCATION RESOURCES FOR MEDICARE PROVIDERS, SUPPLIERS, AND PHYSICIANS**

#### **Provider Types Affected**

*All Medicare physicians, providers, and suppliers*

#### **Provider Action Needed**

*This article is informational only and is intended to notify Medicare physicians and other providers about the information and education resources that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) have developed to help meet their Medicare business needs.*

#### **Background**

*One of the goals of CMS is to give Medicare's 1.2 million physicians and other providers the information they need to understand the program, be aware of changes, and bill correctly. By making information and education resources easily accessible, understandable, and as timely as possible, physicians and other providers will be better able to submit bills correctly the first time, receive reimbursements more quickly, and spend less time dealing with paperwork. All of this can result in more time to spend on patient care.*

*We are committed to accomplishing this goal by offering Medicare physicians and other providers a variety of educational products and services and using various information delivery systems to reach the broadest and most appropriate audiences possible.*

#### **Three-Pronged Provider Information and Outreach Approach**

*CMS relies on the cooperative efforts of its Medicare contractors, Regional Offices, and Central Office provider communications staff*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

a los proveedores de la Oficina Central para llevar información con fluidez y de alcance a médicos y otros proveedores de Medicare.

### 1. Contratistas de Medicare

Los contratistas de Medicare, conocidos también como intermediarios fiscales y contratistas, sirven como el primer punto de contacto para la mayoría de los médicos y otros proveedores de Medicare. Estos contratistas proveen líneas telefónicas libre de cargos para preguntas, llevan a cabo actividades de alcance y educación y a menudo interactúan con asociaciones profesionales locales. Sus actividades de alcance y educación incluyen seminarios en persona, boletines informativos, comunicados, conferenciantes y la disseminación rápida de información oportuna a través de sitios Web y listas electrónicas de servicio a proveedores específicos ("listservs").

Si tiene preguntas sobre el Programa Medicare, usted debe ponerse en contacto con su contratista primero. Puede llamar al 1-877-715-1921.

### 2. Oficinas Regionales de CMS

El personal de las Oficinas Regionales supervisa a los contratistas de Medicare y juega un papel clave en resolver asuntos que médicos y otros proveedores no consiguen resolver. Nuestras Oficinas Regionales están activas con las comunidades de médicos y otros proveedores en el ámbito nacional y local mediante sus relaciones con asociaciones nacionales y locales, los grandes agentes de facturación y a través de sus actividades de alcance. Algunas de estas actividades incluye: ser anfitriones de reuniones orientadas al proveedor y proveer oradores en conferencias profesionales.

Las Oficinas Regionales de CMS están localizadas en varios estados alrededor de la nación. Usted puede encontrar información sobre su contacto en: <http://www.cms.hhs.gov/about/regions/professionals.asp>

## Information and Education Resources for Providers

to deliver a seamless information and outreach approach to Medicare physicians and other providers.

### 1. Medicare Contractors

*Medicare contractors, also called fiscal intermediaries and carriers, serve as the primary point of contact for most Medicare physicians and other providers. These contractors provide toll-free telephone lines for inquiries, conduct outreach and education, and often interact with local professional associations. Their outreach and education activities include in-person seminars, bulletins and newsletters, speaker appearances, and quick dissemination of timely information via web sites and provider-specific electronic listservs (mailing lists).*

*If you have questions about the Medicare Program, you should first get in touch with your carrier at 1-877-715-1921.*

### 2. CMS Regional Offices

*Staff at CMS' Regional Offices provide oversight of Medicare contractors and play a key role in resolving issues that physicians and other providers cannot get resolved. Our Regional Offices are active with the physician and other provider communities at State and local levels through their relationships with State and local associations and big billers, and through outreach activities such as hosting provider-oriented meetings and furnishing speakers at professional conferences.*

*CMS Regional Offices are located at various locations around the country. You can find their contact information at: <http://www.cms.hhs.gov/about/regions/professionals.asp>*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### 3. Oficina Central de CMS en Baltimore, Maryland

El personal de Comunicaciones de la Oficina Central de CMS trabaja estrechamente con el personal del contratista de Medicare y de la Oficina Regional para asegurar que información y recursos coordinados de Medicare estén disponibles para todos los médicos y otros proveedores. Las prioridades primordiales de las actividades de educación y alcance de la Oficina Central de CMS dirigidas a las asociaciones nacionales son: uniformidad y conveniencia. Dado a los horarios ajetreados de los profesionales del cuidado médico de hoy, la mayoría de nuestras iniciativas actuales proponen fomentar un ambiente de autoservicio de manera que los médicos y otros proveedores puedan acceder información y educación 24 horas al día, 7 días de la semana. Como resultado, incrementamos significativamente el uso de la Red como una herramienta clave para el mejoramiento continuo del servicio al cliente.

Nuestros esfuerzos han resultado en una variedad de productos y servicios, tales como:

- **Artículos de “Medlearn Matters”** ~ Una de las mejores fuentes para la más reciente información de Medicare es “Medlearn Matters... Información para Proveedores de Medicare” artículos nacionales los cuales están disponibles en <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>. Estos artículos se diseñan para darle a los médicos y otros proveedores y a su personal, información fácil de comprender relacionada con las nuevas reglas y políticas de Medicare o las modificaciones a las mismas. Los artículos se escriben en consulta con clínicos y expertos en facturación y se enfocan en cómo los cambios a las reglas y políticas de Medicare afectan las funciones de negocio del médico y otros proveedores. En el sitio Web de “Medlearn Matters” usted encontrará una tabla en la que puede buscar

## Information and Education Resources for Providers

### 3. CMS Central Office in Baltimore, Maryland

*The provider communications staff at the CMS Central Office work closely with both Medicare contractor and Regional Office staff to ensure that consistent and coordinated Medicare information and resources are available to all physicians and other providers. Education and outreach activities from the CMS Central Office are generally targeted to national associations with consistency and timeliness as our top priorities. Given the hectic schedules of today's health care professionals, most of our current initiatives are aimed at fostering a “self-service” environment so that physicians and other providers can access information and education 24 hours a day, 7 days a week. As a result, we have significantly increased the use of the Internet as a key tool for continuous-improvement customer service.*

*Our efforts have resulted in a variety of products and services, such as:*

- **Medlearn Matters Articles** ~ One of the best sources for the latest Medicare information is “Medlearn Matters... Information for Medicare Providers” national articles, which are available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>. These articles are designed to give physicians and other providers and their staff easy to understand information related to new and recently changed Medicare rules and policies. The articles are written in consultation with clinicians and billing experts and focus on how these changes affect physician and other provider business functions. On the Medlearn Matters Web page, you'll find a searchable table for easy access to each

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

con facilidad cada artículo y las instrucciones correspondientes al Programa, si aplica. Usted puede unirse a la lista electrónica de servicio ("listserv") de "Medlearn Matters" para recibir notificación electrónica cuando se publican nuevos artículos. Los contratistas de Medicare también publican los artículos de "Medlearn Matters" en sus boletines y en sus sitios Web. Esta iniciativa de la Oficina Central sirve para realzar y apoyar los esfuerzos de los contratistas locales en la educación al proveedor al promover la disponibilidad de los nacionalmente uniformes materiales educativos.

- **Red de Aprendizaje de Medicare** ("Medicare Learning Network" (MLN, por sus siglas en inglés) ~ Los artículos de "Medlearn Matters" que se encuentran en la Red de Aprendizaje de Medicare son parte de un inventario más amplio de productos educativos para el médico y otros proveedores. La Red de Aprendizaje de Medicare es el nombre de marca para los productos educativos oficiales de CMS para los médicos y otros proveedores y se diseñó para promover la uniformidad nacional de la información desarrollada por iniciativas de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS). La gama de productos comprende desde cursos de adiestramiento basados en el Web, guías de adiestramiento comprensivo, folletos y hojas de datos para CD-ROMs y videos. Todos los productos de la MLN son gratuitos y pueden encargarse o transferirse los datos a un disco desde el sitio Web de "Medlearn" en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn>; del cual también se puede fácilmente acceder a otros recursos tales como guías educativas Web, listas electrónicas de servicio ("listservs") y páginas específicas del sitio Web para el proveedor. Coteje a menudo la dirección electrónica para los más recientes productos, recursos y enlaces orientados al proveedor.

## Information and Education Resources for Providers

*article and its corresponding Program instructions, if applicable. You can join the Medlearn Matters listserv to receive electronic notification when new articles are released. Medicare contractors also publish Medlearn Matters articles in their bulletins and on their web sites. This Central Office initiative serves to enhance and support contractors' local provider education efforts by promoting the availability of nationally consistent educational materials.*

- **Medicare Learning Network** ~ *The Medlearn Matters articles are part of a broader inventory of physician and other provider educational products found under the Medicare Learning Network. The Medicare Learning Network is the brand name for official CMS physician and other provider educational products and is designed to promote national consistency of Medicare provider information developed for CMS initiatives. Products range from web-based training courses, comprehensive training guides, brochures, and fact sheets to CD-ROMs and videos. All MLN products are free of charge and can be ordered or downloaded from the Medlearn Web page located at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn>, which also gives easy access to other resources such as educational web guides, electronic listservs, and provider-specific web pages. Check back often for the latest products, resources, and provider-oriented links.*

Cont. on next page



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- **Páginas Electrónicas de CMS para el Proveedor** ~ CMS diseñó páginas específicas en sitios Web para ayudar individualmente al médico y otros proveedores a obtener información relevante más rápidamente. Estos sitios Web están hechos a la medida y son una única estación basada en el recurso Web para el público proveedor, suplidor y médico. También incluyen los puntos más culminantes en artículos tales como nuevas regulaciones y temas de última hora, enlaces a información general sobre la contratación, facturación, requisitos de participación, publicaciones, educación, datos y estadísticas y enlaces para información de “especialidad”. Por ejemplo, el sitio Web de Medicare para el Médico en <http://www.cms.hhs.gov/physicians> incluye enlaces a otros sitios Web, tales como: Herramienta de Búsqueda del Manual de Tarifas Fijas de Médicos de Medicare, Iniciativa Nacional de Codificación Correcta, Junta Consultiva de Médicos en Práctica Activa, Equipo de Médicos Especializados en Asuntos Reglamentarios, Base de Datos de Cubiertas de Medicare y el Manual Electrónico de CMS. También tenemos sitios Web de Especialidades Médicas donde añadiremos continuamente enlaces de interés particular para las diferentes especialidades médicas. El primer sitio Web de Especialidad Médica, Información de Medicare para Anestesiólogos está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/physicians/anesthesiologist/default.asp>.
- **Desde el Portal de CMS en <http://www.cms.hhs.gov>**, usted puede acceder y seleccionar otras páginas de médicos y proveedores del menú de “Professionals”. Usted también puede ver una lista completa de sitios Web de proveedores y suplidores al marcar en: <http://www.cms.hhs.gov/providers> o <http://www.cms.hhs.gov/suppliers>. Todas las páginas tienen una sección de comentarios para que usted someta sugerencias electrónicamente. Estamos siempre añadiendo nuevas páginas, así que, coteje el sitio a menudo.

## Information and Education Resources for Providers

- **CMS Provider Web Pages** ~ CMS has designed provider-specific web pages to assist individual physician and other provider types in obtaining information relevant to them more quickly. These web pages are a customized, one-stop web-based resource for the provider, supplier, and physician audience that also includes highlights on items such as new regulations and hot topics, links to general information on enrollment, billing, conditions of participation, publications, education, data, and statistics, and links to “specialty” information. For example, the Medicare Physician Web Page at: <http://www.cms.hhs.gov/physicians> includes links to the Medicare Physician Fee Schedule Look-Up Tool, National Correct Coding Initiative edits, Practicing Physicians Advisory Council, Physicians Regulatory Issues Team, Medicare Coverage Database, and the CMS Online Manual. We also have Specialty Physician Web Pages where we will continue to add links of special interest to physician specialties. The first Specialty Physician Web Page, “Medicare Information for Anesthesiologists,” is available at: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/anesthesiologist/default.asp>
- From the CMS Home Page at <http://www.cms.hhs.gov>, you can access select physician and other provider pages from the “Professionals” drop-down menu. You can also see a complete listing of available provider and supplier web pages by clicking on <http://www.cms.hhs.gov/providers> or <http://www.cms.hhs.gov/suppliers>. All pages have a comment section for you to electronically submit suggestions. We are always adding new pages, so check the site often.

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

- **Otros sitios Web muy comunes con los Proveedores** ~ Además de las páginas ya mencionadas, otras páginas visitadas frecuentemente incluyen el sistema del Manual Electrónico de CMS en <http://www.cms.hhs.gov/manuals>; la Actualización Trimestral para el Proveedor (“Quarterly Provider Update”) en <http://www.cms.hhs.gov/providerupdate>, la cual enumera las regulaciones y políticas más notables bajo desarrollo durante el trimestre actual, regulaciones y políticas más notables completadas o canceladas, nuevas o revisadas e instrucciones del manual; el Portal de Cubiertas de Medicare en <http://www.cms.hhs.gov/coverage>, el cual incluye información completa sobre cubiertas y enlaces a la Base de Datos de Cubiertas de Medicare, las preguntas más frecuentes y listas de “¿Qué es lo Nuevo?”.
- **Mensaje de “Listserv”** ~ CMS tiene un número de “listservs” que difunden noticias y recordatorios importantes de Medicare a los suscriptores. Por ejemplo, los “listservs” se establecieron para la mayoría de los sitios Web específicos de proveedores. Así como también para las actualizaciones de la “Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003”, la Red de Aprendizaje de Medicare y la Actualización Trimestral para el Proveedor. Para ver y suscribirse a uno de estos “listserv”, por favor visite <http://www.cms.hhs.gov/maillinglists>.
- **Foro de Puertas Abiertas (“Open Door Forums”)** ~ CMS está muy interesado en oír de y en interactuar con los médicos y otros proveedores que prestan un cuidado médico de calidad a los beneficiarios de nuestro país. Continuamos enfatizando nuestra receptividad llevando a cabo una serie continua de Foros de Puertas Abiertas que proveen un ambiente para un diálogo interactivo. Altos oficiales de la Agencia

## Information and Education Resources for Providers

- **Other Popular Provider Web Pages** ~ *In addition to the pages mentioned above, other frequently visited pages include the CMS Online Manual System at <http://www.cms.hhs.gov/manuals>; the CMS Quarterly Provider Update at <http://www.cms.hhs.gov/providerupdate>, which gives a listing of regulations and major policies currently under development during the quarter, regulations and major policies completed or cancelled, and new or revised manual instructions; the Medicare Coverage Homepage at <http://www.cms.hhs.gov/coverage>, which contains complete coverage information including links to CMS coverage databases, frequently asked questions, and “What’s New” lists.*
- **Listserv Messages** ~ *CMS has a number of listservs that transmit important Medicare notices and reminders to subscribers. For example, listservs have been established for most provider-specific web pages as well as for updates on the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003, the Medicare Learning Network, and the Quarterly Provider Update. To view and subscribe to one or more listserv, please visit <http://www.cms.hhs.gov/maillinglists>.*
- **Open Door Forums** ~ *CMS is very interested in hearing from and interacting with the physicians and other providers who deliver quality health care to our nation’s beneficiaries. We continue to emphasize our responsiveness through an ongoing series of Open Door Forums that provide an environment for interactive dialogue. Forums are chaired by senior-level Agency officials and co-chaired by CMS Regional Office officials. For more information, please visit <http://www.cms.hhs.gov/opendoor>.*

Cont. on next page

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

presiden los foros y los co-presiden los oficiales de la Oficina Regional de CMS. Para más información, por favor visite <http://www.cms.hhs.gov/opendoor>.

- **Programa de Exhibidores “Exhibit Program”** ~ CMS patrocina exhibidores en las reuniones de asociaciones de proveedores, suplidores y médicos. El Programa de Exhibidores de CMS provee una oportunidad excelente para el personal de la sede de CMS y de la Oficina Regional de tener contacto directo con el proveedor, suplidor y la comunidad médica de Medicare para escuchar asuntos, inquietudes, debates y para compartir información oportuna y relevante. Si le interesa tener un exhibidor de CMS en su conferencia nacional, por favor contacte a David Clark en: [dclark@cms.hhs.gov](mailto:dclark@cms.hhs.gov).
- **Opiniones del Médico y Otros Proveedores** ~ Aunque tratamos lo mejor que podemos de ser receptivos a las necesidades educativas e informativas de las comunidades de médicos y otros proveedores de Medicare, no podemos hacerlo solos. Su opinión en la efectividad y utilidad de nuestros recursos educativos es muy importante para nosotros, ya que nos ayuda a asegurar que “lo estamos haciendo bien”. Por favor, envíe sus comentarios o sugerencias en <http://www.cms.hhs.gov/providers>, seleccione la plantilla azul localizada en la parte superior de la página. También hay un enlace de opinión/reacción en el sitio Web “Medlearn” para sus sugerencias e ideas para productos educativos nuevos en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/suggestform.asp>. Esperamos sus comentarios.

## Information and Education Resources for Providers

- **Exhibit Program** ~ CMS hosts exhibit booths at provider, supplier, and physician association meetings. The CMS Exhibit Program provides an excellent opportunity for CMS Central and Regional Office staff to have direct contact with the Medicare provider, supplier, and physician community to listen to issues, concerns, and challenges and to share timely and relevant information. If you are interested in having a CMS exhibit at your national conference, please contact David Clark at [dclark@cms.hhs.gov](mailto:dclark@cms.hhs.gov).
- **Physician and Other Provider Feedback** Although we try our best to be responsive to the Medicare physician and other provider community’s education and information needs, we can’t do it alone. Your feedback on the effectiveness and usefulness of our educational resources is very important to us as it helps ensure that we are “getting it right.” Please submit your comments or suggestions at <http://www.cms.hhs.gov/providers> by selecting “Feedback” from the blue template located at the top of the page. There is also a feedback link on the Medlearn Web Pages for your suggestions on new educational products at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/suggestform.asp>. We look forward to hearing from you.

MM SE0454 /September 13, 2004/ELS/Updated:May, 2005



## Recursos de Información y Educación para Proveedores

### ¿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.

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 relacionado 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

## Information and Education Resources for Providers

### 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.*

*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](http://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.*

## Recursos de Información y Educación para Proveedores

([www.triples-med.org](http://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.

## Information and Education Resources for Providers

*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 2003/DGE/Updated: May 2005

### ANUNCIO ESPECIAL A LA COMUNIDAD DE PROVEEDORES

Durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2005 celebraremos unas conferencias telefónicas tituladas "Pregúntele a su Contratista", donde discutiremos los siguientes temas:

**julio:**

- NPI (Identificador Nacional del Proveedor)
- Transición a EDS

**agosto:**

- Programa de Medicamentos Recetados
- Guía para completar el Formulario CMS 855

**septiembre:**

- Tarifas Fijas en CD-Rom

Las fechas y las horas se anunciarán a través del ListServ, la página electrónica y la remesa de pago.

¡Esperamos su participación!

### SPECIAL ANNOUNCEMENT TO THE PROVIDER COMMUNITY

*During the months of July, August and September 2005, we will hold an Ask the Contractor conference calls in which we will discuss the following topics:*

**July:**

- NPI (National Provider Identifier)
- Transition to EDS

**August:**

- Prescription Drug Plan
- Guide to Completing the CMS 855

**September:**

- Fee Schedule in CD-Rom

*Dates and time to be announce through ListServ, Website and Remittance Advice.*

*We look forward for your participation!*

Communications Office/dg-moa/June, 2005



# 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 of HIPAA Tests |
|--|---|--|------------------------|-----------------------------------|
| MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0) | -Visit/Consultation<br>-Laboratory Procedure<br>-Surgery Procedure  | PO Box 397<br>Manatí, PR 00674<br>787-854-8638<br>787-884-7214<br><a href="mailto:mass@coqui.net">mass@coqui.net</a><br><a href="mailto:mass@masspr.com">mass@masspr.com</a>   | 004010X098A1           | 11/14/2003                        |
| Medical Computer System (Medical Biller 7.0)               | -UPIN<br>-Visit/Consultation<br>-Diagnostic Test<br>-Laboratory Procedure   | 4 Calle Barcelona<br>Urb. Torrimar<br>Guaynabo, PR 00966<br>787-793-8833<br>Fax: 787-793-8299<br><a href="mailto:medbiller@coqui.net">medbiller@coqui.net</a>  | 004010X098             | 10/25/2002                        |
| Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)            | -Visit/Consultation<br>-Diagnostic Tests<br>-Referring Provider/UPIN<br>-Surgery Procedure<br>-Laboratory Procedure | PO Box 50335<br>Levittown, PR 00950<br>787-795-5072<br><a href="mailto:reinaldocrespo@structuredsystems.com">reinaldocrespo@structuredsystems.com</a>  | 004010X098A1           | 9/15/2003                         |
| TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)                             | -Visit/Consultation<br>-Diagnostic Tests<br>-Referring Provider/UPIN  | Box 1811<br>Arecibo, PR 00613<br>787-898-1437<br><a href="mailto:ciscar@caribe.net">ciscar@caribe.net</a>  | 004010X098A1           | 9/23/2003                         |
| CompuSoft de Puerto Rico                                   | -Laboratory Services  | Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C<br>Cabo Rojo, PR 00623<br>787-851-2867, 787-851-6320<br><a href="mailto:oficina@compusoftpr.com">oficina@compusoftpr.com</a>   | 004010X098             | 10/9/2002                         |
| Advance Data Support (MedOne 2.0)                          | -Visit/Consultation   | PO Box 8512<br>Bayamón, PR 00960<br>787-269-3830, 787-269-5620<br>787-841-0396<br><a href="mailto:michaelj@adspr.com">michaelj@adspr.com</a>   | 004010X098             | 10/11/2002                        |
| Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)                  | -Surgery<br>-Visit/Consultation<br>-Purchase Service<br>-Referring Provider   | PO Box 3226<br>Guaynabo, PR 00970<br>787-783-6102<br><a href="mailto:bmyassoc@prtc.net">bmyassoc@prtc.net</a><br><a href="mailto:blasmenz@prtc.net">blasmenz@prtc.net</a><br><a href="http://www.BlasMenendez.com">http://www.BlasMenendez.com</a> | 004010X098             | 11/6/2002                         |
| Air Information Systems (Medi+2000)                        | -Visit/Consultation<br>-Diagnostic Tests<br>-UPIN<br>-Ambulance   | PO Box 270152<br>San Juan, PR 00927-0152<br>787-590-3686, 787-793-0046<br>Fax: 787-749-0552<br><a href="mailto:air@puertorico.org">air@puertorico.org</a>  | 004010X098A1           | 9/15/2003                         |

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 of HIPAA Tests |
|--|---|--|------------------------|-----------------------------------|
| The Right Answer<br>(TRA Medical Billing System 5.0)           | -Emergency procedures<br>-Visit/Consultation<br>-UPIN Data<br>-Ambulatory Surgery<br>-Radiology Services<br>-Mammography Procedures<br>-Anesthesia Procedures<br>-Laboratory Services | PMB 396<br>405 Ave. Esmeralda, Suite #2<br>Guaynabo, PR 00969-3738<br>787-272-8787, 787-643-3738<br>FAX: 787-272-6106<br><a href="mailto:tracasc@prtc.net">tracasc@prtc.net</a>                          | 004010X098             | 4/15/2003                         |
| Lab Warehouse Inc.<br>(Best 2000)                              | -Laboratory Services  | 13 Calle 65 de Infantería<br>Esq. Calle Concordia<br>Lajas, PR 00667<br>787-899-2900<br><a href="mailto:labware@caribe.net">labware@caribe.net</a>   | 004010X098             | 4/16/2003                         |
| WebMD  | -Radiology Services<br>-UPIN  | WebMD Envoy<br>26 Century Blvd.<br>Nashville, TN 37214<br>877-469-3263<br>Contact: Lucy Savino<br><a href="mailto:LSavino@webmd.net">LSavino@webmd.net</a>   | 004010X098             | 6/30/2003                         |
| TekPro, Inc.<br>(MedicPro 3.5)                                 | -Visit/Consultation<br>-UPIN Data<br>-Physical Therapy<br>-Emergency procedures<br>-Radiology Services<br>-Anesthesia Procedures<br>-Laboratory Services<br>-Mammography Procedures   | Isabel Andreu Aguilar #103<br>Edif. Insuramerica Ste. 301<br>Hato Rey, PR 00925<br>787-753-1136, 787-753-1189<br>Fax: 787-763-1262<br><a href="mailto:tekpro@prtc.net">tekpro@prtc.net</a>               | 004010X098A1           | 9/23/2003                         |
| Lamars Computerized Services<br>(Control Total, Versión HIPAA) | -Laboratory Procedure<br>-UPIN  | Urb. La Cumbre<br>9 Kennedy St.<br>Río Piedras, PR 00926<br>787-720-9697<br>Fax: 787-272-5824<br><a href="mailto:lamars@centennialpr.net">lamars@centennialpr.net</a>                                    | 004010X098A1           | 9/15/2003                         |
| Computer Softek Inc.<br>(WinMBS 3.0)                           | -Visit/Consultation<br>-UPIN<br>-Surgery Procedure  | PO Box 190408<br>San Juan, PR 00919-0408<br>787-751-5196, 787-565-8514<br><a href="http://www.winmbs.com">www.winmbs.com</a><br><a href="mailto:softek@prtc.net">softek@prtc.net</a>                     | 004010X098             | 6/27/2003                         |
| JCL Systems, Inc.<br>(Med Center)                              | -Visit/Consultation<br>-Laboratory Procedure<br>-Surgery Procedure  | Box 144, 53 Ave. Esmeralda<br>Guaynabo, PR 00969<br>787-630-7881<br><a href="mailto:juliojclsys@hotmail.com">juliojclsys@hotmail.com</a><br><a href="mailto:research@jclsys.com">research@jclsys.com</a> | 004010X098A1           | 9/15/2003                         |
| Simplesoft PR Inc.<br>(Medical Orders System 2.1)              | -Visit / Consultation<br>-UPIN<br>-MSP Claims   | 210 Sol<br>San Juan PR 00901<br>787-696-4594<br><a href="mailto:simplesoft@hotmail.com">simplesoft@hotmail.com</a>   | 004010X098             | 7/28/2003                         |
| Royal Computer Systems Inc.<br>(MEDITRACK 1.0)                 | -Visit/Consultation<br>-Surgery Procedure   | Box 362863<br>San Juan, P.R.<br>787-764-8383, 787-251-4429<br><a href="mailto:emartinez@wns.net">emartinez@wns.net</a><br><a href="http://www.meditrak-pr.info">www.meditrak-pr.info</a>                 | 004010X098A1           | 10/6/2003                         |
| Health Computer Systems<br>(SAIL v.5.03)                       | -Visit/Consultation<br>-Anesthesia<br>-UPIN   | PO Box 270030<br>San Juan, PR 00927-0030<br>787-781-9868<br><a href="mailto:hcspr@att.net">hcspr@att.net</a><br><a href="http://www.hcspr.com">http://www.hcspr.com</a>                                  | 004010X098A1           | 10/15/2003                        |

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 of HIPAA Tests |
|--|---|--|------------------------|-----------------------------------|
| OFFI-PLUS, INC<br>(OFFI-MED 7.02)                                      | -Visit/Consultation<br>-Surgery   | PO Box 1132<br>Trujillo Alto, PR 00977-1132<br>787-283-0804<br>PCS 787-642-9035<br>FAX: 787-292-0222<br><a href="mailto:offiplus@prtc.net">offiplus@prtc.net</a><br><a href="mailto:offiplus@libertypr.net">offiplus@libertypr.net</a>   | 004010X098A1           | 10/15/2003                        |
| Aranay Interactive Systems<br>(InstantMed 7.0)                         | -Anesthesia Procedure<br>-UPIN  | 609 Miramar Ave. Suite 101<br>San Juan PR 00907<br>787-225-4466<br><a href="mailto:apinzon@aranay.com">apinzon@aranay.com</a>  | 004010X098A1           | 10/22/2003                        |
| Multi Soft Developers, MSD<br>(WABS MEDICAL BILLING)                   | -Radiology Services<br>-UPIN  | Ave. Americo Miranda #1110<br>San Juan, PR 00921<br>787 793-5725, 787 783-3266<br><a href="mailto:msdbrunet@msn.com">msdbrunet@msn.com</a><br><a href="mailto:brunet@caribe.net">brunet@caribe.net</a><br><a href="http://www.genius-msd.com">www.genius-msd.com</a>                                     | 004010X098A1           | 10/22/2003                        |
| Infomedika, Inc.<br>(IUHP ver. 3)                                      | -Visit/Consultation<br>-UPIN  | <a href="http://www.infomedika.com">http://www.infomedika.com</a><br><a href="mailto:ctorres@infomedika.com">ctorres@infomedika.com</a><br>787-620-2474  | 004010X098A1           | 10/22/2003                        |
| MCPC   | -Visit/Consultation<br>-UPIN  | 787-765-3638<br><a href="mailto:mcpc@medsev.biz">mcpc@medsev.biz</a>   | 004010X098A1           | 12/26/2003                        |
| Inmediata  | -Visit/Consultation   | 636 San Patricio Ave.<br>San Juan, PR 00920<br>787-774-6969 , (787) 277-0980<br><a href="mailto:sevelopez@inmediata.com">sevelopez@inmediata.com</a><br><a href="mailto:servicioalcliente@inmediata.com">servicioalcliente@inmediata.com</a><br><a href="http://www.inmediata.com">www.inmediata.com</a> | 004010X098A1           | 2/6/2004                          |
| Healthcare Automation<br>Services, Inc. (OMS 5.1)                      | -Visit/Consultation<br>-UPIN<br>-Physical Therapy<br>-Podiatry              | 140 South Long Beach Avenue<br>Ste 100, Freeport, NY 11520<br>(516) 868-9777<br>Fax (516) 868-9060,<br><a href="mailto:hcaincny@yahoo.com">hcaincny@yahoo.com</a>  | 004010X098A1           | 7/29/2004                         |
| Healthcare Informatics<br>Partners<br>(Medical Receivables v. A10d)    | -Radiology Services<br>-UPIN<br>-Visit/Consultation<br>-Cardiology Services | Condominio San Alberto<br>605 Ave. Condado, Suite 611<br>San Juan PR 00907-3811<br>787-721-0391<br>FAX 787-721-0417<br><a href="mailto:aperez@firstpointpr.com">aperez@firstpointpr.com</a>  | 004010X098A1           | 08/11/2004                        |
| Schuyler House<br>(SchuyLab 2.2.16)                                    | -Laboratory Services  | 1390 Boone Industrial Drive<br>Ste 115 Columbia, Mo;<br>1-888-724-8952, 573-499-1993<br>ext. 7101, FAX 573-499-1983<br><a href="mailto:sherri@schuylerhouse.com">sherri@schuylerhouse.com</a><br><a href="http://www.schuylerhouse.com">http://www.schuylerhouse.com</a>                                 | 004010X098A1           | 09/24/2004                        |
| McKesson Transactions<br>Solutions Hub                                 | -Visit/Consultation<br>-UPIN<br>-Ophthalmological<br>Services               | One Dubuque Building, Suite 500,<br>Dubuque, Iowa 52001<br>Main Fax Line (563-557-3334)<br>800-527-8133<br><a href="mailto:marvjo.vrotsos@mckesson.com">marvjo.vrotsos@mckesson.com</a>  | 004010X098A1           | 10/05/2004                        |
| Thoroughbred Software<br>International, Inc.<br>(RAMS Software v8.4.1) | -Visit/Consultation<br>-Cardiology Services<br>-Home Health Services        | 285 Davidson Ave, Suite 302<br>Somerset, NJ 08873<br>(732) 560-1377<br>Fax (732) 560-1594<br><a href="mailto:tbred@tbred.com">tbred@tbred.com</a>  | 004010X098A1           | 10/13/2004                        |

Updated: May, 2005/IV-Systems Dept.

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE ESTATUS DE RECLAMACIONES Y CÓDIGOS DE CATEGORÍA DE ESTATUS DE RECLAMACIONES

### Proveedores Afectados

Todo proveedor que somete transacciones de estatus de reclamaciones a contratistas de Medicare, incluyendo contratistas de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés), así como a Intermediarios Fiscales (FI, por sus siglas en inglés).

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo es un recordatorio referente a la actualización periódica de ciertos conjuntos de códigos utilizados como resultado de la Ley HIPAA. A partir del 1ro de julio de 2005 Medicare actualizará el sistema de procesamiento con los cambios realizados a las listas de Códigos de Estatus de Reclamaciones y Códigos de Categoría de Estatus de Reclamaciones, las cuales se publicarán junto con los códigos designados “nuevo a partir de octubre de 2004” y de fechas anteriores.

### Trasfondo

Bajo la Ley HIPAA, el conjunto de códigos que caracteriza una situación administrativa general, en lugar de una condición médica o servicio, se conoce como conjuntos de códigos “**no-clínicos**” o “**no-médicos**”.

Los Códigos de Estatus de Reclamaciones y de Categoría de Estatus de Reclamaciones se utilizan en la transacción 277, que es la transacción del estatus de una reclamación:

- Los códigos de la categoría del estatus de una reclamación indican el estatus general del pago de la reclamación.
- Los códigos del estatus de la reclamación proveen más detalles acerca del estatus comunicado en el código de categoría del estatus de la reclamación.

## CLAIMS STATUS CODE/CLAIMS STATUS CATEGORY CODE UPDATE

### Provider Types Affected

*All providers submitting Health Care Claim Status Transactions to Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Carriers (DMERCs), and Fiscal Intermediaries (FIs)*

### Provider Action Needed

*This is a reminder item regarding the periodic update of certain code sets used as a result of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Effective July 1, 2005, the Medicare Claims processing system will update its lists of Health Care Claims Status Codes and Health Care Claims Status Category Codes with all applicable code changes posted online with the “new as of 10/04” and prior date designations.*

### Background

*Under HIPAA, code sets that characterize a general administrative situation, rather than a medical condition or service, are referred to as **non-clinical** or **non-medical** code sets.*

*Claim Status Category Codes and Claim Status Codes are used in the Health Care Claim Status Response (277) transaction:*

- *Claim Status Category Codes indicate the general payment status of the claim.*
- *Claim Status Codes provide more detail about the status communicated in the general Claim Status Category Codes.*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Estos códigos están disponibles en el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>

## Información Adicional

La instrucción oficial relacionada a este cambio lo puede encontrar en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

En la página arriba indicada busque hacia abajo la columna de CR NUM. al lado derecho hasta encontrar el enlace para el CR 3715. Pulse el enlace para que pueda abrir y ver el archivo correspondiente a ese CR.

Si desea más información puede llamar al 1-877-715-1921.

*These codes are available online at: <http://www.wpc-edi.com/codes/Codes.asp>*

## Additional Information

*The official instruction issued regarding this change can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](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 3715. Click on the link to open and view the file for the CR.*

*If you have questions please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. 100-04 MCP/Trans. 490/CR-3715/03-04-2005/ff ab rrc

## PROCEDIMIENTO DE ACCESO PARA LA TRANSACCIÓN HIPAA 270/271

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) realizan cambios a su infraestructura de Tecnología Informática. Estos cambios están dirigidos a estandarizar el informe de elegibilidad de los beneficiarios de Medicare. El esfuerzo creará la base de datos e infraestructura necesaria para prever un informe de elegibilidad y respuesta que cumpla con transacciones HIPAA 270/271 en tiempo real.

Para más información sobre esta iniciativa, vaya a: [www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R565CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R565CP.pdf).

## ACCESS PROCESS FOR HIPAA 270/271

*The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) are making changes to its Information Technology infrastructure to address standards for Medicare beneficiary eligibility inquiries. This approach will create the necessary database and infrastructure to provide a centralized Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) compliant 270/271 health care eligibility inquiry and response in real-time.*

*For more on this initiative, please go to: [www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R565CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R565CP.pdf).*

CR3883/Transmittal 565/Pub. 100-04 MCP/May 20, 2005/ELS



# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

## ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE TAXONOMÍA PARA EL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE LA SALUD (HPTC POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) VERSIÓN 5.0

### Proveedores Afectados

Proveedores que le facturan a los contratistas, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERC por sus siglas en inglés).

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

CMS ha emitido un resumen de los cambios reflejados en la lista de Códigos de Taxonomía para el Proveedor de Servicios del cuidado de la Salud (HCPT por sus siglas en inglés), Versión 5.0. Los contratistas y DMERCs deben actualizar sus tablas de códigos HPTC con esta nueva versión a partir del 1 de abril de 2005.

### Lo que Necesita Saber

El *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA por sus siglas en inglés) requiere que la data sometida, que sea parte de un conjunto de códigos con un nombre establecido, sea data válida de ese conjunto de códigos. Reclamaciones que se acepten con data que no es válida, no estarán en cumplimiento.

### Lo que Necesita Hacer

Por favor, revise la información incluida y manténgase actualizado sobre los requisitos de la ley HIPAA para asegurarse de que su reclamación es procesada a tiempo.

### Trasfondo

Bajo la Ley HIPAA, los grupos de códigos que caracterizan una situación administrativa general, en vez de una condición médica o un servicio, se les conoce como conjuntos de códigos “*no-clínicos*” o “*no-médicos*”. El conjunto de códigos de Taxonomía para el Proveedor es un conjunto de data externa

## UPDATE TO THE HEALTHCARE PROVIDER TAXONOMY CODES (HPTC) VERSION 5.0

### Provider Types Affected

*Providers who bill Carriers including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs)*

### Provider Action Needed

*CMS has released the summary of changes reflected in the Health Care Provider Taxonomy Code (HCPT) list version 5.0. Medicare carriers and DMERCs will update their HPTC tables with this new version effective on April 1, 2005.*

### What You Need to Know

*The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires that submitted data, which is part of a named code set, be valid data from that code set. Claims accepted with invalid data are non-compliant.*

### What You Need to Do

*Please review the information included here and stay current on all HIPAA requirements to assure timely processing of your claims.*

### Background

*Under HIPAA, code sets that characterize a general administrative situation, rather than a medical condition or service, are referred to as **non-clinical** or **non-medical** code sets. The Provider Taxonomy code set is an external non-medical data code set designed*

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

**no-médica** diseñado para ser utilizado en la clasificación de los proveedores del cuidado de la salud de acuerdo al tipo de proveedor o la especialidad del profesional en un ambiente electrónico, específicamente dentro del Comité de Estándares de Acreditación (ASC por sus siglas en inglés) del Instituto Americano de Estándares Nacionales (ANSI por sus siglas en inglés).

La Ley HIPAA requiere que la data sometida, la cual es parte de un conjunto de códigos con un nombre establecido, debe ser data válida para ese conjunto de códigos. La taxonomía para el proveedor del cuidado de la salud es un conjunto de códigos con nombre establecido que forma parte de la guía de implementación de la transacción 837 profesional; por tanto, los contratistas deben validar los códigos de taxonomía que entran a su sistema utilizando sus tablas internas de HPTC.

Los HPTCs son actualizados dos veces cada año, en abril y en octubre. El resumen de los cambios para la Versión 5.0 está señalado en la tabla que sigue:

*for use in classifying health care providers according to provider type or practitioner specialty in an electronic environment, specifically within the American National Standards Institute (ANSI) Accredited Standards Committee (ASC) health care transaction.*

*HIPAA requires that submitted data, which is part of a named code set, must be valid data from that code set. The health care provider taxonomy is a named code set in the 837 professional implementation guide, thus carriers must validate the inbound taxonomy codes against their internal HPTC tables.*

*The HPTCs are updated twice per year, in April and October. The summary of changes for Version 5.0 is noted in the table below:*

| <b>Tipo de Cambio<br/>Type of Change</b>  | <b>Código de Valor de Taxonomía<br/>para el Proveedor<br/>Provider Taxonomy Value Code</b>   |
|---|--|
| <b>Adicionales<br/>Additions</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 390200000X</li> <li>▪ 261QM1103X</li> <li>▪ 291900000X</li> <li>▪ 332000000X</li> <li>▪ 341800000X</li> <li>▪ 3418M1120X</li> <li>▪ 3418M1110X</li> <li>▪ 3418M1130X</li> </ul> |
| <b>Revisiones<br/>Revisions</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 261QM1101X</li> <li>▪ 261QM1100X</li> <li>▪ 261QM1102X</li> <li>▪ 2865M2000X</li> <li>▪ 2865X1600X</li> <li>▪ 3416A0800X</li> <li>▪ 3416L0300X</li> <li>▪ 3416S0300X</li> </ul> |
| <b>Desactivaciones<br/>Inactivation</b><br><br>(serán eliminados en versiones futuras)<br>(will be deleted in future version) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2865C1500X</li> </ul>   |

Cont. on next page

# Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

La lista de códigos de HPTC está disponible en dos formatos del Washington Publishing Company: <http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy>.

- Una archivo gratis en formato PDF, o
- Una representación electrónica de la lista, la cual facilitará cargar el archivo del conjunto de códigos automáticamente. Esta versión está disponible para la venta.

## Información Adicional

La instrucción oficial emitida con respecto a este cambio puede obtenerse en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

En la página arriba indicada, busque hacia abajo refiriéndose a la columna del CR NUM., la cual está localizada a la derecha, hasta que encuentre el enlace del CR 3716. Pulse el enlace para abrir y ver el archivo para ese CR.

Si tiene alguna pregunta con respecto a este asunto, puede también comunicarse con nosotros al 1-877-715-1921.

*The HPTC code list is available in two forms from the Washington Publishing Company: <http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy>*

- *A free Adobe PDF download or*
- *An electronic representation of the list which will facilitate automatic loading of the code set. This version is available for purchase.*

## Additional Information

*The official instruction issued regarding this change can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](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 link for CR-3716. Click on the link to open and view the file for the CR.*

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

Pub. 100-04 Medicare Claims Processing/Trans. 479/CR3716/  
02-18-2005/ff/ab/rrc

## Política Médica

### BOMBAS DE INFUSIÓN: NIVELES DE PÉPTIDO C COMO UN CRITERIO DE UTILIZACIÓN

**Nota:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 25 DE ABRIL DE 2005 PARA REFLEJAR QUE LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO CORRECTOS SON: 250.00 - 250.93.

#### Proveedores Afectados:

Médicos, suplidores y proveedores que presten servicios de infusión continua de insulina subcutánea, que proveen medicamentos y suministros relacionados al tratamiento en el hogar de pacientes diabéticos y que facturan al contratista o a los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor:

Este artículo y el CR 3705 relacionado añade la prueba de anticuerpos de células beta a modo de una alternativa diagnóstica como lo indica el requisito actualizado de la prueba de Péptido-C para el uso de bombas de infusión insulínica para servicios prestados a partir del 17 de diciembre de 2004.

#### Lo Que Necesita Saber:

Proveedores/suplidores que atienden a pacientes diabéticos de Medicare con bombas de infusión deben estar conscientes de esta nueva política de cubierta de Medicare.

#### Lo Que Necesita Hacer:

Asegúrese de que su equipo de trabajo está debidamente enterado de esta nueva cubierta y de que éstos facturen de acuerdo a la información que se provee en este artículo.

#### Trasfondo:

El 26 de agosto de 1999 los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron el primer memorando de decisión (DM, por sus siglas en inglés) para bombas de infusión insulínica subcutánea y continua (CSII por sus siglas en inglés) que utilizaba la prueba de Péptido-C como un requisito de cubierta de Medicare para la terapia de bomba de CCII. El 11

## Medical Policy

### INFUSION PUMPS: C-PEPTIDE LEVELS AS A CRITERION FOR USE

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON APRIL 25, 2005 TO SHOW THAT THE CORRECT DIAGNOSIS CODES ARE 250.00-250.93.

#### Provider Types Affected:

*Physicians, suppliers, and providers providing continuous subcutaneous insulin infusion and related drugs/supplies in the treatment of diabetic patients in the home setting and billing Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (FIs).*

#### Provider Action Needed:

*This article and related CR 3705 adds beta cell autoantibody testing as an alternative diagnostic per the updated C-peptide testing requirement for the use of insulin infusion pumps, effective for services performed on or after December 17, 2004.*

#### What You Need to Know:

*Providers/suppliers treating Medicare diabetic patients with infusion pumps should be aware of this new Medicare coverage policy.*

#### What You Need to Do:

*Ensure that your staff is aware of this new coverage and that they bill according to the information in this article.*

#### Background:

*On August 26, 1999, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued the first decision memorandum (DM) for continuous subcutaneous insulin infusion pumps (CSII) that utilized a C-peptide testing requirement for Medicare coverage of CSII pump therapy. On May 11, 2001, CMS issued a second DM for insulin pump: "C-Peptide*

Cont. on next page



## Política Médica

de mayo de 2001 CMS emitió un segundo DM para las bombas insulínicas: “**Los Niveles de Péptido-C Como un Criterio de Utilización**” y el 1ro de enero de 2002 CMS revisó los valores de laboratorio para el requisito de la prueba de Péptido C en la cubierta de Medicare para la terapia de bomba de CCII.

Para servicios prestados a partir del 17 de diciembre de 2004, además de cumplir con los criterios A o B, el beneficiario con diabetes debe ser **insulinopénico** como lo indica el requisito de la prueba de péptido en ayuna o, como una alternativa, debe ser positivo al anticuerpo de células beta. Insulinopenia se define como un nivel de Péptido-C en ayuna que es menor o igual al 110% del límite normal más bajo del método de medida que utiliza el laboratorio.

Para pacientes con insuficiencia renal y una depuración de creatinina (real o calculada basada en edad, género, peso y creatinina sérica) igual o menor a 50ml/minuto, la insulinopenia se define como un nivel de Péptido-C en ayuna que es menor o igual al 200% del límite normal más bajo del método de medida que utiliza el laboratorio. CMS establece que los niveles de Péptido-C en ayuna sólo se considerarán válidos cuando se obtiene concurrentemente una glucosa en ayuna de < 225 mg/dL.

Documentar los niveles una sola vez en el expediente médico del paciente es suficiente.

La cubierta continuará para todos los demás usos del CSII que cumplen con los requisitos de la reglamentación para los ensayos clínicos de la Categoría B IDE (42 CFR 405.201), o con la del costo de rutina bajo la política de ensayos clínicos (Manual de Medicare NCD, Capítulo 1, Parte 4, Sección 310.1).

Aquellos que facturen por estos servicios deben tener en cuenta que los contratistas e intermediarios de Medicare aceptarán los códigos CPT **84681** (Péptido-C) ó **86337** (anticuerpos insulínicos) cuando los códigos de diagnósticos **250.00-250.93** se facturen en la misma reclamación para servicios prestados a partir del 17 de diciembre de 2004.

## Medical Policy

*Levels as a Criterion for Use,” and on January 1, 2002, CMS revised the laboratory value for the C-peptide testing requirement for Medicare coverage of CSII pump therapy.*

*Effective for services performed on or after December 17, 2004, in addition to meeting criterion A or B, the beneficiary with diabetes must be **insulinopenic** per the fasting C-peptide testing requirement or, as an alternative must be beta cell autoantibody positive. Insulinopenia is defined as a fasting C-peptide level that is less than or equal to 110% of the lower limit of normal of the laboratory’s measurement method.*

*For patients with renal insufficiency and a creatinine clearance (actual or calculated from age, gender, weight, and serum creatinine) <50 ml/minute, insulinopenia is defined as a fasting C-peptide level that is less than or equal to 200% of the lower limit of normal of the laboratory’s measurement method. CMS establishes that fasting C-peptide levels will only be considered valid when a concurrently obtained fasting glucose is <225 mg/dL.*

*Levels need only be documented once in the patient’s medical records.*

*Coverage of all other uses of CSII that adheres with the Category B IDE clinical trials regulation (42 CFR 405.201) or routine cost under the clinical trials policy (Medicare NCD Manual Chapter 1, Part 4, Section 310.1) will continue.*

*Those billing for these services should note that Medicare carriers/intermediaries will accept, effective for services on or after December 17, 2004, CPT code 84681 (C-peptide) or CPT code 86337 (insulin antibodies) when diagnosis codes 250.00-250.93 are also reported on a claim.*

Cont. on next page

## Política Médica

### Información Adicional

La instrucción oficial enviada por Medicare para los contratistas referente a este cambio se puede encontrar en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Una vez en esa página web, busque el CR 3705 en la columna de CR. NUM. a la derecha, y pulse el enlace de ese CR.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

## Medical Policy

### Additional Information

The official instruction issued to your Medicare carrier/intermediary regarding this change may be found by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR 3705 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Pub. 100-04 MCP/Trans. 27 & 513/CR3705/03-30-2005/ff ab/rc

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SER SOMETIDA PARA PROPÓSITOS DE REVISIÓN MÉDICA

### Servicios de Evaluación y Manejo

Provea las notas de progreso correspondientes a la fecha del servicio que se está solicitando para facturación y cualquier otra información adicional que deba tomarse en consideración para determinar el nivel de servicio que se facturó.

### Servicios de Psicoterapia

Provea las notas de progreso que incluyan la evidencia de la modalidad de psicoterapia utilizada, el tiempo de duración de la sesión de tratamiento, como se utilizó la modalidad para el tratamiento de los pacientes con diagnóstico y la frecuencia de la sesión del tratamiento.

### “Duplex Scan”

Provea el referido o la orden médica para el estudio. El referido u orden deben contener un resumen de los hallazgos clínicos que justifiquen el estudio. Los siguientes son ejemplos de estudios realizados: formas de banda, gráficas, reproducción, resultado e interpretación del estudio.

## DOCUMENTATION THAT SHOULD BE PROVIDED FOR MEDICAL REVIEW PURPOSES

### Evaluation and Management Services

Provide the clinical note corresponding to the date of service been billed and any additional documentation that should be taken in consideration of the level of service billed.

### Psychotherapy Services

Provide the clinical note containing the evidence of the psychotherapy modality used, the time of duration of the treatment session, how the modality was used for the treatment of the patient's diagnosis and the frequency of the treatment session. You also can provide the treatment plan. You must not provide the psychotherapy note containing the patient's inner-most thoughts because this is privileged information and must be kept apart from the clinical note.

### Duplex Scan

Provide the referral or medical order for the study. The referral or order must contain a summary of the clinical findings that justified the study. Evidence of the study performed e.g. wave forms, graphs, tracing, etc. The result and interpretation of the study.

Cont. on next page

## Política Médica

### Terapia Física

Provea el plan de tratamiento. Someta la documentación de la modalidad terapéutica utilizada para la fecha de servicio reclamada. Esta documentación debe indicar el tiempo de duración del servicio o sesión terapéutica.

#### “External Counter Pulsation”

Provea las notas de progreso con la documentación de los hallazgos que justifiquen la necesidad médica establecida por el NCD (National Coverage Determination, por sus siglas en inglés) bajo esta materia o tema. Por otro lado, también debe someter la documentación en donde se describe el procedimiento del “External Counter Pulsation”.

### MANEJO DEL PLAN DE CUIDADO

#### G0180: Certificación del Médico

Provea copia de la documentación donde se certifique la necesidad o donde esté certificada la necesidad de cuidado en el hogar del beneficiario por un período de sesenta días.

#### G0181: Supervisión Médica de un paciente bajo el cuidado de una agencia de salud en el hogar

Se debe proveer la documentación que resuma las actividades de supervisión efectuadas durante un período de treinta días. La documentación sometida debe contar por lo menos con treinta minutos del tiempo utilizado por el médico durante las actividades de supervisión.

#### G0179: Servicios de Recertificación Médica

Deberá proveer la documentación que sustente la necesidad para otro período de sesenta días de cuidado en el hogar para el beneficiario con el plan de tratamiento revisado y firmado por el médico.

#### Servicios de Artrocentesis facturado con el modificador 25

Deberá proveer las notas de progreso del servicio de evaluación y manejo prestado.

También debe proveer las notas de progreso del procedimiento que describe el método llevado a cabo, la medicación y la dosis que fue administrada.

## Medical Policy

### Physical Therapy

*Submit the treatment plan. Submit documentation of the therapeutic modality used for the date of service billed. This documentation must indicate the time of duration of the therapeutic service.*

#### External Counter Pulsation

*Submit the clinical note with the documentation of the clinical findings justifying the medical necessity as established by the NCD on this subject. Also provide the documentation describing the procedure of external counter pulsation.*

### CARE PLAN OVERSIGHT

#### G0180: Physician Certification

*Provide copy of the document certifying the need of home care of the beneficiary for a period of sixty days.*

#### G0181: Physician Supervision of a patient under the care of a home health agency

*You must provide documentation that summarizes the activities of supervision performed during a 30-day period. The documentation provided must account for at least 30 minutes of time spent by the physician in the supervision activities.*

#### G0179: Physician Recertification Services

*You must provide the documentation that sustains the need for another sixty days of home care for the beneficiary with the revised treatment plan signed by the physician.*

#### Arthrocentesis plus EM services billed with modifier 25

*You must provide the clinical note of your evaluation and management service. You must also provide the procedure note that describes the procedure performed, and the medication and dosage that was administered.*

JSP-168

## Política Médica

### VISITAS HOSPITALARIAS INICIALES Y SUBSIGUIENTES

Las visitas hospitalarias iniciales (Códigos CPT 9921-99223) y aquellas subsiguientes (Códigos de CPT 99231-99233) fueron los conjuntos de códigos pagados bajo el margen de error más alto por este Contratista para el año fiscal 2004. Cuando establecimos un análisis más detallado de la data obtenida del CERT (Comprehensive Error Rate Testing, por sus siglas en inglés), demostró que un 55.5% de los servicios que fueron utilizados como muestras por el Contratista CERT para visitas hospitalarias iniciales fueron pagados por error y por visitas hospitalarias subsiguientes 37.5% de las reclamaciones fueron pagadas por error. Cuando hicimos el análisis para determinar las causas de estos errores dentro de los conjuntos de códigos, encontramos lo siguiente: 51.46% de las reclamaciones pagadas por error fueron debido a que el servicio no estaba correctamente codificado, 29.13% de las reclamaciones pagadas por error fueron debido a la falta de documentación y la tercera causa más común de pago por error fue debido a que el proveedor sometió documentación incorrecta. Este último representó un 8.74% de las reclamaciones pagadas por error.

Como esfuerzo para disminuir el nivel de reclamaciones pagadas por error, queremos enfatizar los siguientes aspectos de la documentación:

1. Para poder facturar los códigos CPT (Current Procedure Terminology, por sus siglas en inglés) bajo cuidado hospitalario inicial se requiere documentar todos los tres componentes claves que existen: historial, examen físico y la toma de decisión médica.
2. Para poder facturar el nivel de servicio correcto se requieren las guías de documentación para Evaluación y Manejo de CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services, por sus siglas en inglés). Puede hacer referencia a nuestro boletín informativo resumiendo las guías que CMS establece para Evaluación y

## Medical Policy

### INITIAL AND SUBSEQUENT HOSPITAL VISITS

*Initial hospital visits (CPT codes 99221-99223) and subsequent hospital visits (CPT-codes 99231-99233) were the family of codes paid in the highest error by this Carrier for fiscal year 2004. When we perform a deeper analysis of the CERT data, it shows that 55.5% of the services sampled by the CERT contractor for Initial hospital visits were paid in error, and for subsequent hospital visits 37.5% of the claims were paid in Error. When we did analysis to determine the causes of these errors for these families of codes, we saw the following findings 51.46% of the claims in error were due to the service been incorrectly coded 29.13% of the claims in error were due to insufficient documentation and the third most common cause of error was that the provider gave improper documentation, this error represented 8.74% of the claims paid in error.*

*In our effort to diminish the rate of claims paid in error we want to emphasize the following aspects of documentation:*

1. *To bill the CPT codes for initial hospital care you must document all of the three key components: History, physical examination and medical decision making.*
2. *To bill the correct level of service you must follow CMS evaluation and management documentation guidelines. You can make reference to our special bulletin summarizing CMS Evaluation and Management Guidelines. Also use the instrument provided with the bulletin that*

Cont. on next page



## Política Médica

Manejo. También, puede utilizar el instrumento provisto con el boletín que resume las categorías de documentación que deben de ser sometidas como evidencia bajo las observaciones clínicas para cada uno de los aspectos claves (historial, examen físico y la toma de decisión médica) como está requerido en el CPT para cada uno de los códigos de cuidado hospitalario inicial.

3. Para cuidado hospitalario subsiguiente se requiere documentar como mínimo dos de los tres elementos claves bajo la categoría correspondiente de documentación para poder facturar este conjunto de códigos (CPT 99231-99233Z).
4. Se requiere que la documentación sea adecuada para el nivel de servicio correspondiente. Recuerde que los requisitos de documentación de CMS aumentan mientras más altas sean las categorías de servicio; Favor de hacer referencia a nuestro boletín informativo sobre las Guías de Evaluación y Manejo.
5. Se requiere que la documentación sea legible y que tenga incluida toda la data de identificación. Durante el proceso de revisión médica muchas de las reclamaciones se denegaron por falta de documentación. La documentación debe incluir la siguiente información: fecha de servicio, identificación del beneficiario y del proveedor que prestó el servicio.
6. El Contratista CERT recibe muchas cartas de proveedores solicitando que la documentación requerida para procesar la reclamación sea exigida a la institución hospitalaria donde se prestaron los servicios. Este tipo de documentación es considerada inexacta bajo Medicare y el dinero para dichos servicios fue recobrado por la falta de documentación. Bajo la reglamentación de Medicare, los expedientes médicos pueden ser solicitados para un procesamiento de pre-pago y post-pago por el Contratista. Es la responsabilidad del individuo o grupo que sometió la

## Medical Policy

*summarized the category of documentation that must be evidenced in the clinical note for each of the key aspects (History, physical and medical decision making) as required in the CPT for each of the different codes for initial hospital care.*

3. *For subsequent hospital care you must document at least two out of the three key elements at the corresponding category of documentation to be able to bill this family of codes (CPT 99231-99233).*
4. *The documentation must be adequate for the corresponding level of service. Remember CMS documentation requirements increase as you bill codes corresponding to higher categories of service; please make reference to our special bulletin on EM guidelines.*
5. *Documentation must be legible and must contain all identifying data. During the medical review process many claims were denied due to insufficient documentation. Documentation must be legible and must contain the date of service and it must unequivocally identified the beneficiary who received the service and the physician who provided the service.*
6. *Many providers send to the CERT contractor letters telling the CERT contractor to request the documentation of the services to the hospital or institution where the services were rendered. This is considered improper documentation by Medicare and the money for those services was recoup due to lack of documentation. Under Medicare rules medical records may be requested for pre-payment processing by the Carrier, or for post payment processing by the*

Cont. on next page

## Política Médica

reclamación de obtener y someter la documentación completa del expediente médico que ayuda a fundamentar la reclamación que está pendiente de su procesamiento. Las responsabilidades del individuo o grupo que han sometido las reclamaciones son las siguientes: obtener y someter toda la documentación completa del expediente médico y obtener y copiar los expedientes médicos que son mantenidos en la facilidad; ejemplo: centro de cuidado para envejecientes e institución hospitalaria.

Finalmente, queremos exhortar a la comunidad de proveedores que se orienten en cuanto a las guías y códigos de procedimiento que actualmente se utilizan como referencia para ayudar a los médicos, profesionales de la salud, entidades y suplidores facturar correctamente los servicios prestados. Estas referencias son las siguientes: Guías de Evaluación y Manejo y los libros de CPT (Current Procedure Terminology, por sus siglas en inglés) y HCPCS (Healthcare Common Procedure Coding System, por sus siglas en inglés).

## Medical Policy

*Carrier or the CERT contractor. It is the responsibility of the individual or group that filed the claims to obtain and submit the complete medical record documentation that supports the claim in question. This responsibility includes obtaining and copying the medical records that are maintained at a facility; e.g., nursing facility, hospital facility.*

*Finally, we want to exhort the physician community to get familiarized with CMS EM guidelines, the CPT and the HCPCS Level II coding books because these are the references that will help the physician to correctly bill their services.*

JSP-163/JLS/Evaluation

## REVISIONES - VACUNAS DE INFLUENZA Y NEUMOCOCO / FACTURACIÓN CENTRALIZADA

La facturación centralizada es un procedimiento en el que un proveedor que presta servicios de inmunización en masa para la administración de las vacunas de influenza y neumococo (PPV por sus siglas en inglés) puede enviar todas estas reclamaciones a un solo contratista para su pago, irrespectivo a la localidad geográfica en que se administró la vacuna. (El procedimiento no le aplica a las reclamaciones que le corresponden a la Junta de Retiro Ferroviario, Unión de Trabajadores Mineros o al *Indian Health Services*. Estas se deben seguir sometiendo a la entidad de procesamiento apropiada.) El procedimiento de facturación centralizada está disponible solamente para las reclamaciones de las vacunas de influenza y neumococo (PPV) y su administración. El pago por la administración de las vacunas está sujeto a

## FLU AND PNEUMOCOCCAL IMMUNIZATIONS - REVISIONS / CENTRALIZED BILLING

*Centralized billing is a process in which a provider, who provides mass immunization services for influenza and Pneumococcal (PPV) immunizations, can send all claims to a single carrier for payment regardless of the geographic locality in which the vaccination was administered. (This does not include claims for the Railroad Retirement Board, United Mine Workers or Indian Health Services. These claims must continue to go to the appropriate processing entity.) This process is only available for claims for the flu and PPV vaccines and their administration. The administration of the vaccinations is reimbursed at the assigned rate based on the*

Cont. on next page

## Política Médica

la aceptación de la asignación de Medicare y está basado en las tarifas fijas de Medicare para médicos según la localidad geográfica. Las vacunas también están sujetas a la aceptación de la asignación y se pagan utilizando el método estándar para el reembolso de medicamentos y biológicos.

Los individuos y las entidades interesados en la facturación centralizada deben comunicarse por escrito con las oficinas centrales de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) no más tarde del 1ro de junio del año en que desean comenzar con este procedimiento. La comunicación deberá estar dirigida a la siguiente dirección:

### Centers for Medicare & Medicaid Services

Division of Practitioner Claims Processing  
Provider Billing and Educational Group

7500 Security Boulevard  
Mail Stop C4-12-18  
Baltimore, Maryland 21244

Al entrar en el acuerdo para participar en el programa de facturación centralizada, los proveedores se comprometen a cumplir con los siguientes criterios:

#### CRITERIOS PARA LA FACTURACIÓN CENTRALIZADA

- Para cualificar para la facturación centralizada, un individuo o una entidad que provee servicios de inmunización para la influenza o para la pulmonía debe prestar estos servicios en por lo menos 3 localidades de pago diferentes en las cuales existen por lo menos tres contratistas diferentes procesando reclamaciones.
- Los individuos y entidades que proveen la vacuna y su administración deberán estar debidamente licenciados en el estado en el que prestarán estos servicios.
- Los que facturen de manera centralizada (facturadores centralizados) deberán comprometerse a aceptar la asignación. O sea, deberán aceptar la cantidad que Medicare

## Medical Policy

*Medicare physician fee schedule for the appropriate locality. The vaccines are reimbursed at the assigned rate using the Medicare standard method for reimbursement of drugs and biologicals.*

*Individuals and entities interested in centralized billing must contact CMS central office (CO), in writing, at the following address by June 1 of the year they wish to begin centrally billing:*

*By agreeing to participate in the centralized billing program, providers agree to abide by the following criteria:*

#### CRITERIA FOR CENTRALIZED BILLING

- *To qualify for centralized billing, an individual or entity providing mass immunization services for flu and pneumonia must provide these services in at least three payment localities for which there are at least three different carriers processing claims.*
- *Individuals and entities providing the vaccine and administration must be properly licensed in the State in which the immunizations are given.*
- *Centralized billers must agree to accept assignment (i.e., they must agree to accept the amount that Medicare pays for the vaccine and the administration).*

Cont. on next page

## Política Médica

paga por la vacuna y su administración. Debido a que no se aplica coaseguro ni deducible al beneficio de la vacuna de influenza y del neumococo, aceptar la asignación significa que a los beneficiarios de Medicare no se les puede cobrar por la vacunación. En otras palabras, no deberán incurrir en desembolsos. Por ejemplo, una farmacia no puede cobrarle \$10 a un beneficiario de Medicare para luego darle un cupón válido por \$10 a ser utilizado en la farmacia. Esta práctica es inaceptable.

- El contratista asignado a procesar reclamaciones para la facturación centralizada se escoge a la discreción de CMS basado en consideraciones tales como, carga de trabajo, aplicaciones de facturación para computadoras fáciles de usar y desarrolladas por el contratista y sus ejecutorias en general. El contratista asignado este año es TrailBlazer Health Enterprises.
- Los pagos por la administración de las vacunas están basados en las tarifas fijas de Medicare para médicos según el año y la localidad geográfica en la que se prestó el servicio. Por lo tanto, los pagos pueden variar de acuerdo al año en el que se prestó el servicio y su lugar geográfico. Los pagos se hacen por la cantidad asignada de Medicare.
- Las tarifas de las vacunas también están sujetas a la cantidad asignada de Medicare y se pagan utilizando el método estándar para el reembolso de medicamentos y biológicos.
- Los facturadores centralizados deben someter sus reclamaciones en facturas simplificadas (*roster bill*) y en un formato estándar aprobado de reclamaciones por medios electrónicos. No se aceptarán reclamaciones en papel.
- Los facturadores centralizados deberán obtener cierta información de cada beneficiario. Esto incluye el nombre, número del seguro de salud, fecha de nacimiento, género y su firma. Además, deberán comunicarse con TrailBlazer Health Enterprises antes del comienzo de la

## Medical Policy

*Since there is no coinsurance or deductible for the flu and PPV benefit, accepting assignment means that Medicare beneficiaries cannot be charged for the vaccination, i.e., beneficiaries may not incur any out-of-pocket expense. For example, a drugstore may not charge a Medicare beneficiary \$10 for an influenza vaccination and give the beneficiary a coupon for \$10 to be used in the drugstore. This practice is unacceptable.*

- *The carrier assigned to process the claims for centralized billing is chosen at the discretion of CMS based on such considerations as workload, user-friendly software developed by the contractor for billing claims, and overall performance. The assigned carrier for this year is TrailBlazer Health Enterprises.*
- *The payment rates for the administration of the vaccinations are based on the Medicare physician fee schedule (MPFS) for the appropriate year. Payment made through the MPFS is based on geographic locality. Therefore, payments received may vary based on the geographic locality where the service was performed. Payment is made at the assigned rate.*
- *The payment rates for the vaccines are determined by the standard method used by Medicare for reimbursement of drugs and biologicals. Payment is made at the assigned rate.*
- *Centralized billers must submit their claims on roster bills in an approved Electronic Media Claims standard format. Paper claims will not be accepted.*
- *Centralized billers must obtain certain information for each beneficiary including name, health insurance number, date of birth, sex, and signature. TrailBlazer Health Enterprises must be contacted prior to the season for exact requirements.*

Cont. on next page



## Política Médica

temporada de inmunización para los requisitos exactos. Es responsabilidad del facturador centralizado someter la información correcta del beneficiario de Medicare, que incluye el número de reclamación de Medicare, ya que el contratista no podrá procesar reclamaciones incompletas o incorrectas.

- Los facturadores centralizados deberán obtener una dirección de cada beneficiario para que el contratista le pueda enviar un resumen de Medicare. A veces los beneficiarios se confunden cuando reciben un resumen de Medicare de parte de un contratista que no es el que normalmente procesa sus facturas y esto tiene como resultado que se generen preguntas innecesarias al contratista. Por lo tanto, los facturadores centralizados deberán proveerle a cada beneficiario que reciba una vacuna de influenza o de neumococo (PPV), el nombre del contratista que procesará las reclamaciones. Este aviso deberá estar por escrito en forma de panfleto o boletín y se le debe proveer a cada beneficiario al momento de recibir la vacuna.
- Los facturadores centralizados deberán retener en el lugar en el que están localizados permanentemente las facturas simplificadas con las firmas de los beneficiarios por un período que esté de acuerdo a la reglamentación de Medicare. TrailBlazer Health Enterprises le puede proveer esta información.
- Aunque los facturadores centralizados tengan un número de proveedor de Medicare, estos además, deberán obtener un número de proveedor de parte de TrailBlazer Health Enterprises para propósitos de la facturación centralizada. Esto se puede hacer llenando formulario CMS-855 (Solicitud de Suscripción del Proveedor) el cual se puede obtener por medio de TrailBlazer Health Enterprises.
- De aprobársele la solicitud de facturación centralizada a un individuo o a una entidad, la aprobación se limitará al período de 12 meses desde el 1 de septiembre al 31 de agosto del

## Medical Policy

*The responsibility lies with the centralized biller to submit correct beneficiary Medicare information (including the beneficiary's Medicare Health Insurance Claim Number) as the carrier will not be able to process incomplete or incorrect claims.*

- *Centralized billers must obtain an address for each beneficiary so that a Medicare Summary Notice (MSN) can be sent to the beneficiary by the carrier. Beneficiaries are sometimes confused when they receive an MSN from a carrier other than the carrier that normally processes their claims which results in unnecessary beneficiary inquiries to the Medicare carrier. Therefore, centralized billers must provide every beneficiary receiving an influenza or PPV vaccination with the name of the processing carrier. This notification must be in writing, in the form of a brochure or handout, and must be provided to each beneficiary at the time he or she receives the vaccination.*
- *Centralized billers must retain roster bills with beneficiary signatures at their permanent location for a time period consistent with Medicare regulations. TrailBlazer Health Enterprises can provide this information.*
- *Though centralized billers may already have a Medicare provider number, for purposes of centralized billing, they must also obtain a provider number from TrailBlazer Health Enterprises. This can be done by completing the Form CMS-855 (Provider Enrollment Application), which can be obtained from TrailBlazer Health Enterprises.*
- *If an individual or entity's request for centralized billing is approved, the approval is limited to the 12 month period from September 1 through August 31 of*

Cont. on next page

## Política Médica

año siguiente. Es responsabilidad del facturador centralizado resolicitar aprobación anualmente a la oficina central de CMS no más tarde del 1ro de junio de cada año. TrailBlazer Health Enterprises no procesará reclamaciones centralizadas que no estén autorizadas por la oficina central de CMS.

- El facturador centralizado deberá comunicarse con TrailBlazer Health Enterprises anualmente para constatar su entendimiento de la política de cubierta de la administración de la vacuna de neumococo (PPV) y para que TrailBlazer Health Enterprises le provea una copia de las advertencias que se requieren que aparezcan en la factura simplificada (*roster bill*).
- El facturador centralizado es responsable de proveerle un informe de la vacunación de neumococo (PPV) al beneficiario.

Para participar en la facturación centralizada, un individuo o entidad deberá incluir en su solicitud anual la información contenida en los artículos del 1 al 6 abajo descritos:

1. Estimados del número de beneficiarios que recibirán vacunas para el virus de la influenza;
2. Estimados del número de beneficiarios que recibirán vacunas para el neumococo (PPV);
3. Fechas aproximadas de la administración de las vacunas;
4. Una lista de los estados en los que se llevarán a cabo clínicas de influenza y neumococo (PPV).
5. El tipo de servicios que la corporación generalmente provee (por ejemplo, servicios de ambulancia, de salud en el hogar o de enfermeras visitantes); y
6. Indicar si el personal de enfermería que administrará las vacunas de la influenza y de neumococo (PPV) son empleados de la corporación o será personal contratado específicamente con el propósito de administrar dichas vacunas.

## Medical Policy

*the following year. It is the responsibility of the centralized biller to reapply to CMS CO for approval each year by June 1. TrailBlazer Health Enterprises will not process claims for any centralized biller without permission from CMS CO.*

- *Each year the centralized biller must contact TrailBlazer Health Enterprises to verify understanding of the coverage policy for the administration of the PPV vaccine, and for a copy of the warning language that is required on the roster bill.*
- *The centralized biller is responsible for providing the beneficiary with a record of the PPV vaccination.*

*The information in items 1 through 6 below must be included with the individual or entity's annual request to participate in centralized billing:*

1. *Estimates for the number of beneficiaries who will receive influenza virus vaccinations;*
2. *Estimates for the number of beneficiaries who will receive PPV vaccinations;*
3. *The approximate dates for when the vaccinations will be given;*
4. *A list of the States in which flu and PPV clinics will be held;*
5. *The type of services generally provided by the corporation (e.g., ambulance, home health, or visiting nurse); and*
6. *Whether the nurses who will administer the flu and PPV vaccinations are employees of the corporation or will be hired by the corporation specifically for the purpose of administering flu and PPV vaccinations.*

CR3733/April 15, 2005/RR

## Política Médica

### CÓDIGOS NUEVOS DEL SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS COMUNES DEL CUIDADO DE LA SALUD (HCPCS) PARA EL MATERIAL DE CONTRASTE

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores, suplidores y médicos que facturan a los Intermediarios Fiscales (FIs) o contratistas de Medicare por el material de contraste.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

A partir de 1 de abril de 2005 usted debe utilizar los nuevos códigos "Q" que se añadirán al HCPCS cuando facture por concepto del material de contraste.

#### Lo Que Necesita Saber

Comenzando el 1 de abril de 2005, los nuevos códigos de HCPCS para el material de contraste entrarán en vigor, **excepto para servicios de hospital para pacientes ambulatorios que deberán continuar utilizando los códigos "A" vigentes.**

#### Lo Que Necesita Hacer

Médicos, suplidores y proveedores deben asegurarse que el personal de facturación conozca sobre los nuevos códigos que han sido añadidos al HCPCS y que deben utilizarse a partir del 1 de abril de 2005 para poder facturar el material de contraste.

#### Trasfondo

A partir del 1 de abril de 2005, los códigos para facturar por concepto del material de contraste en la siguiente tabla se añadirán al HCPCS:

## Medical Policy

### NEW CONTRAST AGENTS HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODES

#### Provider Types Affected

*All providers, suppliers and physicians billing Medicare fiscal intermediaries (FIs) or carriers for contrast agents*

#### Provider Action Needed

*As of April 1, 2005, you must use the new "Q" codes that will be added to the HCPCS when you bill for contrast agents*

#### What You Need to Know

*Beginning on April 1, 2005, the new HCPCS codes for contrast agents will become effective, **except for hospital outpatient departments, which should continue to use the current "A" codes.***

#### What You Need to Do

*Physicians, suppliers, and providers should make sure your billing staff knows that they must use the new codes that have been added to the Healthcare Common Procedure Coding System as of April 1, 2005 in order to bill for contrast agents.*

#### Background

*Effective April 1, 2005, the HCPCS codes for contrast agents in the following table will be added to the HCPCS:*

Cont. on next page

## Nuevos Códigos para Material de Contraste New Contrast Agent Codes

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

Para las tarifas de estos nuevos códigos Q, diríjase al archivo de tarifas trimestral de Medicare Parte B correspondiente, el cual esta disponible en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/default.asp>. De acuerdo con la metodología estándar para precios de medicamentos establecidas por el Medicare Modernization Act of 2003 (MMA), la tarifa para los materiales de contraste esta basada en el Precio Promedio de Venta (ASP, por sus siglas en inglés) más el 6%, que estará vigente a partir del 1ro. de abril de 2005.

### Implementación

Este cambio será implementará en los sistemas de procesamiento de facturas de Medicare a partir del 4 de abril de 2005.

### Instrucciones Relacionadas

Favor de notar que:

- Códigos HCPCS Q9945 – Q9951 reemplazarán los códigos A4644 – A4646; y

*To view payments for these new Q-codes, go to: <http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs/default.asp> on the CMS web site and look in the respective quarterly Medicare Part B drug pricing files posted there. In accordance with the standard methodology for drug pricing established by the Medicare Modernization Act of 2003 (MMA), the payment for these contrast agents will be based on the Average Sales Price (ASP) plus 6 percent effective April 1, 2005.*

### Implementation

*This change will be implemented in Medicare claims processing systems on April 4, 2005.*

### Related Instructions

*Please note that:*

- HCPCS codes Q9945 – Q9951 will replace codes A4644 – A4646; and

Cont. on next page



## Política Médica

- Códigos HCPCS Q9952 – Q9954 reemplazarán los códigos A4643 y A4647; **excepto en** los casos de servicios ambulatorios de hospital que continuarán facturando los códigos A4644-A4646, A4643 y A4647 y no usarán los códigos Q9945 – Q9957.
- Los proveedores independientes que facturan al contratista deben utilizar los códigos Q9955-Q9957 para facturar el material de contraste específicamente para ecocardiografía.
- Todos los demás materiales de contraste para ecocardiografía no descritos por los códigos Q9955 – Q9957 deberán facturarse con A9700.

### Información Adicional

La instrucción oficial enviada a su contratista con respecto a este cambio se puede encontrar en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R502CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R502CP.pdf)

Para más información, favor de llamar al 1-877-715-1921.

## Medical Policy

- *HCPCS codes Q9952 – Q9954 will replace codes A4643 and A4647; **except that** Hospital outpatient departments shall continue to bill codes A4644 – A4646, A4643, and A4647 and shall not report codes Q9945 – Q9957.*
- *Non-institutional providers billing the carriers shall use Q9955 – Q9957 to report specific echocardiography contrast agents.*
- *All other echocardiography contrast agents not described by Q9955 – Q9957 shall be reported with A9700.*

### Additional Information

*The official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change may be found on the web at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R502CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R502CP.pdf)*

*Also if you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.*

Pub. 100-04 MCP/Trans. 502/CR3748/03-11-2005/ff ab rrc

## LISTA DE SERVICIOS DE TELE-MEDICINA DE MEDICARE

**NOTE:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 17 DE MAYO DE 2005 PARA CORREGIR EL CÓDIGO EN EL EJEMPLO DE LA PÁGINA 3 PARA QUE LEA G0318 GT, EN LUGAR DE G3018 GT

### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan al Contratistas de Medicare por servicios de **Tele-Medicina**

### Acción Necesaria de Parte Del Proveedor

Para servicios prestados a partir del 1ro de enero de 2005, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) añadieron al Sistema de Codificación de

## LIST OF MEDICARE TELEHEALTH SERVICES

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON MAY 17, 2005, TO CORRECT THE CODE IN THE EXAMPLE ON PAGE 3 TO READ G0318 GT, INSTEAD OF G3018 GT.

### Providers Affected

*Physicians and providers billing Medicare carriers for telehealth services*

### Provider Action Needed

*Effective for services provided on or after January 1, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) added Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS)*

Cont. on next page



## Política Médica

Procedimiento Común (HCPCS, por sus siglas en inglés) los códigos G0308, G0309, G0311, G0312, G0314, G0315, G0317 y G0318 (para servicios relacionados a la enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) a la lista de servicios de **Tele-Medicina** de Medicare. Los contratistas de Medicare pagarán por estos servicios relacionados a ESRD cuando se facturen con los modificadores de **Tele-Medicina**.

### Lo Que Necesita Saber

Proveedores que atienden a pacientes ESRD deben también estar conscientes de que los modificadores ya especificados "GT" y "GQ" son válidos cuando se facturan con uno de los códigos HCPCS antes mencionados.

### Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese de que su equipo de trabajo esté informado sobre la inclusión de estos servicios relacionados a ESRD a la lista de servicios de **Tele-Medicina** de Medicare y los procedimientos apropiados de facturación.

### Trasfondo

En la Regla Final publicada el 7 de noviembre de 2003 (68 FR 63216) CMS estableció nuevos códigos G para manejar pacientes de diálisis estableciendo los pagos basados en el número de visitas provistos mensualmente.

Bajo esta metodología, se factura distintos códigos al prestar una visita mensual, dos a tres visitas por mes y cuatro o más visitas al mes.

El pago menor aplica cuando un médico provee una visita mensual; un pago más alto, se aplica si se proveen dos a tres visitas mensuales. Para recibir la cantidad de pago más alto el médico tendrá que proveer al menos cuatro visitas relacionadas a ESRD por mes. Los códigos G se reportan una vez al mes para servicios ambulatorios que están relacionados a ESRD.

Como resultado de los cambios a pagos por el manejo de los pacientes de diálisis, CMS ha recibido una serie de comentarios de la comunidad de nefrología expresando preocupación que dicho cambio resulte en

## Medical Policy

codes G0308, G0309, G0311, G0312, G0314, G0315, G0317, and G0318 (for ESRD-related services) to the list of Medicare telehealth services, effective January 1, 2005. Medicare carriers will pay for these ESRD related services when billed with the telehealth modifiers.

### What You Need to Know

*Providers treating ESRD beneficiaries should also be aware that the above telehealth modifiers "GT" or "GQ" are valid when billed with one of the above mentioned HCPCS codes.*

### What You Need to Do

*Be sure staff is aware of the addition of these ESRD related services to the list of Medicare telehealth services and the appropriate billing procedures.*

### Background

*In the final rule published November 7, 2003, (68 FR 63216) CMS established new G codes for managing patients on dialysis with payments varying based on the number of visits provided within each month.*

*Under this methodology, separate codes are billed for providing one visit per month, two to three visits per month, and four or more visits per month.*

*The lowest payment amount applies when a physician provides one visit per month; a higher payment is provided for two to three visits per month. To receive the highest payment amount, a physician would have to provide at least four ESRD-related visits per month. The G codes are reported once per month for services performed in an outpatient setting that are related to the patient's ESRD.*

*Since changing the payments for managing patients on dialysis, CMS has received a number of comments from the nephrology community expressing concerns that the change in payments results in hardships for*

Cont. on next page

## Política Médica

dificultades para áreas rurales y aisladas, especialmente en áreas de la frontera donde los médicos tendrían que realizar múltiples viajes largos durante un mes para ver al paciente o viceversa.

Para atender esta situación, CMS añadió servicios relacionados al ESRD bajo el pago por capita mensual (MCP) a la lista de servicio de **Tele-Medicina** en las tarifas fijas de Medicare para médicos publicada el 15 de noviembre de 2004 (69FR 66276). Servicios relacionados a ESRD incluidos en el MCP con 2 ó 3 visitas mensuales y servicios relacionados a ESRD con 4 o más visitas mensuales, pueden pagarse como servicio de **Tele-Medicina**.

Para facturar servicios relacionados a ESRD bajo el MCP como un servicio de **Tele-Medicina**, por lo menos una visita debe haber sido directamente con el beneficiario para examinar el acceso vascular del paciente. El examen del acceso vascular debe ser realizado por un médico, enfermera clínica, especialista, enfermera práctica o asistente médico. Solamente las instalaciones hospitalarias autorizadas bajo la Sección 1834(m) del Acta del Seguro Social pueden servir como un área donde se origina el servicio de **Tele-Medicina**.

Previo a la publicación del CR 3747, la lista de servicios de **Tele-Medicina** de Medicare sólo incluía consultas (Códigos CPT 99241-99275); visitas a la oficina y otras ambulatorias (CPT 99201-99215); psicoterapia individual (CPT 90804-90809); manejo farmacológico (CPT 90862), entrevista y examen diagnóstico psiquiátrico (CPT 90801) en vigencia a partir del 1 de marzo de 2003.

Este artículo y el CR3747 informa que los servicios relacionados a ESRD (Códigos HCPCS G0308, G0309, G0311, G0312, G0314, G0315, G0317, y G0318) son añadidos a la lista de servicios de **Tele-Medicina** de Medicare, para servicios prestados a partir del 1ro de enero de 2005. El modificador GT de **Tele-Medicina** (proveyendo visitas a través de sistema de telecomunicaciones interactivo con audio y video) y el modificador "GQ" (proveyendo visitas

## Medical Policy

*rural and isolated areas, especially in frontier areas where physicians would be required to make multiple long-distance trips during a month to see their patient or vice versa.*

*To address this issue, CMS added ESRD related services under the monthly capitation payment (MCP) to the list of **Medicare telehealth** services in the physician fee schedule final rule published November 15, 2004 (69FR 66276). ESRD related services included in the MCP with 2 or 3 visits per month, and ESRD related services with 4 or more visits per month, may be paid as Medicare **telehealth service**.*

*To bill for ESRD related service under the MCP as a **telehealth service**, at least one visit must be furnished face to face "hands on" to examine the patient's vascular access site. Examination of the vascular access site must be done by a physician, clinical nurse, specialist, nurse practitioner, or physician assistant. Only the facilities, authorized under Section 1834 (m) of the Social Security Act, may serve as a Medicare **telehealth-originating site**.*

*Prior to the issuance of CR3747, the list of Medicare **telehealth** services only included consultations (CPT codes 99241-99275); office and other outpatient visits (CPT codes 99201-99215); individual psychotherapy (CPT codes 90804 – 90809); pharmacologic management (CPT code 90862); and psychiatric diagnostic interview examination (CPT code 90801), effective for services on or after March 1, 2003.*

*This article and related CR3747 informs that the ESRD related services (HCPCS codes G0308, G0309, G0311, G0312, G0314, G0315, G0317, and G0318) are added to the list of Medicare **telehealth** services, effective for services furnished on or after January 1, 2005. The telehealth modifier "GT" (providing visits through the use of interactive audio and video telecommunications system) and modifier "GQ" (providing visits through the*

Cont. on next page

## Política Médica

a través de sistema de telecomunicación asincrónico) son válidos cuando se facturan con HPCPS relacionados a ESRD. El uso de los modificadores con los servicios de **Tele-Medicina** indica que el examen clínico de acceso vascular fue provisto directamente por un médico, enfermera clínica, enfermera práctica o asistente médico.

Los cambios añadidos a los servicios relacionados al ESRD a la lista de servicios de **Tele-Medicina** de Medicare no cambian los criterios de elegibilidad, condiciones de pago, pago o procedimiento de facturación en relación con servicios de Tele-Medicina de Medicare, según se establece en la publicación 100-2, Capítulo 15, Sección 270 y la publicación 100-4, Capítulo 12, sSección 190 del Manual de Política de Beneficios de Medicare. Por tanto, los lugares de origen de estos servicios sólo incluyen la oficina de un médico o practicante, un hospital, un hospital de acceso crítico, clínica de salud rural o centro de salud federalmente cualificado. Estos lugares deben estar en un municipio fuera del Área Metropolitana donde haya escasez de profesionales de la salud.

También el uso del modificador "GQ" sólo se permite en programas de demostración de telemedicina financiados federalmente y que se llevan a cabo en Alaska y Hawai.

### **Aclaración para facturar la tarifa de lugar de origen de los servicios de Tele-Medicina**

En torno a los servicios relacionados a ESRD incluidos en el MCP, el pago por el lugar de origen (originating site facility fee) puede hacerse por cada visita ofrecida a través del sistema interactivo de telecomunicaciones. Cuando el médico o practicante en un lugar distante realiza una visita al paciente relacionada al ESRD incluida en MCP a través de un sistema de telecomunicaciones interactivo, la institución que originó servicio puede facturar por el mismo.

**Ejemplo:** Un beneficiario ESRD de 70 años recibe dos visitas relacionadas a ESRD a través de un sistema interactivo de telecomunicaciones y la visita requerida directa (para examinar el acceso vascular)

## Medical Policy

*use of asynchronous telecommunications system) are valid when billed with these ESRD related service HCPCS codes. The use of the **telehealth** modifiers indicates that a clinical examination of the vascular access site was furnished face-to-face "hands on" by a physician clinical nurse specialist, nurse practitioner, or physician assistant.*

*Addition of the above ESRD related services to the list of Medicare telehealth service does not change the eligibility criteria, conditions of payment, payment or billing procedure regarding Medicare **telehealth** services as established in publication 100-2, Chapter 15, Section 270 and publication 100-4 Chapter 12, Section 190 of the Medicare Benefit Policy Manual. Thus, originating sites only include a physician's or practitioner's office, hospital, critical access hospital, rural health clinic, or Federally qualified health center.*

*Originating sites must be in a non-Metropolitan Statistical Area (MSA) county or a rural health professional shortage area.*

*Also, the use of modifier "GQ" is only permitted in Federally funded telemedicine demonstration programs conducted in Alaska or Hawaii.*

### **Clarification for originating sites billing for the telehealth originating site facility fee**

*With regard to ESRD-related services included in the MCP, the originating site facility fee payment may be made for each visit furnished through an interactive telecommunications system. When the physician or practitioner at the distant site furnishes an ESRD-related patient visit included in the MCP through an interactive telecommunications system, the originating site may bill for a telehealth facility fee.*

**Example:** *A 70-year-old ESRD beneficiary receives two ESRD-related visits through an interactive telecommunications system and the required face-to-face visit (to*

Cont. on next page



## Política Médica

durante el mes de noviembre. En este escenario, el lugar de origen puede facturar por dos servicios de tele-medicina como se describe en el código HCPCS Q3014 y el médico debe facturar por los servicios a distancia relacionados al ESRD con 2 ó 3 visitas de servicio de Tele-Medicina, e.g., G3018 GT.

### Información Adicional

La instrucción oficial expedida a su contratista con relación a este cambio está disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esa página en la red, busque CR 3747 en la columna CR NUM en la derecha y pulse en el archivo para ese CR.

Si desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Pub. 100-02 MBP /Trans. 31 and 517/CR3747/04-01-2005/ff aw

## Medical Policy

*examine the vascular access site) during the month of November. In this scenario, the originating site should bill for two originating site facility fees as described by HCPCS code Q3014, and the MCP physician at the distant site should bill for ESRD related services with 2 to 3 visits as a telehealth service, e.g. G0318 GT.*

### 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](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR 3747 in the CR NUM column on the right, and then click on the file for that CR.*

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

## ACTUALIZACIÓN AL 100-04 Y LAS LISTAS DE CÓDIGOS DE TERAPIA

**NOTA:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 4 DE ABRIL DE 2005 DEBIDO A QUE EL CR3647 FUE EMITIDO NUEVAMENTE. EL MISMO REFLEJA LA FECHA DE PUBLICACIÓN REVISADA Y EL NÚMERO DE COMUNICACIÓN (*TRANSMITTAL*) NUEVO PARA EL CR 3647. NO HUBO OTRO CAMBIO EN EL ARTÍCULO.

### Proveedores Afectados

Proveedores que le facturan a intermediarios y contratistas por servicios de la Parte A de pacientes hospitalizados y servicios de la Parte B de pacientes ambulatorios de hospital.

### Lo que Necesita Hacer

Los proveedores deben fijarse que este artículo provee detalles del CR 3647, el cual actualiza la lista de códigos del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS, por sus siglas en inglés) que describen los servicios de terapia incluyendo servicios de terapia física, terapia ocupacional y terapia para la

## UPDATE TO 100-04 AND THERAPY CODE LISTS

**NOTE:** THIS INSTRUCTION WAS REVISED ON APRIL 4, 2005, BECAUSE CR 3647 WAS REISSUED. THIS INSTRUCTION REFLECTS THE REVISED RELEASE DATE AND TRANSMITTAL NUMBER FOR CR 3647. NO OTHER CHANGES WERE MADE TO THE INSTRUCTION.

### Provider Types Affected

*Providers billing intermediaries and carriers for Part A inpatient and Part B outpatient services*

### Provider Action Needed

*Providers should note that this instruction provides details from CR3647 which updates the list of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes describing therapy services including physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology. It also clarifies the term “always*

Cont. on next page

## Política Médica

patología del habla. Además, aclara el término de los códigos de “**siempre terapia**” (“always therapy”). En esta instrucción el término **terapia** se refiere solamente a terapia física, terapia ocupacional y terapia para la patología del habla. El término **terapista** se refiere al terapeuta físico, al terapeuta ocupacional y al terapeuta de la patología del habla y en algunos casos se refiere a los médicos, a las enfermeras especialistas, a las enfermeras prácticas y los asistentes médicos que proveen servicios de terapia. Sin embargo, en Puerto Rico el profesional de la salud autorizado por ley para proveer terapia es el terapeuta licenciado.

### Trasfondo

El CR 3647 actualiza la lista de códigos de HCPCS que describen servicios de terapia para terapia física, terapia ocupacional y terapia para la patología del habla. Algunos de estos cambios son requeridos para evitar conflictos con los códigos del Hospital Outpatient Prospective System (OPPS), los cuales tienen vigencia a partir del 1 de enero de 2005. Otros cambios son actualizaciones de la lista existente.

Las limitaciones financieras para los servicios de terapia física fue un mandato del Balanced Budget Act (BBA). Para poder limitar los servicios, se desarrolló una lista de códigos a los cuales se le aplicarán dichas limitaciones y se publicó bajo el nombre **AB 03 018** el 7 de febrero de 2005. La lista original está disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/AB03018.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB03018.pdf)

Los códigos de especialidad 73 y 74 se incluyeron erróneamente incluidos como parte de la comunicación AB-03-018 y desde entonces han sido reasignados a especialidades que no se relacionan con servicios de terapia.

Esta lista de códigos se está actualizando debido a la creación de nuevos códigos y nueva información sobre estos códigos. Las limitaciones no aplican al año 2005, pero por ley deben estar vigentes a partir del 1 de enero de 2006 a menos que surja una nueva legislación. Estén las limitaciones en vigor o no, CMS usa esta lista para identificar servicios de terapia para sus políticas.

## Medical Policy

*therapy” codes. The term “therapy” as used in this instruction refers only to physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology. The term “therapists” refers to physical therapists, occupational therapists, speech-language pathologists, and, in some cases, to physicians, clinical nurse specialists, nurse practitioners, and physician assistants who may provide therapy services.*

### Background

*Change Request (CR) 3647 updates the list of HCPCS codes that describe therapy services for physical therapy, occupational therapy, and speech-language pathology. Some of these changes are required to prevent conflicts with OPPS codes, which were effective January 1, 2005, and others are updates to the current list.*

*Financial limitations on therapy services were mandated by the Balanced Budget Act (BBA), and in order to limit the services, a list of the services to which limits would apply was developed and published as **AB-03-018** in February 7, 2003. The original list may be viewed at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/AB03018.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/AB03018.pdf)*

*Specialty codes 73 and 74 were incorrectly noted in Transmittal AB-03-018 and have since been reassigned to specialties that are not therapy services.*

*This list is being updated due to new codes and new information about the codes listed. The limitations are not in effect in the year 2005, but are mandated to be implemented on January 1, 2006 unless new legislation is passed. Regardless of whether financial limitations are in effect, CMS uses this list to identify therapy services for policy purposes.*

Cont. on next page



## Política Médica

### Códigos HCPCS Aplicables a Pacientes Ambulatorios en Rehabilitación

CMS identifica los siguientes códigos como códigos de terapia física. Para más detalles sobre cada código, véase las notas después de la Tabla 1 que está a continuación.

Las limitaciones financieras, cuando están en vigor, aplican a servicios representados por los siguientes códigos, excepto en aquellas circunstancias identificadas en las notas aclaratorias. **Nota:** La lista de los siguientes códigos no implica que el servicio está cubierto.

## Medical Policy

### Applicable Outpatient Rehabilitation HCPCS Codes

CMS identifies the following codes as therapy services. See the notes below the table for details about each code.

The financial limits (when in effect) apply to services represented by the following codes, except as noted below. **Note:** Listing of the following codes does not imply that services are covered.

**Tabla 1: Códigos HCPCS Identificados como Servicios de Terapia**  
**Table 1: HCPCS Codes Identified as Therapy Services**

|               |               |               |               |               |                  |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
| <b>64550+</b> | 90901+        | 92506         | 92507         | 92508         | <b>92526</b>     |
| <u>92597</u>  | 92605****     | 92606****     | 92607         | 92608         | <b>92609</b>     |
| 92610+        | <b>92611+</b> | <b>92612+</b> | <b>92614+</b> | <b>92616+</b> | 95831+           |
| 95832+        | 95833+        | <b>95834+</b> | <b>95851+</b> | <b>95852+</b> | 96105+           |
| 96110+♦✓      | 96111+✓       | 96115+✓       | <b>97001</b>  | <b>97002</b>  | <b>97003</b>     |
| <u>97004</u>  | 97010****     | 97012         | 97016         | 97018         | <b>97020</b>     |
| <u>97022</u>  | 97024         | 97026         | 97028         | 97032         | <b>97033</b>     |
| 97034         | 97035         | 97036         | 97039         | 97110         | <b>97112</b>     |
| 97113         | 97116         | 97124         | 97139         | 97140         | <b>97150</b>     |
| 97504**       | 97520         | 97530         | 97532+        | 97533         | <b>97535</b>     |
| 97537         | 97542         | 97597+        | 97598+        | 97602****     | <b>97605****</b> |
| 97606****     | 97703         | 97750         | 97755         | 97799*        | G0279+***        |
| G0280+***     | <b>G0281</b>  | <b>G0283</b>  | <b>G0329</b>  | 0029T+***     |                  |

\*Las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MSPF, por sus siglas en inglés) no contienen un precio para los códigos **96110** ó **97799**, debido a que al contratista de la Parte B le corresponde establecer el precio. Por lo tanto, el Intermediario Fiscal (FI) debe comunicarse con el contratista y obtener la tarifa fija apropiada para hacer el pago correspondiente de estos códigos.

♦A partir del 1 de enero de 2004 el código 96110 se convirtió en un código activo de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS, por sus siglas en inglés). El contratista de la Parte B ya no está a cargo de establecer el precio de este código.

\*The physician fee schedule abstract file does not contain a price for codes 96110, or 97799, since the carrier prices them. Therefore, the Fiscal Intermediary (FI) must contact the carrier to obtain the appropriate fee schedule amount in order to make proper payment for these codes.

♦Effective January 1, 2004, 96110 will be an active code on the physician fee schedule. Carriers shall no longer price this code.

Cont. on next page

## Política Médica

\*\*El código 97504 no debe facturarse con el código 97116. Sin embargo, si el código 97504 se llevó a cabo en una extremidad superior y el código 97116 (adiestramiento para ambular/*gait training*) fue prestado también, ambos códigos se pueden facturar con el modificador 59 para identificar localizaciones anatómicas diferentes.

\*\*\* El MPFS no contiene una tarifa para los códigos G0279, G0280, 0020T ó 0029T, ya que el contratista es el que establece el precio. Además, el contratista determina la cubierta para estos códigos. Por lo tanto, el Intermediario Fiscal (FI) debe comunicarse con el contratista para obtener las tarifas apropiadas.

\*\*\*\* Los códigos están incluidos (*bundled*). Esto significa que están incluidos en cualquiera de los códigos de terapia. Medicare no efectuará un pago separado por estos códigos independientemente de que se facturen por si solos o en conjunto con otro código de terapia. De facturar el código solo, se denegará utilizando el código de grupo CO en la remesa de pago con el código de la razón de ajuste a la reclamación “97” que dice:

“Pago está incluido en la tarifa permitida para otro servicio/procedimiento”.

Medicare usará el código de razón 97 para denegar un código de procedimiento que está incluido en otro código (*bundled*).

Como alternativa, podrá usar el código B15 que tiene el mismo significado.

√ Si se factura por un departamento de un hospital para pacientes ambulatorios, éstos se pagan utilizando el OPPS (Outpatient Prospective Payment System).

**Los códigos subrayados siempre son servicios de terapia, independientemente de las circunstancias o de quien los lleve a cabo. Al momento de facturarse, estos códigos siempre requieren modificadores de terapia.**

+ Los códigos marcados con “+” a veces representan servicios de terapia. Estos códigos y todos los códigos de la Tabla 1 siempre representan servicios de terapia cuando los ofrece un terapeuta.

## Medical Policy

\*\*Code 97504 should not be reported with code 97116. However, if code 97504 was performed on an upper extremity and code 97116 (*gait training*) was also performed; both codes may be billed with modifier 59 to denote a separate anatomic site.

\*\*\*The physician fee schedule abstract file does not contain a price for codes G0279, G0280, 0020T, or 0029T since they are priced by the carrier. In addition, the carrier determines coverage for these codes. Therefore, the FI contacts the carrier to obtain the appropriate fee schedule amount.

\*\*\*\*Codes are bundled. They are bundled with any therapy codes. Regardless of whether they are billed alone or in conjunction with another therapy code, Medicare does not pay separately for these codes. If billed alone, either code will be denied using group code CO on the remittance advice notice with claim adjustment reason code 97 that says:

“Payment is included in the allowance for another service/procedure.”

Medicare will use reason code 97 to deny a procedure code that should have been bundled.

Alternatively, reason code B15, which has the same intent, may also be used.

√ If billed by an outpatient hospital department, these are paid using the Outpatient Prospective Payment system (OPPS).

**Underlined codes are always therapy services, regardless of the circumstances or who performs them. These codes always require therapy modifiers whenever they are billed.**

+ Codes sometimes represent therapy services. These codes and all codes on the above list always represent therapy services when performed by therapists.

Cont. on next page

## Política Médica

Hay circunstancias en que estos códigos no se considerarán representativos de servicios de terapias y no aplicarán límites de terapias cuando estos estén en vigor. Los códigos marcados “+” no son servicios de terapia cuando:

- No es apropiado facturar el servicio bajo el plan de terapia y
- Los mismos los facturan proveedores de servicios que no son terapeutas, por ejemplo, médicos, enfermeras especialistas, enfermeras prácticas y psicólogos.

Los códigos marcados “+” en la Tabla 1 no los deben utilizar los terapeutas, los médicos, y los profesionales de la salud sin el modificador de terapia en situaciones donde el servicio provisto forma una parte esencial de un servicio de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios de hospital. No es tanto el código “+” de por sí, sino las circunstancias bajo las cuales el código “+” se factura lo que determina si se requiere un modificador. Los médicos y los profesionales de la salud que pueden proveer adecuadamente los servicios representados por los códigos marcados “+” en la Tabla 1 sólo deben usar modificadores de terapia (GP, GN, GO) con estos códigos cuando los servicios provistos son de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios de hospital prestados bajo un plan de cuidado de terapia. **No use el modificador cuando no sea necesario.**

Los servicios de terapia, ya sean representados por códigos de “**siempre terapia**” o códigos de “**a veces terapia**” señalados en la Tabla 1 que se realicen como servicios de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios de hospital, deben seguir todas las políticas para los servicios de terapia. Véase el Manual de Procesamiento de Reclamaciones [Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 5, y el Medicare Benefit Policy Manual (Pub. 100-02), Chapter 15].]

## Medical Policy

*There are some circumstances when these codes will not be considered representative of therapy services and therapy limits (when they are in effect) will not apply. Codes marked “+” are not therapy services when:*

- *It is not appropriate to bill the service under a therapy plan of care, and*
- *They are billed by providers of services who are not therapists, i.e., physicians, clinical nurse specialists, nurse practitioners and psychologists.*

*The Codes marked “+” on the above list may not be used by therapists, or by physicians, or by nonphysician practitioners who are not therapists without a therapy modifier in situations where the service provided is integral to an outpatient rehabilitation therapy service. It is not the “+” code itself, but the circumstance under which a +code is billed that determines whether a modifier is required. Physicians and non-physician practitioners who can appropriately provide the services represented by the codes marked “+” on the above list should only use therapy modifiers (GP, GN, GO) with the above codes when the services are outpatient rehabilitation therapy services provided under a therapy plan of care. **Do not use the modifier when it is not needed.***

*Therapy services, whether represented by “**always therapy**” codes, or “**sometimes therapy**” codes in the above list performed as outpatient rehabilitation therapy services, must follow all the policies for therapy services (see the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 5, and the Medicare Benefit Policy Manual (Pub. 100-02), Chapter 15).*

Cont. on next page

## Política Médica

### Códigos HCPCS Adicionales

Los códigos que no están en la lista de servicios de terapia no deben facturarse con un modificador. Existen miles de estos códigos. Pero, por ejemplo, los siguientes códigos HCPCS denominados códigos para pacientes ambulatorios que no son de servicios de rehabilitación ("Outpatient Non-Rehabilitation") deben facturarse sin modificadores.

**Tabla 2: Códigos HCPCS Identificados como "Outpatient Non-Rehabilitation"**

**Table 2: Outpatient Non-Rehabilitation HCPCS Codes**

|       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 95860 | 95861 | 95863 | 95864 | 95867 | 95869 | 95870 |
| 95900 | 95903 | 95904 | 95934 | G0237 | G0238 | G0239 |

**NOTA:** LOS CÓDIGOS EN LA TABLA 2 TIENEN LA INTENCIÓN DE FACILITARLE LA CAPACIDAD AL CONTRATISTA DE PAGAR LAS FACTURAS QUE CAEN DENTRO DEL MPFS. NO TIENE LA INTENCIÓN DE SER UNA LISTA DE TODOS LOS SERVICIOS CUBIERTOS DE TERAPIA FÍSICA PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE HOSPITAL (OPT) Y TAMPOCO GARANTIZA QUE LOS SERVICIOS ESTÉN CUBIERTOS.

### Implementación

La fecha de implementación para este artículo es el 5 de julio de 2005.

### Información Adicional

Para más información, véase la instrucción oficial enviada a su contratista/intermediario en relación a estos cambios. Esta instrucción puede obtenerse en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Una vez en esa página Web, busque el CR 3647 en la columna de CR. NUM. a la derecha, y pulse el enlace del CR que desea acceder.

Si desea más información puede llamar al 1-877-715-1915.

## Medical Policy

### Additional HCPCS Codes

*Codes that are not on the list of therapy services should not be billed with a modifier. There are thousands of such codes; but, for example, the following outpatient non-rehabilitation HCPCS codes should be billed without modifiers:*

**NOTE:** THE ABOVE CODES ARE INTENDED TO FACILITATE THE CONTRACTOR'S ABILITY TO PAY CLAIMS UNDER THE MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS). THEY ARE NOT INTENDED TO BE A LIST OF ALL COVERED OPT SERVICES AND THEY DO NOT ASSURE COVERAGE OF THESE SERVICES.

### Implementation

*The implementation date for this instruction is July 5, 2005.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR 3647 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.*

Pub.100-04 MCP/Trans. 515/CR 3647/04-01-2005/ff ab rrc



## Política Médica

### NUEVOS CÓDIGOS HCPCS PARA INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA (IVIG)

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a Medicare por concepto de Inmunoglobulina Intravenosa (IVIG, por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los códigos nuevos para IVIG del Sistema de Codificación para Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS, por sus siglas en inglés) estarán vigentes a partir del 1ro de abril de 2005.

#### Lo Que Necesita Saber

A partir del 1 de abril de 2005 y para fechas de servicio del 1 de abril de 2005 en adelante, los Intermediarios Fiscales (FIs) y contratistas de Medicare, incluyendo a los contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs, por sus siglas en inglés), no pagarán los códigos J1563 y J1564. Los códigos J1563 y J1564 se sustituirán por los códigos HCPCS Q9941 – Q9944.

#### Lo Que Necesita Hacer

Estos nuevos códigos HCPCS son necesarios para poder distinguir entre la forma liofilizada y la forma no liofilizada del IVIG. Asegúrese de facturar utilizando los códigos correctos cuando provea estos servicios.

#### Información Adicional

A partir del 1 de abril de 2005, los siguientes códigos se añadirán al HCPCS para permitir la distinción entre la forma liofilizada y la forma no liofilizada del IVIG.

## Medical Policy

### NEW HCPCS CODES FOR INTRAVENOUS IMMUNE GLOBULIN (IVIG)

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers billing Medicare for IVIG*

#### Provider Action Needed

*New HCPCS codes for IVIG will be effective April 1, 2005.*

#### What You Need to Know

*Effective April 1, 2005, for dates of service on or after April 1, 2005, codes J1563 and J1564 will no longer be paid by Medicare Fiscal Intermediaries (FIs) and carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs). Codes J1563 and J1564 will be replaced with HCPCS codes Q9941 – Q9944.*

#### What You Need to Do

*These new HCPCS codes are needed to appropriately distinguish between the lyophilized and non-lyophilized form of IVIG. Be sure to bill the new codes when providing these services.*

#### Additional Information

*Effective April 1, 2005, the following codes are being added to the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) to appropriately distinguish between the lyophilized and non-lyophilized form of IVIG.*

| Código/Code HCPCS | Descripción Corta Short Descriptor | Descripción Larga Long Descriptor                              |
|-------------------|------------------------------------|--|
| Q 9941            | IVIG lyophil 1G                    | INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, LYOPHILIZED, 1 G      |
| Q 9942            | IVIG lyophil 10 MG                 | INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, LYOPHILIZED, 10 G     |
| Q 9943            | IVIG Non-lyophil 1G                | INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, NON-LYOPHILIZED, 1 G  |
| Q 9944            | IVIG Non-lyophil 10 G              | INJECTION, IMMUNE GLOBULIN, INTRAVENOUS, NON-LYOPHILIZED, 10 G |

Cont. on next page

## Política Médica

- Basado en la información de la tabla anterior, los proveedores deben facturar los códigos Q9941 o Q9943, según sea apropiado, en lugar del código J1563. De igual modo, deben facturar los códigos Q9942 o Q9944, según sea apropiado, en lugar del código J1564.
- Las tarifas de los nuevos códigos Q pueden encontrarse en los archivos de precios de medicamentos de Medicare Parte B para el trimestre correspondiente y se pueden ver en el siguiente enlace: **<http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs>**
- El “Medicare Outpatient Code Editor” (OCE por sus siglas en inglés) se actualizará para incluir estos cambios de codificación tan pronto se instale la aplicación de abril 2005 versión 6.1.
- Los pagos del “Outpatient Prospective Payment System” (OPPS por sus siglas en inglés) para los nuevos códigos Q pueden encontrarse en la actualización de abril de los anejos A y B del OPPS en el portal electrónico de pacientes ambulatorios de hospital. Los pagos OPPS estarán basados en la clasificación de pago ambulatorio (APC por sus siglas en inglés).
- Los requisitos de cubierta para IVIG se encuentran en el Capítulo 15 del Medicare Benefit Policy Manual. Este manual lo puede ver en el siguiente enlace: **[http://www.cms.hhs.gov/manuals/102\\_policy/bp102index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/102_policy/bp102index.asp)**
- Para información adicional sobre el tema de IVIG, vea el Capítulo 17 (Drugs and Biologicals), Sección 80.6 del “Medicare Claims Processing Manual” en el siguiente enlace: **[http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp)**

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

## Medical Policy

- *Based on the above table, providers must bill Q9941 or Q9943, as appropriate, in place of J1563. Similarly, those providers should bill Q9942 or Q9944, as appropriate, instead of J1564.*
- *Payments for the new Q-codes can be found in the respective quarterly Medicare Part B drug pricing files posted on the CMS web site at: **<http://www.cms.hhs.gov/providers/drugs>***
- *The Medicare Outpatient Code Editor (OCE) will be updated to include these coding changes upon installation of the April 2005 software version 6.1.*
- *The Outpatient Prospective Payment System (OPPS) for the new Q codes can be found in the April update of OPPS Addendum A and Addendum B on the hospital outpatient web site. OPPS payment is based on the Ambulatory Payment Classification (APC).*
- *Coverage requirements for IVIG can be found in Chapter 15 of the Medicare Benefit Policy Manual. This manual may be found at: **[http://www.cms.hhs.gov/manuals/102\\_policy/bp102index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/102_policy/bp102index.asp)***
- *Additional information on IVIG may be found in Chapter 17 (Drugs and Biologicals), Section 80.6 of the Medicare Claims Processing Manual at: **[http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp)***

*For additional information please call at 1-877-715-1921.*

Pub. 100-04 MCP/ Trans. 507 / CR-3745 / 03-18-2005/ff ab rrc

# MEDICAL POLICY

## MMA - DIABETES SCREENING TESTS

### Provider Types Affected

All Medicare providers billing Medicare carriers or fiscal intermediaries for diabetes screening tests for Medicare patients

### Provider Action Needed

This article provides further guidance and clarification of new Medicare coverage rules for diabetes screening tests performed on or after January 1, 2005.

### What You Need to Know

The amount of testing covered by Medicare for qualified individuals is changed to one screening test every six months for individuals diagnosed with pre-diabetes and one screening test every twelve months for individuals not diagnosed with prediabetes or who were never tested before.

### What You Need to Do

Please refer to the Background and Additional Information sections of this article 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 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 article and related CR 3677 clarify that, for individuals diagnosed with pre-diabetes, the two screening tests per year are further limited to one screening test every six months. And, providers should note that these tests for individuals with a pre-diabetes diagnosis must be billed with a V77.1 diagnosis code **and** a “TS” modifier to reflect follow up service.

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

- Hypertension
- Dyslipidemia
- Obesity (with a body mass index greater than or equal to 30 kg/m<sup>2</sup>), or
- Previous identification of elevated impaired fasting glucose or glucose intolerance.

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

- Overweight (a body mass index >25, but <30kg/m<sup>2</sup>)
- A family history of diabetes
- Age 65 years or older
- A history of gestational diabetes mellitus or giving birth to a baby weighing > 9 lbs.

Cont. on next page

# MEDICAL POLICY

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. The following Health Care Common Procedure Coding System (HCPCS) Codes for Diabetes Screening are to be billed for diabetes screening:

- 82947 – Glucose, quantitative, blood (except reagent strip)
- 82950 – Post-glucose dose (includes glucose)
- 82951 – Glucose Tolerance test (GTT), three specimens (includes glucose)

Providers submitting pre-diabetes and diabetes screening claims should note that claims must contain the appropriate HCPCS codes listed above along with a diagnosis code of V77.1.

No coverage is permitted under the MMA benefit for individuals previously diagnosed as diabetic since these individuals do not require screening. Other diabetes screening blood tests for which the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has not specifically indicated national coverage continue to be noncovered.

CMS also provides the following definitions for the purpose of this article:

**Diabetes:** diabetes mellitus, a condition of abnormal glucose metabolism diagnosed from a fasting blood sugar > 126 mg/dL on 2 different occasions; a 2-hour post-glucose challenge > 200 mg/dL on 2 different occasions; or a random glucose test > 200 mg/dL for an individual with symptoms of uncontrolled diabetes.

**Pre-diabetes:** abnormal glucose metabolism diagnosed from a previous fasting glucose level of 100 to 125 mg/dL, or a 2-hour post-glucose challenge of 140 to 199 mg/dL. The term “pre-diabetes” includes impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance.

**Post-glucose challenge test:** an oral glucose tolerance test with a glucose challenge of 75 gms. of glucose for non-pregnant adults, or a 2-hour post-glucose challenge test alone.

## Implementation

The implementation date for this article is April 4, 2005. It applies to services furnished on or after January 1, 2005.

## Additional Information

Updated manual instructions are included in the official instruction issued to your carrier or fiscal intermediary and can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR-3677 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

If you have any questions, contact your carrier at their toll free number 1-877-715-1921.

Trans. 457/CR-3677/January 28, 2005



# MEDICAL POLICY

## BILLING FOR IMPLANTABLE AUTOMATIC DEFIBRILLATORS FOR BENEFICIARIES IN A MEDICARE ADVANTAGE (MA) PLAN AND USE OF THE QR MODIFIER TO IDENTIFY PATIENT REGISTRY PARTICIPATION

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON MARCH 18 TO REFLECT A REISSUE DATE AND NEW TRANSMITTAL NUMBER FOR CR-3604. NO OTHER CHANGES WERE MADE TO THE ARTICLE.

### Provider Types Affected

All Medicare providers billing either a Medicare carrier or Fiscal Intermediary (FI) for Implantable Automatic Defibrillators for Medicare beneficiaries who are members of Medicare Advantage plans

### Provider Action Needed

Be aware that CMS is expanding the set of medical indications for the use of implantable automatic defibrillators and this instruction discusses the impact of this change for beneficiaries who are members of a MA plan and receive these services.

### What You Need to Know

Effective January 27, 2005, CMS is expanding national coverage for implantable automatic defibrillators by including the following new indications:

1. Patients with ischemic dilated cardiomyopathy (IDCM), documented prior myocardial infarction (MI), New York Heart Association (NYHA) Class II and III heart failure, and measured left ventricular ejection fraction (LVEF)  $\leq 35\%$ ;
2. Patients with nonischemic dilated cardiomyopathy (NIDCM)  $> 9$  months, NYHA Class II and III heart failure, and measured LVEF  $\leq 35\%$ ;
3. Patients who meet all current CMS coverage requirements for a cardiac resynchronization therapy (CRT) device and have NYHA Class IV heart failure;
4. Patients with NIDCM  $> 3$  months, NYHA Class II or III heart failure, and measured LVEF  $\leq 35\%$ .

(See Note below)

### What You Need to Do

Make sure that your billing staffs are aware of these new indications and also the basis for billing Medicare.

**NOTE:** FOR BENEFICIARIES UNDER A MA PLAN, PAYMENT FOR DEFIBRILLATOR USE EFFECTIVE JANUARY 27, 2005 IS DIFFERENT FOR THESE NEW INDICATIONS THAN IT IS FOR PREVIOUSLY COVERED INDICATIONS. WHEN THE BENEFICIARY IS UNDER AN MA PLAN, DEFIBRILLATOR USE FOR THESE NEW INDICATIONS IS NOT PART OF THE CAPITATED RATES AND IS TO BE PAID FEE-FOR-SERVICE (FFS). HOWEVER, PAYMENT FOR PREVIOUSLY COVERED INDICATIONS FOR DEFIBRILLATORS IMPLANTED IN THESE BENEFICIARIES WILL BE PART OF THE MA CAPITATED RATES AND IS NOT TO BE PAID FFS. IN ADDITION, DATA MUST BE COLLECTED AND REPORTED THROUGH AN APPROVED DATA COLLECTION MECHANISM FOR BENEFICIARIES WHO RECEIVE AN IMPLANTABLE AUTOMATIC DEFIBRILLATOR FOR THE PRIMARY PREVENTION (AS OPPOSED TO SECONDARY PREVENTION) OF SUDDEN CARDIAC DEATH. THE ABOVE INDICATIONS ARE CONSIDERED PRIMARY PREVENTION INDICATIONS. ADDITIONAL INFORMATION REGARDING THE ICD ABSTRACTION TOOL IS AVAILABLE THROUGH A PREVIOUSLY ISSUED SPECIAL EDITION MEDLEARN MATTERS ARTICLE (SE0517, WHICH IS AVAILABLE AT: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/SE0517.pdf>)

Cont. on next page

# MEDICAL POLICY

## Background

The Implantable Automatic Defibrillator, consisting of a pulse generator and electrodes for sensing and defibrillating, is an electronic device designed to detect and treat life-threatening tachyarrhythmias. Medicare pays for the use of these defibrillators only for certain clinical indications.

Here is a synopsis of the history of indications and payment policies (indicating the effective dates) for implantable defibrillators, leading up to Change Request (CR) 3604:

## Indications

### July 1, 1991

Documented episode of cardiac arrest due to Ventricular Fibrillation (VF), not due to a transient or reversible cause

### July 1, 1999

Documented sustained Ventricular Tachyarrhythmia (VT), either spontaneous or induced by an Electrophysiology (EP) study, not associated with an acute Myocardial Infarction (MI) and not due to a transient or reversible cause

Documented familial or inherited conditions with a high risk of life-threatening VT, such as long QT syndrome or hypertrophic cardiomyopathy

### October 1, 2003

Coverage was expanded to include coronary artery disease with a documented prior MI, a measured left ventricular ejection fraction  $\leq 0.35$ , and inducible, sustained VT or VF at EP study. (The MI must have occurred more than 4 weeks prior to defibrillator insertion. The EP test must be performed more than 4 weeks after the qualifying MI).

## Payment Policies

### October 1, 2003 (CRs 2880 & 2992)

For covered defibrillator claims made on behalf of MA (formerly known as M+C) beneficiaries, payment for the expanded coverage (above) would be made on a FFS basis until Medicare capitation rates to MA organizations were adjusted to account for expanded coverage.

Also at this time, system changes were implemented to enable the automatic processing and payment of covered defibrillator claims on a FFS basis when the beneficiary was under a MA plan and the claims included either a KZ modifier attached to the defibrillator procedure codes when billing a carrier or a condition code of 78 when billing a fiscal intermediary.

### January 1, 2005 (CR 3301)

Because MA rates have been appropriately adjusted to account for the defibrillator coverage described in CRs 2880 and 2992, covered services for the indications in these CRs will no longer be paid FFS when the beneficiary is under a MA plan.

Now in CR-3604, Medicare announces expanded coverage for implantable defibrillators for additional indications, effective January 27, 2005. These indications are:

- Patients with ischemic dilated cardiomyopathy (IDCM), documented prior myocardial infarction (MI), New York Heart Association (NYHA) Class II and III heart failure, and measured left ventricular ejection fraction (LVEF)  $\leq 35\%$ ;

Cont. on next page

# MEDICAL POLICY

- Patients with nonischemic dilated cardiomyopathy (NIDCM) > 9 months, NYHA Class II and III heart failure, and measured LVEF  $\leq$  35%;
- Patients who meet all current CMS coverage requirements for a cardiac resynchronization therapy (CRT) device and have NYHA Class IV heart failure;
- Patients with NIDCM > 3 months, NYHA Class II or III heart failure, and measured LVEF  $\leq$  35%.

Please note this additional information:

- Since this new coverage exceeds the significant cost threshold for managed care organizations, services related to the newly covered indications will be paid only on a fee-for-service basis for patients enrolled in a managed care plan. To reiterate, for these new indications, Medicare will pay for covered defibrillators on a FFS basis for claims for beneficiaries under MA plans through December 31, 2005. (Coverage guidelines can be found in the National Coverage Determination Manual (NCDM), Section 20.4.). **As a reminder, remember that MA plan beneficiaries are responsible for paying applicable coinsurance, but are not responsible for paying Part A or Part B deductibles (so you should assume that the Part A or Part B deductible has been met). To indicate that the beneficiary is under an MA plan and the services provided are for one of the new indications, providers are to include a KZ modifier for carrier claims and a condition code of 78 for fiscal intermediary claims until the MA capitated rates are adjusted.**
- Payment for previously covered indications for defibrillator use, i.e., those indications approved prior to January 27, 2005, will be part of the MA capitated rates and are not to be paid on a FFS basis for beneficiaries under a MA plan.
- Except for reimbursing for the use of the defibrillators for the new indications, the processing of defibrillator claims for non-MA beneficiaries remains unchanged.
- For indications effective after January 27, 2005, patients must not have:
  - Cardiogenic shock or symptomatic hypotension while in a stable baseline rhythm;
  - Had a coronary artery bypass graft (CABG) or Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) within the past 3 months;
  - Had an acute MI within the past 40 days;
  - Clinical symptoms or findings that would make them a candidate for coronary revascularization;  
or
  - Any disease, other than cardiac disease (e.g., cancer, uremia, liver failure), associated with a likelihood of survival less than 1 year.
- All patients considered for implantation of a defibrillator must be able to give informed consent.
- Myocardial infarctions must be documented and defined according to the consensus document of the Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial Infarction.
- Ejection fractions must be measured by angiography, radionuclide scanning, or echocardiography.
- Providers must be able to justify the medical necessity of devices other than single lead devices. This justification should be available in the medical record.

Cont. on next page

# MEDICAL POLICY

You should also be aware that Medicare is requiring that patients receiving a defibrillator for the new indications (or for any other indication that is for the primary prevention of sudden cardiac arrest [no history of a previous cardiac arrest]) be enrolled in either a Food and Drug Administration-approved Category B Investigational Device Exemption (IDE) clinical trial, a trial under the Centers for Medicare & Medicaid Services Clinical Trial Policy, or a qualifying data collection system including approved clinical trials and registries to ensure the safety and quality of care.

Initially, CMS will maintain an implantable automatic defibrillator registry using a mechanism that Medicare participating hospitals already use to submit quality data to the Quality Improvement Organizations (QIOs). Hospital staff will fill out the data collection form (supplied by CMS) using the ICD Abstraction Tool and transmit it via QNet (Quality Network Exchange) to the QIO. Iowa Foundation for Medical Care (IFMC) will collect and maintain registry data and the QIOs will be able to ensure the quality of the data by sampling charts. Additional information regarding the ICD Abstraction Tool is available through a previously issued Special Edition MedLearn Article (SE0517), which is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/SE0517.pdf>

Additional data collection systems (trials or registries) addressing at a minimum the hypotheses specified in this decision must meet the following basic criteria:

- Written protocol on file,
- Institutional Review Board review and approval,
- Scientific review and approval by two or more qualified individuals who are not part of the research team, and
- Certification that investigators have not been disqualified.

For purposes of this coverage decision, CMS will determine whether specific registries or clinical trials meet these criteria.

Also, remember that the QR modifier was created for use on Part B claims to identify protocol covered services. The appropriate use of the QR modifier, in defibrillator claims, is to identify patients whose data is being submitted to a registry and to document meeting the coverage requirement for devices implanted for primary prevention of sudden cardiac arrest. Providers should only append the QR modifier on claims submitted on or after April 1, 2005. This modifier is not required when ICD-9-CM codes 427.1 ventricular tachycardia; 427.41 ventricular fibrillation; 427.42 ventricular flutter; 427.5 cardiac arrest; 427.9 cardiac dysrhythmia, unspecified appear on the claim, as these codes identify a patient receiving the device as secondary, not primary prevention, of sudden cardiac arrest. On the other hand, if none of the above ICD-9 diagnosis codes applies to the device implant, patient data should be submitted to a registry and the QR modifier is required for claims submitted on or after April 1, 2005.

One final note:

- Providers billing Medicare Fiscal Intermediaries should:
- Use the following G codes (payable under OPPS effective October 1, 2003): G0297, G0298, G0299, and G0300.

**NOTE:** THESE G CODES ARE NOT PAYABLE UNDER THE MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE AND, THEREFORE, SHOULD NOT BE BILLED TO MEDICARE CARRIERS.

- Use the following ICD-9-CM procedure code on 11X type of bills: 37.94

Cont. on next page



# MEDICAL POLICY

- Providers billing carriers should use procedure code 33249.

## Additional Information

You can find more information about Billing for Implantable Automatic Defibrillators for Beneficiaries in an MA Plan by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR 3604 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

Finally, if you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Trans. 497/CR-3604/January 27, 2005

---

## BILLING FOR HEMOPHILIA BLOOD CLOTTING FACTORS (MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL (PUB. 100-04), CHAPTER 17, SECTION 80.4)

### Provider Types Affected

Physicians and providers billing Medicare carriers and intermediaries for blood clotting factors

### Provider Action Needed

Physicians and providers should note that this instruction is based on information contained in Change Request (CR) 3755 which states that **blood clotting factors** not paid on a cost or prospective payment system basis are priced as a drug/biological under the drug pricing fee schedule effective for the specific date of service.

**NOTE:** 1) MEDICARE CARRIERS PROCESS CLAIMS FROM NONINSTITUTIONAL PROVIDERS FOR BLOOD CLOTTING FACTORS, WHILE 2) BLOOD CLOTTING FACTOR CLAIMS FROM INSTITUTIONAL (INCLUDING CLAIMS FROM HOSPITAL-BASED HEMOPHILIA CENTERS) ARE PROCESSED BY MEDICARE FISCAL INTERMEDIARIES (FIs).

Be sure billing staff is aware of this requirement.

### Background

Blood clotting factors not paid on a cost or prospective payment system basis are priced as a drug/biological under the drug pricing fee schedule effective for the specific date of service. As of January 1, 2005, the ASP (average sales price) plus 6% is used.

If a beneficiary is in a covered Part A stay in a Prospective Payment System (PPS) hospital, the clotting factors are paid in addition to the DRG/HIPPS payment (For FY 2005, this payment is based on 95% of Average Wholesale Prices (AWP)). For a Skilled Nursing Facility (SNF) subject to SNF/PPS, the payment is bundled into the SNF/PPS rate.

For hospitals subject to the Outpatient Prospective Payment System (OPPS), the clotting factors, when paid under Part B, are paid based on an Ambulatory Payment Classification, or the APC. For SNFs, the clotting factors, when paid under Part B, are paid based on cost.

### Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR 3755 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. 521/CR 3755/April 8, 2005

# MEDICAL POLICY

## EXPANDED COVERAGE FOR PET SCANS FOR CERVICAL AND OTHER CANCERS, NEW CODING FOR PET SCANS, AND BILLING REQUIREMENTS FOR PET SCANS FOR SPECIFIC INDICATIONS OF CERVICAL AND OTHER CANCERS

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON APRIL 20, 2005, TO REFLECT A NEW CR TRANSMITTAL NUMBER, SINCE CR 3741 WAS RE-ISSUED. NO OTHER CHANGES WERE MADE EXCEPT TO ADD A STATEMENT IN THE "ADDITIONAL INFORMATION" SECTION OF THIS ARTICLE TO REMIND PROVIDERS TO ISSUE ADVANCED BENEFICIARY NOTICES.

### Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers billing Medicare carriers and Fiscal Intermediaries (FIs) for the subject PET scans

### Provider Action Needed

CR 3741, as summarized by this instruction, changes the national coverage for the use of 2-[F-18] Fluoro-D-Glucose Positron Emission Tomography scans (FDG-PET) for certain cancer indications.

Effective for services performed on or after January 28, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) expands national coverage of FDG-PET to include:

- Specific indications in patients with cervical cancer;
- Indications not previously specified in 5 other cancer diagnoses; brain, ovarian, pancreatic, small cell lung, and testicular (**but only when you and your patients are participating in specifically defined prospective clinical studies/trials**);
- Monitoring response to treatment when a change in therapy is indicated in a number of cancers that are already covered for diagnosis, staging, and restaging; and,

A broad range of other cancers not previously specified (**but only when you and your patients are participating in specifically defined prospective clinical studies/trials**).

**NOTE:** FOR THE COVERAGE OF SPECIFIC INDICATIONS, SEE TABLE 1 BELOW.

### Background

Positron Emission Tomography (PET) is a noninvasive diagnostic imaging procedure that assesses the level of metabolic activity and perfusion in various organ systems. In this procedure, a positron camera produces cross-sectional tomographic images obtained from intravenous positron emitting radioactive tracer substances (radiopharmaceuticals), such as 2-[F-18] Fluoro-D-Glucose (FDG). In general, FDG PET is covered in the following clinical situations:

### Diagnosis

When the results may help avoid an invasive diagnostic procedure, or help determine the best anatomic location for an invasive diagnostic procedure.

### Staging

When a cancer's stage remains in doubt after completion of a standard diagnostic workup, including conventional imaging (computed tomography, magnetic resonance imaging, or ultrasound); when using PET could potentially replace one or more conventional imaging studies if it is expected that conventional study information is not sufficient for the patient's clinical management, and when the patient's clinical management would differ depending on the cancer's stage.

Cont. on next page

# MEDICAL POLICY

## ***Restaging***

After the completion of treatment for the purpose of detecting residual disease, for detecting suspected recurrence, or metastasis, to determine the extent of a known recurrence, or if it could potentially replace one or more conventional imaging studies when it is expected that conventional study information is not adequate to determine the extent of a known recurrence, or if study information is not sufficient for the patient's clinical management. Restaging applies to testing after a course of treatment is completed and is covered subject to the above conditions.

## ***Monitoring***

Monitoring refers to evaluating tumor response to treatment during the planned course of therapy (i.e., when a change in therapy is anticipated).

CR 3741 expands the FDG PET national coverage policy (by revisions to the National Coverage Determinations (NCD) Manual – CMS Publication (Pub.) 100-03 and the Medicare Claims Processing Manual – CMS Pub. 100-04) by providing general Medicare coverage and billing requirements for FDG PET usage for brain, cervical, ovarian, pancreatic, small cell lung, testicular, and other cancer indications both previously specified and not previously specified.

In newly diagnosed and locally advanced cervical cancer (after negative conventional imaging for extrapelvic metastasis) CMS determines that the evidence is adequate to conclude that FDG PET to detect pretreatment metastases (staging) is reasonable and necessary as an adjunct test.

In addition, for brain, ovarian, pancreatic, small cell lung, and testicular cancers, CMS determines that the evidence is sufficient to conclude that FDG PET is reasonable and necessary only when the provider is participating in, and patients are enrolled in, one of the following types of prospective clinical studies:

- A clinical trial of FDG PET that meets the requirements of the Food and Drug Administration (FDA) category B investigational device exemption (42 CFR 405.201); or

A FDG PET clinical study that is designed to collect additional information at the time of the scan to assist in patient management. Qualifying clinical studies must ensure that specific hypotheses are addressed; appropriate data elements are collected; hospitals and providers are qualified to provide the PET scan and interpret the results; participating hospitals and providers accurately report data on all enrolled patients not included in other qualifying trials through adequate auditing mechanisms; and, all patient confidentiality, privacy, and other Federal laws must be followed.

In addition, coverage is also expanded under clinical studies (as defined above) for certain indications of brain, cervical, colorectal, esophageal, head and neck, lymphoma, melanoma, non-small cell lung, ovarian, pancreatic, small-cell lung, soft tissue sarcoma, thyroid, testicular, and other cancers not previously identified. Monitoring response to treatment when a change in therapy is indicated is now covered in a number of cancers (cervical, colorectal, esophageal, head and neck, lymphoma, melanoma, non-small cell lung, and thyroid) only in the context of a clinical study. Lastly, this guidance expands coverage in the context of a clinical study for a broad range of other cancers not previously specified. You can find these changes in the following table.

Cont. on next page

# MEDICAL POLICY

**Table 1 - Coverage of FDG PET for Cancer Indications / Effective January 28, 2005**

| Indication   | Covered <sup>1</sup> | Nationally Non-covered <sup>2</sup> | Coverage with Evidence Development <sup>3</sup> |
|--|----------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Brain</b>   |                      |                                     | X   |
| <b>Breast</b>  |                      |                                     |   |
| – Diagnosis  |                      | X                                   |   |
| – Initial staging of axillary nodes                          |                      | X                                   |   |
| – Staging of distant metastasis                              | X                    |                                     |   |
| – Restaging, monitoring *                                    | X                    |                                     |   |
| <b>Cervical</b>  |                      |                                     |   |
| – Staging as adjunct to conventional imaging                 | X                    |                                     |   |
| – Other staging  |                      |                                     | X   |
| – Diagnosis, restaging, monitoring *                         |                      |                                     | X   |
| <b>Colorectal</b>  |                      |                                     |   |
| – Diagnosis, staging, restaging                              | X                    |                                     |   |
| – Monitoring *   |                      |                                     | X   |
| <b>Esophagus</b>   |                      |                                     |   |
| – Diagnosis, staging, restaging                              | X                    |                                     |   |
| – Monitoring *   |                      |                                     | X   |
| <b>Head and Neck (non-CNS/thyroid)</b>                       |                      |                                     |   |
| – Diagnosis, staging, restaging                              | X                    |                                     |   |
| – Monitoring *   |                      |                                     | X   |
| <b>Lymphoma</b>  |                      |                                     |   |
| – Diagnosis, staging, restaging                              | X                    |                                     |   |
| – Monitoring *   |                      |                                     | X   |
| <b>Melanoma</b>  |                      |                                     |   |
| – Diagnosis, staging, restaging                              | X                    |                                     |   |
| – Monitoring *   |                      |                                     | X   |
| <b>Non-Small Cell Lung</b>                                   |                      |                                     |   |
| – Diagnosis, staging, restaging                              | X                    |                                     |   |
| – Monitoring *   |                      |                                     | X   |
| <b>Ovarian</b>   |                      |                                     | X   |
| <b>Pancreatic</b>  |                      |                                     | X   |
| <b>Small Cell Lung</b>                                       |                      |                                     | X   |
| <b>Soft Tissue Sarcoma</b>                                   |                      |                                     | X   |
| <b>Solitary Pulmonary Nodule (characterization)</b>          | X                    |                                     |   |
| <b>Thyroid</b>   |                      |                                     |   |
| – Staging of follicular cell tumors                          | X                    |                                     |   |
| – Restaging of medullary cell tumors                         |                      |                                     | X   |
| – Diagnosis, other staging & restaging                       |                      |                                     | X   |
| – Monitoring *   |                      |                                     | X   |
| <b>Testicular</b>  |                      |                                     | X   |
| <b>All other cancers not listed herein (all indications)</b> |                      |                                     | X   |

<sup>1</sup> Covered nationally based on evidence of benefit. Refer to National Coverage Determination Manual Section 220.6 in its entirety for specific coverage language and limitations for each indication.

<sup>2</sup> Non-covered nationally based on evidence of harm or no benefit

<sup>3</sup> Covered only in specific settings discussed above if certain patient safeguards are provided. Otherwise, non-covered nationally based on lack of evidence sufficient to establish either benefit or harm or no prior decision addressing this cancer. Medicare will notify providers and beneficiaries where these services can be accessed, as they become available, via Federal Register Notice and the CMS coverage Web site at: <http://www.cms.hhs.gov/coverage>

\*Monitoring = monitoring response to treatment when a change in therapy is anticipated. Cont. on next page



# MEDICAL POLICY

Perhaps a quick review of the term National Coverage Determination (NCD) would be helpful at this point. NCDs grant, limit, or exclude Medicare coverage for a specific medical item/service. They apply nationwide and are binding on all Medicare carriers, FIs, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, and health care prepayment plans for purposes of Medicare coverage. Moreover, an administrative law judge may not review an NCD.

Here are some specific details about the NCD issued as part of CR 3741 of which you should be aware:

- A particular use of FDG PET scans is not covered unless the NCD Manual specifically provides coverage of that use.
- All currently non-covered FDG PET indications based on lack of evidence or benefit remain in effect (i.e., HCPCS G0219 and G0252 remain in effect as non-covered PET indications).
- For all other currently non-covered FDG PET indications (not based on lack of evidence or benefit), Medicare will cover FDG PET scans meeting the clinical study/trial criteria outlined in this NCD.
- Effective for claims with dates of service on or after January 28, 2005, all HCPCS codes listed in Table 2 (below) will be used for all covered PET scan indications specified, and those listed in Table 3 (below) will become invalid. Additionally, a new HCPCS code (G0235 – PET not otherwise specified) has been added for non-coverage of PET scan indications not otherwise specified.

**NOTE:** WHILE G0336 FOR COVERAGE OF PET SCANS FOR DEMENTIA AND NEURODEGENERATIVE DISEASES WILL BE REPLACED WITH A CPT CODE FOR SERVICES ON OR AFTER JANUARY 28, 2005, ALL OTHER LIMITING CONDITIONS AND INDICATIONS FOR COVERAGE APPLY. REFER TO THE NATIONAL COVERAGE DETERMINATIONS MANUAL, SECTION 220.6.13, FOR COMPLETE COVERAGE CONDITIONS FOR PET SCANS FOR DEMENTIA AND NEURODEGENERATIVE DISEASES.

**Table 2 / CPT Codes for Covered PET scan Indications  
Effective for dates of service on or after January 28, 2005**

| CPT Code | Description  |
|----------|--|
| 78459    | Myocardial imaging, positron emission tomography (PET), metabolic evaluation   |
| 78491    | Myocardial imaging, positron emission tomography (PET), perfusion, single study at rest or stress  |
| 78492    | Myocardial imaging, positron emission tomography (PET), perfusion, multiple studies at rest and/or stress  |
| 78608    | Brain imaging, positron emission tomography (PET); metabolic evaluation  |
| 78609    | Brain imaging, positron emission tomography (PET); perfusion evaluation  |
| 78811    | Tumor imaging, positron emission tomography (PET); limited area (eg, chest, head/neck)   |
| 78812    | Tumor imaging, positron emission tomography (PET); base to mid thigh   |
| 78813    | Tumor imaging, positron emission tomography (PET); whole body  |
| 78814    | Tumor imaging, positron emission tomography (PET) with concurrently acquired computed tomography (CT) for attenuation correction and anatomical localization; limited area (eg chest, head/neck) |
| 78815    | Tumor imaging, positron emission tomography (PET) with concurrently acquired computed tomography (CT) for attenuation correction and anatomical localization; skull base to mid thigh            |
| 78816    | Tumor imaging, positron emission tomography (PET) with concurrently acquired computed tomography (CT) for attenuation correction and anatomical localization; whole body                         |

# MEDICAL POLICY

**Table 3 / HCPCS Codes Not Valid for Medicare  
for Dates of Service On or After January 28, 2005**

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| G0030 | G0046                                    | G0223 |
| G0031 | G0047                                    | G0224 |
| G0032 | G0125                                    | G0225 |
| G0033 | G0210                                    | G0226 |
| G0034 | G0211                                    | G0227 |
| G0035 | G0212                                    | G0228 |
| G0036 | G0213                                    | G0229 |
| G0037 | G0214                                    | G0230 |
| G0038 | G0215                                    | G0231 |
| G0039 | G0216                                    | G0232 |
| G0040 | G0217                                    | G0233 |
| G0041 | G0218                                    | G0234 |
| G0042 | (this space intentionally<br>left blank) | G0253 |
| G0043 | G0220                                    | G0254 |
| G0044 | G0221                                    | G0296 |
| G0045 | G0222                                    | G0336 |

## Additional Information

CMS reminds providers to issue Advanced Beneficiary Notices to Medicare patients advising them of potential financial liability if all specified conditions for coverage of PET are not met.

You can find more information about the billing requirements for FDG PET scans for brain, cervical, ovarian, pancreatic, small cell lung, soft tissue sarcoma, testicular, and all other cancer Indications by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR 3741 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

Please note that there will be two transmittals with CR 3741, one for the NCD issuance itself and the other for the changes to Medicare claims processing as a result of the NCD. The revised portion of the NCD Manual will be attached to CR 3741, transmittal number 31. The billing/claims processing changes to the Medicare Claims Processing Manual will be attached to CR 3741, transmittal number 527.

Finally, if you have questions, please contact your carrier at: 1-877-715-1921.

Trans. 31 and 527/CR-3741/April 18, 2005

# MEDICAL POLICY

## ANTI-CANCER CHEMOTHERAPY FOR COLORECTAL CANCER

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON MAY 23, 2005, TO REFLECT THE REVISION OF THE ORIGINAL CR3742. THE CR WAS REVISED TO SHOW THAT REVENUE CODE 0636 IS USED WHEN BILLING MEDICARE FISCAL INTERMEDIARIES FOR ANTI-CANCER DRUGS FURNISHED DURING A CLINICAL TRIAL ON OUTPATIENT CLAIMS, BUT REVENUE CODE 0250 SHOULD BE USED WHEN BILLING FOR ANTI-CANCER DRUGS FURNISHED DURING A CLINICAL TRIAL ON INPATIENT CLAIMS.

### Provider Types Affected

Providers and suppliers billing Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), and fiscal intermediaries (FIs) for anti-cancer chemotherapy

### Provider Action Needed

This article is based on information contained in Change Request (CR) 3742, which states that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will cover the off-label use of Oxaliplatin (Eloxatin™), Irinotecan (Camptosar®), Cetuximab (Erbix™), or Bevacizumab (Avastin™) in clinical trials identified by CMS and sponsored by the National Cancer Institute (NCI).

This national coverage decision does not:

- Modify existing requirements for coverage of these and other anti-cancer chemotherapeutic agents for FDA-approved indications or for off-label indications listed in an approved compendium; or
- Change existing coverage for any off-label uses of these drugs provided outside the clinical trials identified.

Medicare carriers, DMERCs, and intermediaries will continue to make local coverage determinations for medically accepted uses of off-label indications based on guidance provided by the Secretary of the Department of Health and Human Services (DHHS).

### Background

On January 28, 2005, CMS announced a National Coverage Determination (NCD) covering the off-label use of certain colorectal anti-cancer drugs in identified clinical trials of colorectal cancer and other cancer types. These clinical trials study the use of one or more off-label uses of these four drugs in colorectal and other cancer types.

**NOTE:** THE CLINICAL TRIALS FOR WHICH THESE DRUGS AND OTHER ITEMS AND SERVICES ARE COVERED APPEAR IN APPENDIX A IN THE NCD AT <http://www.cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=90> ON THE CMS WEB SITE.

Anti-cancer chemotherapeutic agents are eligible for coverage in a clinical trial setting when the following occurs:

- They are used in accordance with Food and Drug Administration (FDA)-approved labeling;
- Their use is supported in one of the authoritative drug compendia; or
- The Medicare contractor (carriers, Fiscal Intermediaries (FIs), DMERCs) determines an off-label use is medically accepted based on guidance provided by Secretary of DHHS.

Cont. on next page

# MEDICAL POLICY

Effective for services provided on or after January 28, 2005, CMS covers the following anti-cancer chemotherapeutic agents, which have been approved by the FDA for the treatment of colorectal cancer, when used in clinical trials identified by CMS and sponsored by the National Cancer Institute:

- Oxaliplatin (Eloxatin™)
- Irinotecan (Camptosar®)
- Cetuximab (Erbix™)
- Bevacizumab (Avastin™)

Under the concept of linking Medicare coverage determinations to clinical studies, the investigational items and services provided in qualified scientific studies are covered (including clinical trials, practical trials, and systematic data collection systems) when:

- They provide for the accrual of supporting evidence of medical necessity; and
- They collect data to support decisions about whether or not a technology is reasonable and necessary.

**NOTE:** THE LIST OF IDENTIFIED CLINICAL TRIALS FOR WHICH THE ROUTINE COSTS OF THE ITEMS AND SERVICES ARE COVERED APPEARS IN THE CLINICAL TRIALS SECTION, AT <http://www.cms.hhs.gov/coverage> ON THE CMS WEB SITE.

Non-routine clinical costs include items and services that are provided in either the investigational or the control arms of a clinical trial specified by CMS for coverage. The following non-routine items and services **are not covered** and include items and services:

- Provided solely to satisfy data collection, and that are not used in the direct clinical management of the patient;
- Provided solely to determine trial eligibility;
- Customarily provided by the research sponsors free-of-charge for any enrollee in the trial;
- That are statutorily excluded from Medicare coverage; or
- That do not fall into a benefit category.

This NCD, issued on January 28, 2005, does not withdraw Medicare coverage for items and services that may be covered according to the existing national coverage policy for Routine Costs in a Clinical Trial (See National Coverage Determination Manual, Section 310.1 at [http://www.cms.hhs.gov/manuals/103\\_cov\\_determ/ncd103index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/103_cov_determ/ncd103index.asp) on the CMS web site.

**NOTE:** THE EXISTING REQUIREMENTS FOR COVERAGE OF OXALIPLATIN, IRINOTECAN, CETUXIMAB, BEVACIZUMAB, OR OTHER ANTICANCER CHEMOTHERAPEUTIC AGENTS FOR FDA-APPROVED INDICATIONS OR FOR INDICATIONS LISTED IN AN APPROVED COMPENDIUM ARE NOT MODIFIED.

Medicare contractors will continue to make reasonable and necessary coverage determinations under the Social Security Act (Section 1861(t)(2)(B)(ii)(II)) based on guidance provided by CMS for medically accepted uses of off-label indications of Oxaliplatin, Irinotecan, Cetuximab, Bevacizumab, or other anticancer chemotherapeutic agents provided outside of the identified clinical trials appearing on the CMS website noted previously.

Cont. on next page



# MEDICAL POLICY

Some important points to remember when billing Medicare for these anti-cancer drugs are as follows:

- FIs will accept claims for these drugs on types of bill (TOB) 11x, 12x, 13x, 18x, 21x, 22x, 23x, and 85x. Use revenue code 0636 used for anti-cancer drugs furnished during a clinical trial for outpatient claims and use revenue code 0250 for inpatient claims.
- When billing carriers, DMERCs and FIs, on a claim other than an inpatient claim, include the QR modifier to show the drug was furnished during a clinical trial.
- Claims submitted to FIs should also contain an ICD-9-CM diagnosis code of V70.7 in the second diagnosis code position to show that the claim involves a clinical trial.
- When using the QR modifier, also be sure to include a HCPCS code of J9035, J9055, J9206, J9263, J8520, J8521, J9190, or J9201, as appropriate for the anti-cancer drug being billed.
- Providers are also to include a QR modifier when billing for nonroutine costs associated with these clinical trials.
- DMERCs will accept claims with HCPCS codes of J8520 and J8521 as clinical trial codes for **oral anticancer** drugs, when accompanied by the QR modifier to show use in a clinical trial.
- When billing for covered routine costs associated with clinical trials as described in section 310 of the NCD Manual, be sure to include a QV modifier on the claim.
- Submit an appropriate cancer diagnosis code for the clinical trial on the claim.

Note: While this NCD is effective as of January 28, 2005, Medicare systems will be unable to process claims containing the QR modifier received before April 1, 2005. For that reason, do not send in claims for drugs or other nonroutine services covered under this NCD until April 1, 2005. Do not hold claims for nonroutine services containing the QV modifier associated with this NCD.

## Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC/intermediary regarding this change. That instruction includes the NCD section 110.17 and it may be viewed by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR 3742 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

You should see two versions of CR 3742 on this web site. The version of CR 3742 with a transmittal number of R30NCD will contain the NCD information and the version with a transmittal number of R512CP will contain the Medicare claims processing instructions.

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

Trans. #:30 and 567/CR-3742/May 20, 2005

# MEDICAL POLICY

## ABARELIX FOR THE TREATMENT OF PROSTATE CANCER

### Provider Types Affected

Providers who care for Medicare beneficiaries with prostate cancer

### Provider Action Needed

Effective March 15, 2005, you may bill for the use of abarelix (Plenaxis™) for certain patients with advanced, symptomatic prostate cancer.

### What You Need to Know

Effective March 15, 2005, CMS is extending national coverage for the use of abarelix (Plenaxis™) as a palliative treatment, for the indications described below, in patients with advanced, symptomatic prostate cancer.

### What You Need to Do

Make sure that your billing staff is aware of this new coverage.

### Background

#### Treatment Options for Prostate Cancer

Treatment options for prostate cancer vary depending on patient age, cancer stage, and individual medical conditions. Surgery (e.g., radical prostatectomy) or radiation is typically used for early-stage disease, whereas hormonal therapy, chemotherapy, and radiation (or combinations of these treatments) are used for more advanced disease.

Hormonal therapy for prostate cancer has evolved from orchiectomy and estrogens to the use, in recent years, of synthetic drugs known as gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonists, such as leuprolide (Lupron™) and goserelin (Zoladex™).

#### Abarelix

More recently, newer GnRH receptor antagonist compounds, such as abarelix (Plenaxis™), are, in contrast, thought to be devoid of agonist activity and to lack an initial androgen-stimulating effect. Abarelix (Plenaxis™) has been proposed as a substitute for GnRH agonists (with and without antiandrogens) in the treatment of patients with advanced prostate cancer, for whom a surge in androgen blood levels may pose a risk of “clinical flare.” For this indication, abarelix is the first GnRH receptor antagonist that the Food and Drug Administration (FDA) has approved.

CMS determines that the evidence is adequate to conclude that abarelix (Plenaxis™) is reasonable and necessary as a palliative treatment in patients with advanced symptomatic prostate cancer who: (1) decline surgical castration; (2) when GnRH therapy is not appropriate, and (3) who present with one of the following indications:

- Risk of neurological compromise due to metastases,
- Ureteral or bladder outlet obstruction due to local encroachment or metastatic disease, or
- Severe bone pain from skeletal metastases persisting on narcotic analgesia.

Please note that the following additional conditions for coverage must be met, in accordance with the Food and Drug Administration (FDA) labeling requirements, to ensure that abarelix (Plenaxis™) is used only in patients for whom the drug is indicated:

In evaluating this prostate cancer patient, the physician must attest to, and accept the following qualifications and responsibilities, and must have enrolled in the post-marketing risk management program that the drug manufacturer has established.

Cont. on next page

# MEDICAL POLICY

The physician must attest willingness and ability to:

- Diagnose and manage advanced symptomatic prostate cancer;
- Diagnose and treat allergic reactions, including anaphylaxis;
- Have access to medication and equipment necessary to treat allergic reactions, including anaphylaxis;
- Have patients observed for development of allergic reactions for 30 minutes following each administration of abarelix (Plenaxis™);
- Understand the risks and benefits of palliative treatment with abarelix (Plenaxis™);
- Educate patients on the risks and benefits of palliative treatment with abarelix (Plenaxis™); and
- Report serious adverse events as soon as possible to the manufacturer and/or the FDA.

Finally, be aware that CMS has also determined that the evidence is not adequate to conclude that abarelix (Plenaxis™) is reasonable and necessary for indications other than those specified above. Therefore, all other uses of abarelix (Plenaxis™) are not covered. Further, in light of the concern regarding safety risks of abarelix (Plenaxis™), off-label uses that may appear in listed statutory drug compendia on which Medicare and its contractors rely to make coverage determinations will remain non-covered until CMS completes a reconsideration of this National Coverage Determination.

## Additional Information

The following claims processing points should be noted:

- Use HCPCS code J0128 for claims when billing Medicare for abarelix used for treatment of prostate cancer patients in accordance with the requirements specified by the NCD.
- Medicare fiscal intermediaries will accept abarelix claims on types of bill 11X, 13X, 18X, 83X, and 85X.

Also, use revenue code 0636 on the claim to reflect a drug requiring detailed coding.

- Medicare carriers and intermediaries will pay separately for abarelix chemotherapy injections when billed using an appropriate chemotherapy administration procedure code in addition to the visit furnished on the same day.
- For services performed on or after March 15, 2005, Medicare will deny claims for uses of abarelix that are not covered under the NCD, (NCD Manual Section 110.18). An appropriate remittance advice code will be sent to reflect the denial using MSN 6.5 (*Medicare cannot pay for this in injection because one or more requirements for coverage were not met, reason code 47 (this, these) diagnosis(es) is (are) not covered, missing, or are invalid*), and remark code M76 - *missing/incomplete invalid diagnosis or condition*.

You can find more information about abarelix for the Treatment of Prostate Cancer by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

From that web page, look for CR 3775 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

You might also want to look at Chapter 1, Part 2, Section 110.18 of the Medicare National Coverage Determinations Manual that is an attachment to CR 3775.

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

Trans. 532/CR-3775/April 25, 2005

## Políticas de Pago

### ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LA INICIATIVA DE CODIFICACIÓN CORRECTA (CCI), VERSIÓN 11.2, VIGENTE 1 DE JULIO DE 2005

#### Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los contratistas de Medicare

#### Acción Necesaria de parte del Proveedor

Este es un recordatorio a los médicos de las actualizaciones trimestrales a la iniciativa de codificación correcta. El próximo ciclo de correcciones a la CCI entrará en vigor el 1 de julio de 2005. Los médicos pueden ver las correcciones actuales a la CCI y a los Códigos que se Excluyen Mutuamente ("Mutually Exclusive Codes", MEC, por sus siglas en inglés) en el portal en la Internet de los Centros de Servicio Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en: <http://www.cms.hhs.gov/physicians/cciedits>

El portal en la Internet se actualizará con las enmiendas a la **Versión 11.2** tan pronto estén vigentes.

#### Trasfondo

La Iniciativa Nacional de Codificación Correcta desarrollada por CMS ayuda a promover, en el ámbito nacional, metodologías para la codificación correcta y controla la incidencia de codificación incorrecta. 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, así como políticas y modificaciones nacionales y locales, guías de codificación desarrolladas por sociedades nacionales, el análisis del estándar de la práctica médica y quirúrgica y la revisión a la práctica de codificación actual.

El grupo de correcciones más recientes a la CCI, Versión 11.2, entrará en vigor el 1 de julio de 2005. Esta versión incluirá todas las actualizaciones desde el 1 de enero de 1996 hasta el presente y está organizada en dos (2) tablas: **Columna 1/Columna 2 Correcciones a la Codificación y al MEC.**

## Billing Policies

### QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 11.2, EFFECTIVE JULY 1, 2005

#### Provider Types Affected

*Physicians billing Medicare carriers*

#### 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 July 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 11.2 edits as soon as they are effective.*

#### 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 11.2, is effective on July 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.***

Cont. on next page



## Políticas de Pago

### Información Adicional

Los expedientes del CCI y el MEC se mantendrán solamente en el Manual Electrónico, Capítulo 23, Sección 20.9, y puede accederlo en: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp)

CR3823/Trans. 563/Pub. 100-04 MCP/May 20, 2005/els

## Billing Policies

### Additional Information

*The CCI and MEC files will be maintained in the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04), Chapter 23, Section, 20.9, which can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104index.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp)*

## IMPLEMENTACIÓN DEL ARCHIVO ABSTRACTO PARA LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS E INTERPRETACIONES COMPRADAS (SUPLEMENTARIO AL CR 3841)

### Proveedores Afectados

Médicos y Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs por su siglas en inglés) que facturan a contratistas de Medicare por las pruebas diagnósticas e interpretaciones compradas.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR 3694 **reemplaza** el requisito establecido en el CR 3481 que le indica al contratista que le debe pagar al médico por las pruebas diagnósticas e interpretaciones realizadas fuera de la jurisdicción local del contratista.

### Lo que Necesita Saber

Todas las demás instrucciones establecidas en el CR 3481 permanecen en vigor.

### Lo que Necesita Hacer

Los contratistas de Medicare continuarán **pagándole al médico la tarifa local establecida, hasta nuevo aviso**, por servicios comprados fuera de la jurisdicción del contratista **cuando esta reclamación sea sometida por un médico registrado en la jurisdicción del contratista**. Los médicos

## IMPLEMENTATION OF THE ABSTRACT FILE FOR PURCHASED DIAGNOSTIC TESTS/INTERPRETATIONS (SUPPLEMENTAL TO CR-3481)

### Provider Types Affected

*Physicians and Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTFs) billing Medicare carriers for purchased diagnostic tests/interpretations*

### Provider Action Needed

*Related CR-3694 **replaces** the requirement in CR 3481 instructing carriers to pay physicians for diagnostic tests and interpretations performed outside of the local carrier's jurisdiction.*

### What You Need to Know

*All other instructions in CR-3481 remain in effect.*

### What You Need to Do

*Medicare carriers will continue to **pay physicians at the local rate, until further notice**, for services purchased outside of the carrier's jurisdiction **when submitted by a physician enrolled in the carrier's jurisdiction**. Physicians should continue to*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

deberán continuar reportando su nombre y la localización del centro de servicio en las reclamaciones para pruebas diagnósticas e interpretaciones compradas fuera de la jurisdicción local del contratista.

Los médicos continuarán utilizando su Número de Identificación Personal (PIN por sus siglas en inglés) para facturar tanto la porción comprada de las pruebas como la porción de la prueba realizada. **Los suplidores (laboratorios e IDTF's) facturarán a los contratistas locales**, independientemente dónde dichas pruebas fueron realizadas y **los contratistas han de pagar** a los suplidores basado en los códigos postales (ZIP codes).

**NOTA:** Los médicos deben seguir las instrucciones de facturación provistas en la Petición de Cambio 3630 (Trámite 414, emitido el 23 de diciembre de 2004) hasta nuevo aviso.

**NOTA:** Este artículo se revisó el 18 de marzo de 2005 para incluir el siguiente mensaje: "Algunos contratistas de Medicare utilizan un sistema de procesamiento de reclamaciones (conocido como el sistema ViPS Medicare Parte B) para procesar reclamaciones de Medicare. Estos contratistas no implementarán este cambio en estos momentos". Estos contratistas son:

- Empire Medicare Services
- Blue Cross Blue Shield of Kansas
- Triple-S
- GHI

Hasta nuevo aviso, los médicos y los Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs) que facturan a estos contratistas deben continuar utilizando las instrucciones de facturación que se proveen en el CR 3630, publicado el 23 de diciembre de 2004. Ese CR se puede localizar en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R415CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R415CP.pdf)

Además, podrá encontrar un artículo relacionado al CR 3630 en el portal de Medlearn Matters, pulsando el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3630.pdf>

## Billing Policies

*report their name and service facility location on claims for purchased tests/interpretations performed outside of the local carrier's jurisdiction.*

*Physicians use their own PIN to bill for both the purchased portion of the test and the portion of the test that they performed. **Suppliers (laboratories and IDTFs) are to bill local carriers** regardless of where the tests are performed and **carriers are to pay suppliers based on ZIP codes.***

**NOTE:** *Physicians should continue to follow the billing instructions provided in Change Request 3630 (Transmittal 415, issued on December 23, 2004) until further notice.*

**NOTE:** *This article was revised on March 18, 2005 to include the following message: Some Medicare carriers use a claims processing system (known as the ViPS Medicare Part B system) to process Medicare claims. These carriers will not implement this change at this time. Those carriers are:*

- Empire Medicare Services
- Blue Cross Blue Shield of Kansas
- Triple-S
- GHI

*Until further notice, physicians and independent diagnostic testing facilities who bill these carriers should continue to follow the billing instructions provided in CR-3630 issued on December 23, 2004. That CR can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R415CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R415CP.pdf)*

*Also, a corresponding Medlearn Matters article related to CR 3630 may be found at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3630.pdf>*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Trasfondo

El CR 3481 instituyó un archivo abstracto nacional de la Tarifa Fija de Medicare para los Médicos (MPFS; *Medicare Physician Fee Schedule*) que contiene los códigos del Procedimiento Común del Sistema de Codificación de Servicios de Salud (HCPCS), los cuales pueden ser facturados como pruebas diagnósticas e interpretaciones compradas por cada localidad. A partir del 1 de abril de 2005, los suplidores, incluyendo laboratorios, médicos y IDTF's, deberán facturar a su contratista local por las pruebas diagnósticas e interpretaciones compradas, independientemente de la localidad donde el servicio fue ofrecido. No obstante, y hasta nuevo aviso, CMS estará retrasando la implementación de las instrucciones de facturación según se especifica en el CR 3481 para las reclamaciones de servicios diagnósticos comprados que sean sometidas por médicos debido a algún asunto al informarla.

A partir del 1 de abril de 2005, los contratistas deberán adjudicar el precio de las reclamaciones basándose en el código postal (zip code) del lugar donde el servicio fue ofrecido, cuando sea sometido por un laboratorio o IDTF, mediante uso de un archivo abstracto del MPFS suplido por CMS el cual contenga los códigos HCPCS pagaderos bajo el MPFS ya sean como pruebas de interpretación compradas, para ese año calendario.

Hasta nuevo aviso, los contratistas deberán pagar la tarifa local para las reclamaciones por servicios de interpretación comprados aplicable cuando la reclamación sea sometida por un médico. **Los contratistas deberán aceptar y procesar las reclamaciones cuando sean facturadas por suplidores registrados en la jurisdicción del contratista**, independientemente del lugar donde el servicio se ofreció. **Los contratistas deberán aceptar reclamaciones sometidas por un IDTF** si el IDTF está previamente registrado para facturar los componentes que realiza de las pruebas diagnósticas compradas.

## Billing Policies

### Background

*CR-3481 instituted a national abstract file of the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) containing Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes billable as purchased diagnostic tests and interpretations for every locality throughout the country. Effective April 1, 2005, suppliers, including laboratories, physicians, and IDTFs, are to bill their local carrier for purchased diagnostics tests and interpretations, regardless of the location where the service was furnished. However, until further notice, CMS is delaying the implementation of the billing instructions specified in CR 3481 for purchased diagnostic service claims submitted by physicians due to a locality reporting issue.*

*Effective April 1, 2005, **carriers should price claims based on the ZIP code of the location where the service was rendered** when submitted by a laboratory or IDTF, using a CMS-supplied abstract file of the MPFS containing the HCPCS codes that are payable under the MPFS as either a purchased test or interpretation for the calendar year.*

*Until further notice, carriers should pay the local rate for purchased interpretation claims when submitted by a physician. **Carriers should accept and process claims when billed by suppliers enrolled in the carrier's jurisdiction**, regardless of the location where the service was furnished. **Carriers should allow claims submitted by an IDTF** if the IDTF has previously enrolled to bill for purchased diagnostic test components it performs.*

Cont. on next page

## Políticas de Pago

### Implementación

La fecha de implementación de ésta instrucción es el 4 de abril de 2005.

### Información Adicional

Para ver la instrucción oficial emitida a su contratista, visite el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esa página del Web, busque el CR 3694 en la columna de CR. NUM. a la derecha, y pulse el enlace para ese CR.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nosotros al 1-877-715-1921.

## Billing Policies

### Implementation

*The implementation date for this instruction is April 4, 2005.*

### Additional Information

*To view the official instruction issued to your carrier, visit: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*Once at that site, look for CR-3694 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

Trans. 464/CR3694/February 4, 2005 Revised

## 1RA ACTUALIZACIÓN A LA BASE DE DATOS DE LA TARIFA FIJA DE MEDICARE DEL 2005

**NOTA:** ESTA INSTRUCCIÓN FUE REVISADA EL 4 DE ABRIL DE 2005 PARA REFLEJAR QUE LA VIGENCIA PARA LOS CÓDIGOS PET (*POSITRON EMISIÓN TOMOGRAPHY*) MENCIONADOS EN LA SECCIÓN DE TRASFONDO ES EL 28 DE ENERO DE 2005.

### Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a contratistas de Medicare e Intermediarios Fiscales (FIs, por sus siglas en inglés) por servicios pagados bajo el Manual de Tarifa Fija de Medicare.

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los médicos y proveedores deben tener conocimiento de los cambios en la base de datos de la Tarifa Fija de Medicare e identificar aquellos cambios que puedan tener impacto en su práctica.

### Trasfondo

El CR 3726 enmienda los archivos de pago emitidos basándose en las Reglas Finales del 15 de noviembre de 2004 para la Base de Datos de la Tarifa Fija de Medicare del 2005.

## 1ST UPDATE TO THE 2005 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE

**NOTE:** THIS INSTRUCTION WAS REVISED ON APRIL 4, 2005 TO SHOW THE EFFECTIVE DATE FOR THE PET CODES REFERENCED IN THE BACKGROUND SECTION IS JANUARY 28, 2005.

### Provider Types Affected

*Physicians and providers billing Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (FIs) for services paid under the Medicare Physician Fee Schedule*

### Provider Action Needed

*Physicians and providers should be aware of the changes to the Medicare Physician Fee Schedule Database, and identify those changes that impact their practice.*

### Background

*CR 3726 amends payment files issued based upon the November 15, 2004, Final Rules for the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database. Many of the changes*

Cont. on next page



## Políticas de Pago

Muchos de estos cambios se relacionan con la Determinación de Cubierta Nacional (NCD; *por sus siglas en inglés*), que a su vez se relaciona con los códigos G y códigos CPT para la Tomografía por Emisión de Positrón (PET), los cuales fueron vigentes el 28 de enero de 2005.

### Información Adicional

Los cambios a la tarifa fija afecta a numerosos códigos CPT/HCPCS. Estos cambios son parte de la 1ra Actualización de la Base de Datos a la Tarifa Fija de Medicare, según se describen en un anejo al CR 3726.

Para información más detallada, refiérase a la instrucción oficial enviada a su contratista/ FI con respecto a este cambio, la cual está disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R475CP.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R475CP.pdf)

Desde esa página del Web, busque el CR 3726 en la columna de CR. NÚM. a la derecha, y pulse el enlace para ese CR.

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

## Billing Policies

*relate to a National Coverage Determination (NCD) related to G codes and CPT codes for Positron Emission Tomography (PET), which was effective January 28, 2005.*

### Additional Information

*The changes to the fee schedule involve numerous CPT/HCPCS codes. These changes to the 1st Update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database are described in an attachment to CR 3726.*

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/FI regarding this change. That instruction may be viewed at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR 3726 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

Tans. 475 /CR3726/ February 11, 2005 Revised

Cont. on next page

## Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

### ANULACIÓN DEL PAGO DE BONO PARA LA FACTURACIÓN POR SERVICIOS GLOBALES EN ÁREAS DE ESCASEZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y ÁREAS DE ESCASEZ DE MÉDICOS

Los contratistas de Medicare aceptarán, a partir del 13 de junio de 2005, reclamaciones con fechas de servicio del 1 de enero de 2005 en adelante de los médicos que facturaron por los servicios globales y que son elegibles para recibir el bono en Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud y Áreas de Escasez de Médicos (HPSA/PSA, por sus siglas en inglés). Estos servicios, de aprobarse, se pagarán, pero **sin el bono**. Este procedimiento de pago cambiará para las reclamaciones que se reciban del 1 de octubre de 2005 en adelante. En dicha fecha los contratistas aceptarán y considerarán el pago del bono para las reclamaciones con el PC/TC de 1 por servicios que se presten en áreas HPSA o PSA.

Para más información sobre este asunto, vea los artículos "**Medlearn Matters**" de la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 3822, [Revisión a las Reglas de Pago para las Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud y Áreas de Escasez de Médicos](#) y CR 3827, [MMA – Anulación del Pago de Bono para la Facturación por Servicios Globales en Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud y Áreas de Escasez de Médicos](#) en la sección de Artículos Recientes de nuestra página electrónica en: <http://www.triples-med.org>.

Además, los contratistas de Medicare volverán a procesar las reclamaciones denegadas de aquellos médicos que indiquen que desean se les pague por los servicios globales sin el pago del bono. Todos los médicos que prefieran renunciar al incentivo HPSA/PSA antes que facturar los componentes por separado, **deben notificarnos**. Pueden comunicarlo por correo postal (Medicare Triple-S, Inc. Apartado Postal 71391, San Juan PR 00936-1391), enviar un mensaje "Listserv" o llamarnos al 1-877-715-1921.

## Health Professional Shortage Area (HPSA)

### OVERRIDE OF AUTOMATED HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) AND PHYSICIAN SCARCITY (PSA) BONUS PAYMENTS FOR GLOBALLY BILLED SERVICES

*As of June 13, 2005, for claims with dates of services on January 1, 2005 and thereafter, Medicare carriers will accept claims from physicians who billed services globally and are eligible to receive automated HPSA/PSA bonus payments. These services, if approved, will be paid but **no bonus payment will be made**. This payment procedure will change for claims received on October 1, 2005 and thereafter, when carriers will accept claims for a service with a PC/TC of 1 and the service is provided in a HPSA or PSA and consider those claims for the bonus payment.*

*For further information on this subject, see the **Medlearn Matters** articles on CR-3822, [Revision to Health Professional Shortage Area \(HPSA\) and Physician Scarcity Area \(PSA\) Payment Rules](#) and CR-3827, [MMA - Override of Automated Health Professional Shortage Area HPSA\) and/or Physician Scarcity \(PSA\) Bonus Payments for Globally Billed Services](#) in our Most Recent Articles section of our Web page at: <http://www.triples-med.org>.*

*In addition, Medicare carriers will re-open and re-process denied claims brought to their attention by those physicians who wish to have the global services paid without the bonus payment. All physicians who wish to forego the HPSA/PSA incentive rather than have to bill the components separately **must notify us**. This can be done by postal mail (Medicare Triple-S, Inc. PO Box 71391 San Juan PR 00936-1391), sending a Listserv message or calling us at 1-877-715-1921.*

CR3827/Transmittal 559/Pub. 100-04 MCP/May 13, 2005/ELS/dg

## Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

### ACLARACIÓN AL LENGUAJE EN EL “MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL” SOBRE ÁREAS DE ESCASEZ DE PROFESIONALES DE LA SALUD (HPSA)

#### Proveedores afectados

Siquiatras y hospitales de cuidado agudo (CAH, por sus siglas en inglés) que le facturan a los contratistas o a los Intermediarios Fiscales (FI, por sus siglas en inglés) en Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA, por sus siglas en inglés)

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) le impartieron una directriz a los contratistas y a los FIs para que le devuelvan a los siquiátras que ofrecen servicios en un HPSA de salud mental cualquier pago como incentivo que se haya recuperado indebidamente en cualquier acción de ajuste de pago. Esta directriz se refiere a los procedimientos de ajuste de pago iniciados desde la implementación del incentivo de HPSA para salud mental en vigor desde el 1ro de julio de 2004. Además, la directriz indica que se efectúen los pagos del incentivo que se retuvieron.

Debemos señalar que bajo la jurisdicción de Triple-S, Inc., los pagos HPSA de los siquiátras no se afectaron.

#### Lo que Necesita Saber

El incentivo HPSA de Medicare se pagará para todo servicio profesional ofrecido por un siquiátra autorizado por licencia en un HPSA de salud mental.

#### Lo que Necesita Hacer

Los siquiátras y CAHs deben estar pendientes de esta acción para asegurarse de que reciban los pagos correctos por prestar servicios a pacientes de Medicare en HPSAs de salud mental.

#### Trasfondo

La ley Federal para pagos de incentivos del Programa de Medicare reconoce a los HPSAs de cuidado médico primario y de salud mental, según su localización geográfica, como áreas elegibles

## Health Professional Shortage Area (HPSA)

### CLARIFICATION TO THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) LANGUAGE IN THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL

#### Provider Types Affected

*Psychiatrists and Critical Access Hospitals (CAHs) billing Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (FIs) in a HPSA*

#### Provider Action Needed

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is directing Medicare carriers and FIs to return any bonus payment to psychiatrists in mental health HPSAs that were incorrectly recovered in any overpayment actions taken since implementation of the HPSA mental health bonus payment on July 1, 2004, and to make bonus payment for those services that were initially withheld.*

*Please note that under the jurisdiction of Triple-S, Inc., HPSA payments to psychiatrists were not affected*

#### What You Need to Know

*A Medicare bonus payment is payable for all professional services provided as authorized by license by psychiatrists in a mental health HPSA.*

#### What You Need to Do

*Affected psychiatrists and CAHs should be aware of this action to be sure they receive correct payments for furnishing services to Medicare patients in mental health HPSAs.*

#### Background

*Federal law for Medicare bonus payments recognizes geographic-based, primary medical care and mental health HPSAs as eligible areas for receiving bonus payments. Consequently, physicians, including psychiatrists, furnishing services in primary medical care HPSAs are eligible to receive bonus payments.*

Cont. on next page

## Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

para recibir el pago del incentivo. Por lo tanto, los médicos, incluyendo a los siquiátras, que ofrecen servicios en un HPSA de cuidado médico primario son elegibles para recibir el incentivo. Los siquiátras que ofrecen servicios en un HPSA de salud mental son elegibles para recibir el incentivo por todos los servicios profesionales que presten en el HPSA de salud mental.

A partir del 1ro de julio de 2004, los contratistas y los FIs comenzaron a pagar los incentivos HPSA a los siquiátras que prestaron servicios en el HPSA de salud mental. Es posible que algunos contratistas y FIs interpretaron la instrucción de Medicare de tal manera que limitaron el pago del incentivo en los HPSAs de salud mental a los servicios que determinaron que eran servicios de salud mental. Además, tal vez iniciaron una acción de ajuste de pago por los incentivos que determinaron que se pagaron indebidamente. CMS dispuso que estas acciones no estuvieron correctas.

El CR 3736 aclara el lenguaje en el "Medicare Claims Processing Manual" (Pub. 100-04), Capítulo 12, Sección 90.4.5 para indicar que el incentivo se le puede pagar a los siquiátras por todos los servicios profesionales para los que tengan licencia prestados en el HPSA de salud mental. También le indica a los contratistas y a los FIs que revisen cualquier acción de ajuste de pago tomada hacia los HPSAs de salud mental y que cancelen cualquier acción de recobro iniciada, incluyendo las que están en proceso. Además, deben devolver cualquier recobro recuperado.

### Información Adicional

Estos pagos de incentivos se discutieron en los artículos MM3108 y MM3336 del "Medlearn Matters". Para ver detalles de estos pagos, usted puede acceder los artículos en los siguientes enlaces: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matter/mmarticles/2004/mm3108.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matter/mmarticles/2004/mm3336.pdf>

La instrucción oficial emitida al contratista está disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manual/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manual/transmittals/comm_date_dsc.asp). Para más información, favor de llamar al 1-877-715-1921.

## Health Professional Shortage Area (HPSA)

*Psychiatrists furnishing services in mental health HPSAs are eligible to receive bonus payments for all professional services they provide in mental health HPSAs.*

*Effective July 1, 2004, carriers and FIs began making HPSA bonus payments to psychiatrists furnishing services in mental health HPSAs. Some carriers and FIs may have interpreted Medicare's instructions in such a way that they limited bonus payments in the mental health HPSAs to services they determined were mental health services and may have initiated overpayment recovery actions for bonuses they determined to be paid incorrectly. CMS has determined that these actions are incorrect.*

*CR 3736 clarifies the language in the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 12, Section 90.4.5c to indicate that the bonus is payable for all professional services provided by psychiatrists in a mental health HPSA that they are licensed to provide. It also instructs carriers and FIs to review any overpayment actions taken on mental health HPSAs, cancel any overpayment recovery actions that have been initiated and are in process, and return any overpayments already collected.*

### Additional Information

*These bonus payments were also addressed in Medlearn Matters articles MM3108 and MM3336. To view the details on the payments, you may retrieve these articles, respectively, at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3108.pdf>, and <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3336.pdf>*

*The official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change may be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR 3736 in the CR NUM column on the right, and then click on the file for that CR. If you have questions regarding this issue, contact your carrier at: 1-877-715-1921.*

Pub. 100-04 MCP/Trans.524/CR3736/04-15-2005/ab rrc



## Medicare Pagador Secundario

### ACLARACIÓN DEL CR 3267

**“Política de Medicare Pagador Secundario (MSP) para Servicios de Hospital de Laboratorio de Referencia y Servicios de Laboratorio de Referencia Independiente”**

**NOTA:** ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 8 DE MARZO DE 2005 PARA REFLEJAR EL NÚMERO DE COMUNICACIÓN CORRECTO.

#### Proveedores Afectados

Hospitales y Laboratorios Independientes que facturan a contratistas e Intermediarios Fiscales (FIs) de Medicare por servicios de laboratorio.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo contiene información provista en el CR 3729 para aclarar políticas previamente emitidas en el CR 3267 (Comunicación 228 del 16 de julio de 2004). También le notifica a los hospitales y laboratorios independientes que:

1. pueden utilizar información recopilada y retenida de Medicare como Pagador Secundario (MSP, por sus siglas en inglés); para facturar por servicios de laboratorio de referencia que no sean provistos en persona, y
2. se les requiere obtener información de MSP del beneficiario cuando facturen por servicios de laboratorio provistos en persona a pacientes de Medicare.

#### Trasfondo

Bajo las estipulaciones del MSP que forman parte del MMA (*Medicare Prescription Drug Improvement & Modernization Act of 2003*), sobre el trato a los hospitales por ciertos servicios, se establece lo siguiente:

“(a) EN GENERAL – El Secretario no le requerirá a un hospital (incluyendo instalaciones hospitalarias de acceso crítico) que obtenga información relacionada a la aplicación de la sección

## Medicare Secondary Payer

### CLARIFICACIÓN PARA CR 3267

**“Medicare Secondary Payer (MSP) Policy for Hospital Reference Lab Services and Independent Reference Lab Services”**

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON MARCH 8, 2005 TO SHOW THE CORRECT TRANSMITTAL NUMBER.

#### Provider Types Affected

*Hospitals and independent laboratories billing Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for laboratory services*

#### Provider Action Needed

*This article contains information provided in Change Request (CR) 3729 that clarifies policies previously issued in CR-3267 (Transmittal 228, July 16, 2004). It also informs hospitals and independent labs that:*

1. *they may use collected and retained Medicare Secondary Payer (MSP) information for the billing of nonface-to-face reference lab services, and*
2. *they are required to collect MSP information from the beneficiary when billing for face-to-face encounters with Medicare patients for lab services.*

#### Background

*Treatment of hospitals for certain services under Medicare Secondary Payer (MSP) Provisions of the Medicare Prescription Drug Improvement & Modernization Act of 2003 (MMA) states:*

*“(a) IN GENERAL. – The Secretary shall not require a hospital (including a critical access hospital) to ask questions (or obtain information) relating to the application of section 1862(b) of the Social Security Act (relating to Medicare*

Cont. on next page



## Medicare Pagador Secundario

1862(b) del Acta de Seguro Social (relacionada a las estipulaciones de Medicare como Pagador Secundario) en el caso de servicios de laboratorio de referencia descritos en la Subsección (b), si el Secretario no impone tal requisito en el caso de que los servicios los provea un laboratorio independiente.”

“(b) DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LABORATORIO DE REFERENCIA—Los servicios de laboratorio de referencia descritos en esta Subsección son pruebas diagnósticas de laboratorio clínico (o la interpretación de tales pruebas, o ambos) provistos sin que ocurra un encuentro en persona entre el individuo que tiene derecho a los beneficios, ya sea bajo la Parte A o suscrito bajo la Parte B, o ambos y el hospital involucrado; y dicho hospital somete una reclamación solamente por esa prueba o interpretación.”

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) **no le requerirá a los laboratorios independientes de referencia que obtengan información de MSP** para poderle facturar a Medicare por servicios provistos por laboratorios de referencia, según se describe en la Subsección (b) arriba mencionada.

Por lo tanto, conforme a el MMA (Sección 943), CMS **no le requerirá a los hospitales que obtengan información de MSP** para que puedan facturarle a Medicare por servicios provistos por laboratorios de referencia (según se describe en la Subsección (b) anteriormente mencionada). **Esta política, sin embargo, no representará una defensa válida del derecho que tiene Medicare de recuperar un pago incorrecto, si más adelante se determina que se ha emitido un pago indebido.**

Por lo tanto, en situaciones en que el hospital y el laboratorio independiente ya han recopilado y retenido información de MSP de los beneficiarios, estos podrán utilizar esa información para la facturación de servicios de laboratorio independiente ofrecidos sin mediar un encuentro en persona con el beneficiario.

## Medicare Secondary Payer

*Secondary Payer provisions) in the case of reference lab services described in subsection (b), if the Secretary does not impose such requirement in the case of such services furnished by an independent laboratory.”*

“(b) REFERENCE LABORATORY SERVICES DESCRIBED. – Reference laboratory services described in this subsection are clinical laboratory diagnostic tests (or the interpretation of such tests, or both) furnished without a face-to-face encounter between the individual entitled to benefits under part A or enrolled under part B, or both, and the hospital involved and in which the hospital submits a claim only for such test or interpretation.”

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) **will not require independent reference laboratories to collect MSP information in order to bill Medicare for reference laboratory services as described in subsection (b) above.***

*Therefore, pursuant to the MMA (Section 943), CMS **will not require hospitals to collect MSP information in order to bill Medicare for reference laboratory services (as described in subsection (b) above). This policy, however, will not be a valid defense to Medicare’s right to recover when a mistaken payment situation is later found to exist.***

*Therefore, in situations where hospital and independent labs have already collected and retained MSP information for beneficiaries, they may use the collected and retained MSP information for the billing of non-face-to-face reference lab services.*

Cont. on next page

## Medicare Pagador Secundario

Además, **en situaciones en que se lleva a cabo un encuentro en persona con el beneficiario, se les requiere a los hospitales y a los laboratorios independientes a que recopilen la información de MSP del beneficiario cuando facturan por servicios de laboratorio llevados a cabo en persona.**

Esta aclaración se debió incluir en el CR 3267 (el cual aclaraba el CR 3064, Comunicación número 11 del 27 de febrero de 2004).

### Implementación

La fecha de implementación de esta instrucción es el 6 de junio de 2005.

### Información Adicional

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

## Medicare Secondary Payer

*In addition, in situations when there is a face-to-face encounter with the beneficiary, hospitals and independent labs are required to collect MSP information from the beneficiary when billing for face-to-face lab services.*

*This clarification should have been made as part of CR 3267 (which clarified CR 3064, Transmittal 11, February 27, 2004).*

### Implementation

*The implementation date for this instruction is June 6, 2005.*

### Additional Information

*If you have any questions, please contact your carrier at their toll-free number 1-877-715-1921.*

Pub. 100-05 MSP /Trans. 26 /CR-3729 / 03-04-2005 / ff ab rrc

## Medicamentos

**MMA - ARCHIVOS TRIMESTRALES ASP DE ABRIL Y JULIO DE 2005 PARA PRECIOS DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE B MEDICARE (VIGENTES EL 1 DE ABRIL Y EL 1 DE JULIO DE 2005, RESPECTIVAMENTE) Y EL NUEVO ARCHIVO TRIMESTRAL ASP DE ENERO DE 2005**

### Proveedores Afectados

Todos los proveedores de Medicare

### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El CR 3667 presenta las actualizaciones a la nueva metodología de pago de Medicare Parte B para medicamentos que no se pagan a base de costo o de pago prospectivo.

### Lo Que Necesita Saber

A partir del 1 de enero de 2005, los medicamentos y biológicos cubiertos por la Parte B de Medicare que no se pagan basados en las metodologías de pago de costo o de pago prospectivo que se utilizan en la Parte A de Medicare, se pagarán bajo la nueva metodología de pago para medicamentos llamada el Precio Promedio de Venta (ASP por sus siglas en inglés), según se describe más adelante.

### Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese de que su personal de facturación esté consciente de estos cambios.

### Trasfondo

La Sección 303(c) del Medicare Modernization Act del 2003 (MMA por sus siglas en inglés), revisa la metodología de pago para medicamentos y biológicos cubiertos por la Parte B de Medicare que no se pagan basados en las metodologías de pago de costo o de pago prospectivo utilizadas en la Parte A de Medicare. A partir del 1ro de enero de 2005, estas se pagan conforme a la nueva metodología de pago para los medicamentos denominada ASP.

## Drugs

**MMA – APRIL 2005 AND JULY 2005 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE (EFFECTIVE APRIL 1, 2005 AND JULY 1, 2005, RESPECTIVELY), AND NEW JANUARY 2005 QUARTERLY ASP FILE**

### Provider Types Affected

All Medicare providers

### Provider Action Needed

CR 3667 discusses updates to the new methodology of paying for Medicare Part B covered drugs not paid on the basis of cost or prospective payment.

### What You Need to Know

Effective January 1, 2005, Part B covered drugs and biologicals (that are not paid on a cost or prospective payment basis) are paid based on the new Average Sales Price (ASP) drug payment system, described below.

### What You Need to Do

Make sure that your billing staffs are aware of these changes.

### Background

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

Cont. on next page

## Medicamentos

El archivo ASP, utilizado en la metodología ASP, está basado en los datos que recibe trimestralmente los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) de los fabricantes. Cada trimestre, CMS actualizará los límites de pago del contratista y del intermediario fiscal (FI por sus siglas en inglés) con los archivos de pago para medicamentos ASP que están basados en los datos de estos fabricantes.

Comenzando el 1ro de enero de 2005, los límites de pagos permitidos para medicamentos y biológicos de la Parte B de Medicare, que no se pagan de acuerdo a la metodología de costo o de pago prospectivo, se pagarán al 106% del ASP, y CMS actualizará dichos límites trimestralmente. Sin embargo, existen excepciones a esta regla general, según se resume más adelante:

- Para sangre o productos sanguíneos (con ciertas excepciones como lo son los factores coagulantes), los límites de pago permitidos se determinan de la misma manera que fueron determinados el 1ro de octubre de 2003. Específicamente, los límites de pago permitidos para sangre y productos sanguíneos son el 95% del Precio Promedio de Venta al Por Mayor (AWP por sus siglas en inglés) reflejado en el compendio publicado. Los límites de pago permitidos se actualizarán trimestralmente.
- A partir del 1ro de enero de 2005, los límites de pago permitidos para medicamentos de infusión que se administran a través de un aparato de Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés) cubierto, son el 95 % del AWP reflejado en el compendio vigente al 1ro de octubre de 2003, independientemente si el DME se implantó o no. Los límites de pago permitidos no se actualizarán en el 2005.
- Para las vacunas de influenza, neumococo y hepatitis B, el límite de pago permitido es el 95% del AWP, según reflejado en el compendio publicado. Los límites de pago permitidos se actualizarán trimestralmente.

## Drugs

*The ASP file, used in the ASP methodology, is based on data CMS receives quarterly from manufacturers. Each quarter, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will update your carrier and Fiscal Intermediary (FI) payment allowance limits with the ASP drug pricing files based on these manufacturers' data.*

*Beginning January 1, 2005, the payment allowance limits for Medicare Part B drugs and biologicals that are not paid on a cost or prospective payment basis are 106 percent of the ASP, and CMS will update the payment allowance limits quarterly. However, there are exceptions to this general rule as summarized below:*

- *For blood and blood products (with certain exceptions like blood clotting factors), payment allowance limits are determined in the same manner they were determined on October 1, 2003. Specifically, the payment allowance limits for blood and blood products are 95 percent of the Average Wholesale Price (AWP) as reflected in the published compendia. The payment allowance limits will be updated on a quarterly basis.*
- *For infusion drugs furnished through a covered item of Durable Medical Equipment (DME) on January 1, 2005 and thereafter, payment allowance limits will continue to be 95 percent of the AWP reflected in the published compendia as of October 1, 2003 regardless of whether or not the DME is implanted. The payment allowance limits will not be updated in 2005.*
- *For influenza, pneumococcal, and hepatitis B vaccines payment allowance limits are 95 percent of the AWP as reflected in the published compendia. The payment allowance limits will be updated on a quarterly basis.*

Cont. on next page



## Medicamentos

- Para medicamentos que no son nuevos y que no están incluidos en el archivo ASP de precios de medicamentos de la Parte B de Medicare o en el archivo de precios *Not Otherwise Classified* (NOC), los límites de pago permitidos están basados en el Costo de Adquisición al Por Mayor (WAC por sus siglas en inglés) o en el precio de la factura. Al determinar el límite de pago basado en el WAC, los contratistas y los FIs seguirán la metodología especificada del Medicare Claims Processing Manual para calcular el AWP, pero se sustituirá el WAC por el AWP. Véase la Pub. 100-04, capítulo 17 (Drugs and Biologicals) la cual se puede ver en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104c17.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c17.pdf).

El pago límite es 100% del WAC aplicado al menor entre el producto de marca menos costoso y el genérico promedio. El contratista o el FI puede, a su discreción, comunicarse con CMS para obtener los límites de pago para los medicamentos no incluidos en los archivos trimestrales ASP o NOC. Si estuvieran disponibles, CMS proveerá los límites de pago directamente al contratista o al FI que los solicite o publicará un archivo de MS Excel en el portal electrónico de CMS en la red. Si CMS tiene el pago límite disponible, los contratistas y los FIs sustituirán los límites de pago provistos por CMS por los precios basados en WAC o precios por factura.

- Para los medicamentos y biológicos nuevos, no incluidos en los archivos de precio ASP de la Parte B de Medicare o en el archivo NOC, los límites de pago permitidos están basados en el 106% del WAC. Esta política aplica sólo a nuevos medicamentos vendidos por primera vez a partir del 1ro de enero de 2005.
- El archivo de precios ASP de abril de 2005 y el archivo ASP nuevo de enero de 2005, contendrán tres lugares decimales en los campos monetarios. Además, el nuevo archivo de enero contiene límites de pago revisados para algunas drogas. Los códigos con límite de pago revisado están identificados en la columna titulada "Notes."

## Drugs

- *For drugs, other than new drugs, not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or Not Otherwise Classified (NOC) Pricing File payment allowance limits are based on the published Wholesale Acquisition Cost (WAC) or invoice pricing. In determining the payment limit based on WAC, carriers/FIs will follow the methodology specified in the Medicare Claims Processing Manual for calculating the AWP, but substitute WAC for AWP. Please see Pub. 100-04, Chapter 17 (Drugs and Biologicals) at the following CMS web site: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104c17.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c17.pdf).*

*The payment limit is 100 percent of the WAC for the lesser of the lowest brand or median generic. Your carrier or FI may, at their discretion, contact CMS to obtain payment limits for drugs not included in the quarterly ASP or NOC files. If available, CMS will provide the payment limits either directly to the requesting carrier/FI or via posting an MS Excel file on the CMS web site. If the payment limit is available from CMS, carriers/FIs will substitute CMS-provided payment limits for pricing based on WAC or invoice pricing.*

- *For new drugs and biologicals not included in the ASP Medicare Part B Drug Pricing File or NOC Pricing File, payment allowance limits are based on 106 percent of the WAC. This policy applies only to new drugs that were first sold on or after January 1, 2005.*
- *The April 2005 and new January 2005 ASP drug pricing files will contain three decimal places in the currency fields. In addition, the new January file contains revised payment limits for some drugs. The codes with a revised payment limit are identified in the column titled "Notes."*

Cont. on next page



## Medicamentos

- Los límites de pago permitidos para los radio fármacos no están sujetos al ASP. Los contratistas y los FIs de Medicare determinarán los límites de pago para los radio fármacos basados en el precio de la factura.

**Nota:** La ausencia o presencia de un código de HCPCS y su límite de pago asociado en los archivos de precios no indican cubierta de Medicare para ese medicamento. Igualmente, la inclusión de un límite de pago en una columna en específico no indica cubierta de Medicare para el medicamento en esa categoría en específico. El contratista o el intermediario fiscal que procese su factura realizará estas determinaciones.

A partir del 1ro de abril de 2005 este archivo debe utilizarse para fechas de servicio desde el 1ro de abril hasta el 30 de junio de 2005. Al contratista o al intermediario fiscal se le requiere que utilice los archivos ASP y NOC de abril de 2005 para pagar los medicamentos de la Parte B de Medicare.

**Nota:** Los archivos de precios de medicamentos ASP y NOC contienen el 106% del ASP, 106% del WAC o los límites de pago permitidos basados en WAC; por tanto, no se requiere un cálculo de pago adicional de parte del contratista o del FI. Los límites de pago para los códigos de factores de coagulación incluyen el pago por suministrar estos factores que equivale a \$0.14 por I.U.

### Implementación

La fecha de implementación es el 5 de julio de 2005. Los contratistas y los FIs utilizarán el ASP de julio y los archivos de precio de los NOC para pagar por los medicamentos de la Parte B desde el 1ro de julio de 2005 hasta el 30 de septiembre de 2005.

### Información Adicional

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

## Drugs

- *The payment allowance limits for radiopharmaceuticals are not subject to ASP. Medicare carrier/intermediaries will determine payment limits for radiopharmaceuticals based on invoice pricing.*

**Note:** *The absence or presence of a HCPCS code and its associated payment limit in the pricing files do not indicate Medicare coverage of the drug. Similarly, the inclusion of a payment limit within a specific column does not indicate Medicare coverage of the drug in that specific category. The carrier/FI processing your claim will make these determinations.*

*Your carrier or FI is required to use the April 2005 ASP and NOC drug pricing files to pay for Medicare Part B drugs effective April 1, 2005. This file shall be used for dates of service from April 1, 2005 through June 30, 2005.*

**Note:** *The ASP and NOC drug pricing files will contain the 106 percent ASP, 106 percent WAC or WAC based payment allowance limits; therefore, no additional payment calculation is required by your carrier or FI. The payment limits for the blood clotting factor codes includes the \$0.14 per I.U. furnishing fee.*

### Implementation

*The implementation date is July 5, 2005. The July 2005 ASP and NOC drug pricing files will be used by your carrier/intermediary to pay for Medicare Part B drugs from July 1, 2005 through September 30, 2005.*

### Additional Information

*For additional information please call 1-877-715-1921.*

Pub. 100-04 MCP / Trans. 480 and 528/CR3667 and CR3783  
02-25-2005 and 04-22-05/rrc

## Remesa de Pago

### ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE COMENTARIO (REMARK CODES) PARA LA REMESA DE PAGO Y DE LOS CÓDIGOS DE RAZÓN (REASON CODES) EN UN AJUSTE EN LA RECLAMACIÓN

#### Proveedores Afectados

Todos los proveedores de Medicare

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Las actualizaciones realizadas entre los meses de julio a octubre del 2004 han sido publicadas para los códigos de comentario de la remesa de pago (X12N 835 Health Care Remittance Advice Remark Codes) y para los códigos de razón en un ajuste en la reclamación (X12N 835 Health Care Claim Adjustment Reason Code) de la transacción electrónica estándar X12N 835. Su contratista de Medicare o Intermediario Fiscal (FI) debe utilizar los códigos más recientemente aprobados y válidos en la transacción 835. Además debe utilizar las correspondientes remesas de pago estándar en papel, como también las transacciones de coordinación de beneficios.

#### Lo Que Necesita Saber

Usted puede encontrar una lista completa y actualizada de los códigos en el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/codes>

Debemos enfatizar que de haber discrepancia, el texto del código contenido en el lugar Web del Washington Publishing Company (WPC) tomará precedencia sobre cualquier texto contenido en un CR de Medicare.

#### Lo Que Necesita Hacer

Los códigos mencionados arriba se actualizan tres (3) veces por año. Por favor, asegúrese de que el personal a cargo de facturación se mantiene al día con los últimos códigos aprobados y válidos de acuerdo a las fechas de implementación y de efectividad, para asegurar la interpretación correcta de los avisos de remesas de pago en forma electrónica o en papel enviadas por Medicare.

## Remittance Advice

### REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

#### Provider Types Affected

All Medicare providers

#### Provider Action Needed

*The July 2004 through October 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. Your Medicare carrier or fiscal intermediary must use the latest approved and valid codes in 835 transactions, corresponding standard paper remittance advice, and coordination of benefits transactions.*

#### What You Need to Know

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

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

#### What You Need to Do

*The above noted codes are updated three times a year. Please advise your billing staff to stay current with the latest approved and valid codes, in accordance with effective and implementation dates, to ensure correct interpretation of the electronic or paper remittance advice notices sent by Medicare.*

Cont. on next page

## Remesa de Pago

### Trasfondo

La lista de códigos de Comentarios para La Remesa de Pago (Remittance Advise Remark Code) es una de las listas de códigos mencionada en la versión 4010A1 de la guía de implementación de la transacción ASCX12 835 (Health Care Claim Payment/Advice). Esta lista está bajo la responsabilidad de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) y CMS la actualiza tres (3) veces por año.

Los Códigos de Razón en un Ajuste en La Reclamación (X12N 835 Health Care Claim Adjustment Reason Code) son responsabilidad del Comité de Mantenimiento de Códigos de Razón de Ajuste y Códigos de Estatus (Claim Adjustment Reason Code and Status Code Maintenance Comité). Este comité se reúne al principio de cada reunión trimestral del comité X12 (febrero, junio y octubre) y toma decisiones sobre códigos nuevos, modificaciones o eliminaciones de códigos de razón. La lista actualizada se publica tres (3) veces cada año:

La lista completa de códigos actualizados se encuentra en línea en el portal de WPC, el cual puede acceder pulsando el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/codes>

A continuación un resumen de las actualizaciones más recientes:

### Códigos de Comentario (Remark Codes)

- **Nuevos**

Se crearon códigos nuevos desde el **N247** al **N344** para sustituir una cantidad de códigos genéricos o para permitir que ciertos códigos existentes se dividieran para poder reflejar el menor de sus componentes. Esto se hizo para atender la queja de algunos proveedores de que resulta difícil para ellos correlacionar ciertos códigos de comentario con segmentos y elementos de datos sometidos en sus reclamaciones. Los códigos con significados múltiples se dividieron y se añadieron nuevos códigos para informar cada uno de los múltiples fragmentos de información que antes se incluían en un solo mensaje. Por ejemplo:

## Remittance Advice

### 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 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. This updated list is also posted three times a year.*

*The complete list of current codes is available online at the WPC web site: <http://www.wpc-edi.com/codes>*

*Here is a summary of the current updates.*

### Remark Codes

- **New**

*New codes from **N247** to **N344** have been created to replace a number of generic remark codes, or to enable some existing codes to be split to better reflect their lowest component. This has been done to resolve some provider complaints that it is difficult for them to correlate certain remark codes with segments and data elements submitted on their corresponding claims. Codes with multiple meanings have been split, and new code(s) added to report each of the multiple bits of information previously included in a single message. For example:*

Cont. on next page

## Remesa de Pago

- **M45** (Missing/incomplete/invalid occurrence codes or dates) se modificó para significar “Missing/incomplete/invalid occurrence code(s)”; y **N299** (Missing/incomplete/invalid occurrence date(s)) se añadió para tratar el asunto de la porción de la fecha del mensaje anterior.
- **MA29** se desactivó completamente y los códigos N256, N258, N261, N264, N266, N269, N279, N281, N285, N289, N292, N294 y el **N296** se añadieron para demostrar los diferentes tipos de información anteriormente incluidos en el código **MA29**.

A continuación una lista de los nuevos códigos y el código de origen que ha sido modificado o dividido para crear este nuevo código:

| <b>Código Nuevo<br/>New Code</b> | <b>Extraído del Código<br/>Split from Existing Code</b> |
|----------------------------------|---|
| N299                             | M45   |
| N300                             | M46   |
| N301                             | M51   |
| N302                             | M74   |
| N303                             | MA66  |
| N304                             | N57   |

- **Códigos de Comentario (Remark Codes) Modificados**

La siguiente tabla refleja los códigos de comentario se han modificado:

| <b>Código Code</b> | <b>Narrativa Actual Modificada<br/>Current Modified Narrative</b>          | <b>Fecha de Modificación<br/>Modification Date</b> |
|--------------------|--|--|
| M67                | Missing/incomplete/invalid other procedure code(s).                        | 12/2/04  |
| M74                | This service does not qualify for a HPSA/Physician Scarcity bonus payment. | 12/2/04  |
| M45                | Missing/incomplete/invalid occurrence code(s).                             | 12/2/04  |
| M46                | Missing/incomplete/invalid occurrence span code(s).                        | 12/2/04  |
| M51                | Missing/incomplete/invalid procedure code(s).                              | 12/2/04  |
| MA66               | Missing/incomplete/invalid principal procedure code.                       | 12/2/04  |
| MA121              | Missing/incomplete/invalid x ray date.                                     | 12/2/04  |
| MA122              | Missing/incomplete/invalid initial treatment date.                         | 12/2/04  |
| N31                | Missing/incomplete/invalid prescribing provider identifier.                | 12/2/04  |
| N57                | Missing/incomplete/invalid prescribing date.                               | 12/2/04  |

## Remittance Advice

- **M45** (Missing/incomplete/invalid occurrence codes or dates) has been modified to mean “Missing/incomplete/invalid occurrence code(s),” and **N299** (Missing/incomplete/invalid occurrence date(s)) has been added to address the date portion of the prior message.
- **MA29** has been deactivated entirely and codes N256, N258, N261, N264, N266, N269, N279, N281, N285, N289, N292, N294, and **N296** have been added to convey distinct types of information previously conveyed in **MA29**.

The following is a list showing the new codes and the source code that has been modified/ split to create the new code:

- **Modified Remark Codes**

The following table reflects modified remark codes:

Cont. on next page



## Remesa de Pago

- **Códigos de Comentario (Remark Codes) Desactivados**

Los siguientes códigos se han desactivado: **M57, M68, M108, M110, M120, M128, MA29, MA38, MA52, MA82, MA105, MA127, y N145.**

- **Códigos de Razón (Reason Codes)**

- **Nuevos**

El código 165 se añadió a partir de octubre de 2004 y la descripción lee "**Payment denied/reduced for absence of, or exceeded referral.**", esto es, "**Pago denegado/reducido por ausencia de o excederse en el referido.**"

### Información Adicional

Los cambios más recientes aprobados para los Códigos de Comentario para las Remesas de Pago y los Códigos de Razón en un Ajuste en la Reclamación pueden obtenerse en la instrucción oficial emitida a su contratista o intermediario fiscal incluyendo a los DMERCs. Esta instrucción oficial puede obtenerse en el CR 3636, disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Una vez en esa página web, busque el CR 3636 en la columna de CR. NUM. a la derecha, y pulse el enlace del CR que desea acceder. Los anejos al CR también incluyen información sobre los procesos de toma de decisión que actualizan los códigos de comentario de la remesa de pago (X12N 835 Health Care Remittance Advice Remark Codes) y para los códigos de razón en un ajuste en la reclamación (X12N 835 Health Care Claim Adjustment Reason Code) de la transacción electrónica estándar X12N 835. También incluye una tabla que refleja los cambios. Sin embargo, debemos enfatizar que la lista más actualizada y completa la puede acceder en la página Web del Washington Publishing Company. Este CR solamente contiene los cambios hechos desde julio hasta octubre de 2004.

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

## Remittance Advice

- **Deactivated Remark Codes**

Codes **M57, M68, M108, M110, M120, M128, MA29, MA38, MA 52, MA82, MA105, MA127, and N145** have been deactivated.

- **Reason Codes**

- **New**

Code 165 has been added as of October 2004 and its narrative is "**Payment denied/reduced for absence of, or exceeded referral.**"

### 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 3636, which is available at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](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 3636. Click on the link to open and view the file for the CR. The CR attachments also include information on the process of the decision making process that updates 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 July through October of 2004.*

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

Pub. 100-04 Medicare Claims Processing/Trans. 436/CR 3636/01-21-2005/ff rrc

## Remesa de Pago

### INICIATIVAS DE MEDICARE DE LA REMESA DE PAGO

Un documento de referencia con el título de Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers, and Billers está disponible actualmente en la página Web del Medicare Learning Network (Medlearn) en la dirección [http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA\\_Guide\\_05-27-05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA_Guide_05-27-05.pdf) en el lugar Web de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Los Capítulos 1 y 2 describen una remesa de pago (RA por sus siglas en inglés) y sus componentes. Para proveedores institucionales, el Capítulo 3 incluye una muestra de una remesa de pago electrónica (ERA, por sus siglas en inglés) y una muestra de una remesa de pago estándar en papel (SPR, por sus siglas en inglés) con las descripciones de sus campos. El Capítulo 4, hecho específicamente para proveedores profesionales, contiene una relación entre los campos de la ERA y la SPR y una muestra de una SPR con las descripciones de sus campos. Al final de los Capítulos 3 y 4 hay información disponible para proveedores institucionales y proveedores profesionales respectivamente sobre la forma de reconciliar la remesa de pago. Puede imprimir el capítulo que se acomode a sus necesidades. Esta guía, además, contiene recursos informativos tales como, una lista de acrónimos, un glosario, lugares Web importantes y números telefónicos valiosos. Finalmente, la guía contiene tres índices detallados para:

1. términos y conceptos claves;
2. las descripciones de los campos de la ERA institucional y la SPR institucional y;
3. las descripciones de los campos de la SPR profesional

¡Busque la guía hoy!

## Remittance Advice

### MEDICARE REMITTANCE ADVICE INITIATIVES

A reference document titled Understanding the Remittance Advice: A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers, and Billers is now available on the Medicare Learning Network's (Medlearn) web page located at [http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA\\_Guide\\_05-27-05.pdf](http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA_Guide_05-27-05.pdf) on the CMS website. Chapters 1 and 2 describe a Remittance Advice (RA) and the components of an RA. For institutional providers, Chapter 3 includes a sample Electronic Remittance Advice (ERA) and Standard Paper Remittance Advice (SPR) with field descriptions. Chapter 4 includes a crosswalk between ERA and SPR fields and a sample SPR with field descriptions, specifically for professional providers. At the end of Chapters 3 and 4, providers can find information on remittance balancing. Print the chapter that fits your needs! The guide also includes informative resources such as an acronym list, a glossary, and important websites and phone numbers. Finally, the guide has three comprehensive indexes:

1. for key terms and concepts;
2. for institutional ERA and SPR field descriptions;
3. professional SPR field descriptions.

Check it out today!

Cont. on next page

## Remesa de Pago

### Remesa de Pago Electrónica:

Si usted actualmente recibe la remesa de pago estándar en papel (SPR por sus siglas en inglés), considere la opción de utilizar la tecnología disponible para aumentar la productividad al cambiarse a la remesa de pago electrónica (ERA, por sus siglas en inglés). Acójase a las ventajas de una comunicación más rápida, información de pago y una reducción en el papeleo al recibir la ERA. Si usted recibe ambas, la SPR y la ERA, considere cancelar la SPR.

¡Comuníquese hoy con nuestro departamento de Electronic Media Claims (EMC) al (787) 749-4949 ext. 2381 y solicite recibir la ERA y cancelar la SPR!

## Remittance Advice

### Electronic Remittance Advice:

*If you are currently receiving the Standard Paper Remittance Advice (SPR), consider utilizing the technology available to increase productivity by switching to the Electronic Remittance Advice (ERA). Take advantage of faster communication, payment information, and reduction of paperwork by receiving the ERA. If you are receiving both an SPR and ERA, consider canceling the SPR.*

*Please contact our EMC Department at (787) 749-4949 ext. 2381 and ask to receive the ERA and/or cancel the SPR today!*

JSM-05378/June 10, 2005/els/rr

## Reclamaciones

### RECLAMACIONES NO ASIGNADAS SOMETIDAS EN EL FORMULARIO CMS-1500 QUE NO SON PROCESABLES

**NOTA:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 18 DE MARZO DE 2005 DEBIDO A QUE EL CR 3500 FUE REEMITIDO. EL ÚNICO CAMBIO HECHO A ESTE ARTÍCULO ES PARA REFLEJAR LA NUEVA FECHA DE PUBLICACIÓN Y NÚMERO DE LA COMUNICACIÓN (TRANSMITTAL) DEL CR. NINGÚN OTRO CAMBIO SE LE HIZO A ESTE ARTÍCULO.

#### Tipo de Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que le facturan a los contratistas de la Parte B de Medicare, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés).

#### Acción Necesaria del Proveedor

No se requiere acción alguna por parte del proveedor. Esta instrucción hace los cambios necesarios para asegurar la uniformidad en el manejo de las reclamaciones de Medicare Parte B y para asegurar que no se transmitan datos que no estén en cumplimiento con la Ley HIPAA a socios de negocio en el proceso de Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés).

#### Impacto para el Proveedor

Anteriormente, las reclamaciones no asignadas se denegaban con derechos de apelación. Sin embargo, esta instrucción le notifica a los médicos, proveedores y suplidores que las reclamaciones no asignadas sometidas en el Formulario CMS-1500 y sus equivalentes en formato electrónico, que estén incompletas o que contengan información que no es válida, se devolverán a quien las somete como “no procesables” para que procedan a hacer las correcciones necesarias y las sometan nuevamente. Es importante señalar que cuando una reclamación se devuelve como “no procesable”, no hay derechos de apelación.

## Claims

### UNPROCESSABLE UNASSIGNED FORM CMS-1500 CLAIMS

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON MARCH 18, 2005 BECAUSE CR 3500 WAS REISSUED. THE ONLY CHANGES TO THE ARTICLE ARE TO SHOW THE NEW CR RELEASE DATE AND TRANSMITTAL NUMBER. NO OTHER CHANGES WERE MADE TO THE ARTICLE.

#### Provider Types Affected

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

#### Provider Action Needed

No provider action is needed. This instruction makes necessary changes to ensure consistency in the handling of Medicare Part B claims and to ensure that HIPAA noncompliant data is not transmitted to Coordination of Benefits (COB) trading partners.

#### Provider Impact

Formerly, unassigned claims were denied with appeal rights. However, this instruction notifies physicians, providers, and suppliers that unassigned Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Form 1500 claims and electronic interface equivalents that are incomplete or contain invalid information will be returned as unprocessable to the submitters for correction or resubmission. It is important to note that as an unprocessable, when the claim is returned, there are no appeal rights.

Cont. on next page



## Reclamaciones

Cuando se corrigen las reclamaciones y luego se procesan, las reclamaciones electrónicas se pueden enviar a los socios de negocios de COB que estén en cumplimiento con la Ley HIPAA y las reclamaciones de Pagador Secundario de COB se pueden procesar para los beneficiarios de Medicare.

### Trasfondo

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare [*The Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04)] provee instrucciones para el manejo de reclamaciones de Medicare que contienen información incompleta o información que no es válida. Estas instrucciones también contemplan a las reclamaciones de la Parte B sometidas en el Formulario CMS-1500. Tales reclamaciones se devolverán sin derechos de apelación. Refiérase a la Pub. 100-04, Capítulo 1 (*General Billing Requirements*), Sección 80.3.1 (*Incomplete or Invalid Claims Processing Terminology*) disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104c01.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c01.pdf)

Actualmente, las instrucciones para el Formulario CMS-1500 son las siguientes:

- Se especifica que las instrucciones aplican solamente a reclamaciones asignadas de la Parte B y
- Permanece silente en lo que respecta a reclamaciones no asignadas en el Formulario CMS-1500.

Como resultado de esto, muchos contratistas de la Parte B y los DMERCs han estado denegando reclamaciones no asignadas sometidas en el Formulario CMS-1500 con derechos de apelación y no las han devuelto como “no procesables” sin derecho a apelación.

Además, al denegar estas reclamaciones, los contratistas de la Parte B y los DMERCs le han enviado a los Pagadores Secundarios COB reclamaciones en formato electrónico con datos que no están en cumplimiento con

## Claims

*When the claims are corrected and then processed, electronic crossover claims can be sent to COB trading partners that are HIPAA compliant and the COB secondary payer claims can be processed for Medicare beneficiaries.*

### Background

*The Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04) provides instructions for handling Medicare claims, including Part B Form CMS-1500 claims that have incomplete or invalid information. Such claims are to be returned without appeal rights. See Pub. 100-04, Chapter 1 (General Billing Requirements), Section 80.3.1 (Incomplete or Invalid Claims Processing Terminology) at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/104\\_claims/clm104c01.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c01.pdf)*

*Currently, the instructions for Form CMS-1500 claims are:*

- *Specified to apply only to assigned Part B claims, and*
- *Silent as to unassigned CMS-1500 claims.*

*As a result, many Part B carriers and DMERCs have been denying unassigned CMS-1500 claims with appeal rights and not returning these claims as unprocessable without appeal rights.*

*In addition, when denying these claims, the carriers/DMERCs have been sending to COB secondary payers electronic crossover claims containing Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) noncompliant claims data (such as diagnosis codes and procedure codes that are not part of the standard code sets).*

Cont. on next page

## Reclamaciones

la Ley HIPAA (tales como códigos de diagnóstico y códigos de procedimiento que no forman parte del conjunto de códigos estándares designados).

Bajo las regulaciones de la Ley HIPAA, los socios de negocios COB no están obligados a procesar reclamaciones que no estén en cumplimiento con la Ley HIPAA. Además, en reclamaciones con múltiples líneas de servicio se puede rechazar la reclamación completa. Incluir información que no está en cumplimiento con la Ley HIPAA ha dado como resultado que algunos socios de negocios COB se rehúsan a procesar algunas reclamaciones de COB para los beneficiarios de Medicare.

### Implantación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 5 de julio de 2005.

### Información Adicional

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare [*Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 1, se revisó y se incluye como un anejo a la instrucción oficial que fue enviada a su contratista. Esta instrucción puede verse en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Una vez en esa página web, busque hacia abajo la columna de CR. NUM. a la derecha, y pulse el enlace del CR 3500.

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

## Claims

*Under HIPAA rules, COB trading partners are not required to process claims that are not HIPAA compliant, and in claims with multiple service lines, the entire claim might be rejected. The inclusion of HIPAA noncompliant data has resulted in some COB trading partners refusing to process such crossover claims for Medicare beneficiaries.*

### Implementation

*The implementation date for this instruction is July 5, 2005.*

### Additional Information

*The Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 1, has been revised and is included as an attachment to the official instruction released to your carrier. You may view that instruction at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR-3500 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.*

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

Pub. 100-04 Medicare Claims Processing/Trans. 505/  
CR3500/03-17-2005/ff rrc

## Reclamaciones

### REVISIONES A PAGOS POR SERVICIOS PROVISTOS BAJO UN ARREGLO CONTRACTUAL

#### Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores facturando a contratistas de la Parte B de Medicare bajo un arreglo contractual.

#### Acción Necesaria del Proveedor

Este artículo incluye información provista en el CR 3628 e implica cambios mínimos al lenguaje utilizado en el Sistema de Manuales de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) relacionado a pagos por servicios provistos bajo un arreglo contractual.

#### Trasfondo

El Manual de Procesamiento de Reclamaciones (Pub.100-04, Capítulo 1 (Requisitos Generales de Facturación) Sección 30.2.7. (Pago por servicios provistos bajo un arreglo contractual) ha sido revisado como resultado del lenguaje utilizado en la reglamentación final de Tarifas Fijas para Médicos publicada el 15 de noviembre de 2004 (CMS-1429F) con respecto a la Sección 952 del Acta de Modernización del Medicare (MMA por su siglas en inglés). En lugar de indicar que el arreglo contractual entre una entidad y el otro médico o proveedor debe incluir los salvaguardas pertinentes para la integridad del programa de Medicare, CMS ahora establece que la entidad y el médico o cualquier otra persona están sujetas a esos salvaguardas para la integridad del programa por lo siguiente:

- La entidad que recibe los pagos y el médico u otra persona que prestó el servicio están sujetos a los siguientes requisitos de salvaguardas para la integridad del programa:
  - La entidad que recibe el pago y la persona que prestó el servicio son responsables en conjunto e individualmente por cualquier sobrepago de Medicare a esa entidad; y,

## Claims

### REVISIONS TO PAYMENT FOR SERVICES PROVIDED UNDER A CONTRACTUAL ARRANGEMENT

#### Provider Types Affected

*Physicians, providers, and suppliers billing Medicare carriers provided under a contractual arrangement*

#### Provider Action Needed

*This article includes information provided in Change Request (CR) 3628 which makes a slight revision to the language in the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Manual System on payment for services provided under a contractual arrangement.*

#### Background

*The Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04, Chapter 1 (General Billing Requirements), Section 30.2.7 (Payment for services provided under a contractual arrangement)) has been revised as a result of the language published in the November 15, 2004 Physician Fee Schedule final rule (CMS-1429F) concerning Section 952 of the Medicare Modernization Act (MMA). Instead of stating that the contractual arrangement between an entity and the other physician or provider should include pertinent Medicare program integrity safeguards, CMS is now stating that the entity and the physician or other person are subject to those program integrity safeguards per the following:*

- *The entity receiving payment and the physician or other person that furnished the service are both subject to the following program integrity safeguard requirements:*
  - *The entity receiving payment and the person that furnished the service are jointly and severally responsible for any Medicare overpayment to that entity; and,*

Cont. on next page

## Reclamaciones

- La persona que ofrece el servicio tiene acceso sin restricción a reclamaciones sometidas por una entidad por servicios ofrecidos por esa persona.

La entidad que factura y recibe pagos y la persona que reasigna sus derechos de facturación y pago son ambos responsables por estar en cumplimiento con los salvaguardas para la integridad del Programa Medicare comenzando el 1 de enero de 2005 (fecha de efectividad del CMS-1429-F).

Además, un contratista de la Parte B de Medicare puede hacer pagos a una entidad (por ejemplo: persona, grupo, instalación hospitalaria o de salud suscrita al Programa Medicare) que someta una reclamación de servicios ofrecidos por un médico u otra persona bajo un arreglo contractual con esa entidad, independientemente de dónde se prestaron tales servicios. Así, el servicio se puede ofrecer en o fuera de los predios de la entidad que somete la factura y recibe el pago (excepto en el caso de agentes de facturación).

### Implantación

La fecha de implementación de esta instrucción es el 15 de marzo de 2005.

### Información Adicional

Para recibir información más detallada, por favor refiérase a la instrucción oficial emitida a su contratista/intermediario referente a este cambio. Esta instrucción puede obtenerse visitando el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esa página del Web, busque el CR 2628 en la columna de CR. NÚM. a la derecha, y pulse el enlace del CR que desea acceder.

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-877-715-1921.

## Claims

- *The person furnishing the services has unrestricted access to claims submitted by an entity for services provided by that person.*

*The entity billing and receiving payment and the person reassigning his or her billing and payment rights are both responsible for compliance with the Medicare program integrity safeguards beginning on January 1, 2005 (the effective date of CMS-1429-F).*

*Also, a Medicare carrier may make payment to an entity (i.e., a person, group, or facility enrolled in the Medicare program) that submits a claim for services provided by a physician or other person under a contractual arrangement with that entity, regardless of where the service is furnished. Thus, the service may be furnished on or off the premises of the entity submitting the bill and receiving payment (excluding billing agents).*

### Implementation

*The implementation date for this instruction is March 15, 2005.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR 3628 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. 472/CR3628-February 11, 2005/ff-rrc



## Laboratorio

### NUEVO MENSAJE DE REMESA DE PAGO PARA RECLAMACIONES DUPLICADAS POR SERVICIOS DE PRUEBAS REFERIDAS O COMPRADAS

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 17 DE MARZO DE 2005, PARA REFLEJAR UN CAMBIO EN EL CR- 3679, EL CUAL FUE RESOMETIDO EL 25 DE FEBRERO DE 2005. EL CR 3679 SE MODIFICÓ PARA REFLEJAR QUE LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTE CAMBIO APLICA A RECLAMACIONES PROCESADAS DEL 1 DE JULIO DE 2005 EN ADELANTE, IRRESPECTIVO AL DÍA DE SERVICIO DE LA RECLAMACIÓN.

#### Proveedores Afectados

Médicos/Suplidores que facturan a contratistas de la Parte B de Medicare (excluyendo a DMERCs) por pruebas referidas de laboratorio clínico o pruebas diagnósticas compradas.

#### Acción Necesaria de Parte del Proveedor

A partir del 1 de abril de 2005 una reclamación por una prueba diagnóstica referida o comprada que se identifique como duplicada se denegará. Para detalles más específicos sobre este édito, favor referirse al artículo MM3551 de Medlearn Matters, el cual podrá encontrar en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3551.pdf>

#### Lo que Necesita Saber

Con las reclamaciones procesadas del 1 de julio de 2005 en adelante, CMS implementará un nuevo mensaje de remesa de pago. Los contratistas utilizarán el siguiente código de comentario en las notificaciones de remesas de pago generadas para la línea de la reclamación de prueba diagnóstica referida o comprada denegada debido a que ésta fue pagada previamente: "Su reclamación para una prueba diagnóstica clínica referida/servicio diagnóstico comprado no será pagada, ya que la misma fue efectuada para un contratista de otra jurisdicción."

## Laboratory

### NEW REMITTANCE ADVICE (RA) MESSAGE FOR REFERRED CLINICAL DIAGNOSTIC/ PURCHASED DIAGNOSTIC SERVICE DUPLICATE CLAIMS

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON MARCH 17, 2005, TO REFLECT A CHANGE TO CR-3679, WHICH WAS REISSUED ON FEBRUARY 25, 2005. THE CR-3679 WAS MODIFIED TO SHOW THAT THE EFFECTIVE DATE OF THIS CHANGE APPLIES TO CLAIMS PROCESSED ON OR AFTER JULY 1, 2005, WITHOUT REGARD TO THE DATE OF SERVICE ON THE CLAIM.

#### Provider Types Affected

Physicians/suppliers who bill Medicare carriers (excluding DMERCs) for referred clinical diagnostic laboratory and purchased diagnostic services.

#### Provider Action Needed

Effective April 1, 2005 a claim for a referred clinical diagnostic/purchased diagnostic service that is identified as duplicate will be denied. For full details of this edit, please see Medlearn Matters article MM3551 at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3551.pdf>

#### What You Need to Know

Effective with claims processed on or after July 1, 2005, CMS will implement a new Remittance Advice (RA) message for such duplicate claims. Carriers will use the following remark code on remittance advice notices generated for a referred clinical diagnostic/purchased diagnostic service claim line item denied as a duplicate of a previously paid service: "Your claim for a referred clinical diagnostic/purchased diagnostic service cannot be paid because payment has been made for this service in another carrier jurisdiction."

Cont. on next page

## Laboratorio

### Lo que Necesita Hacer

Debe estar listo para aceptar este nuevo código de comentario indicando la presentación de una reclamación duplicada.

### Trasfondo

A partir del 1 de abril de 2005, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) implementarán un nuevo édito con el fin de verificar la duplicidad de reclamaciones de servicios de laboratorio de diagnóstico clínico y de los servicios de pruebas compradas sometidas por médicos o suplidores a más de un contratista. (Según Trámite 124, de la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 3551, publicado el 29 de octubre de 2004 y descrito en el artículo MM3351 de Meadlearn Matters).

A modo de recordatorio, las reclamaciones de pruebas referidas y las de pruebas compradas se considerarán duplicadas cuando:

- Las reclamaciones contienen números de contratista diferentes;
- y
- Toda la data coincide en lo siguientes campos:
  - Nombre del Beneficiario
  - Número de Reclamación del Seguro de Salud del Beneficiario (HICN\*)
  - Terminología de Procedimientos Actuales (CPT\*)/Código del Sistema de Codificación del Procedimiento Común de Servicios de Salud (HCPCS\*).
  - Fecha de Servicio
  - Código Modificador CPT/HCPCS

\* Por sus siglas en inglés

El édito de reclamación duplicada aplicará solamente a:

- Reclamaciones que contengan un código CPT que esté incluido en la lista de tarifas fijas de laboratorios clínicos (disponible en la Internet en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/clinlab/default.asp>, Clinical Laboratory Information Resource for Medicare);

O

## Laboratory

### What You Need to Do

*Be ready to accept this new remark code indicating a duplicate claim submission.*

### Background

*Effective April 1, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will implement a new edit to check for duplicate claims for referred clinical diagnostic laboratory services and purchased diagnostic services submitted by physicians/suppliers to more than one carrier. (Per Transmittal 124, Change Request 3551, published on October 29, 2004 and described in Medlearn Matters article MM3551).*

*As a reminder, claims submitted for referred clinical diagnostic/purchased diagnostic services will be considered duplicate when:*

- *The claims contain different carrier numbers;*
- and*
- *All of the data matches on the following claim fields:*
  - *Beneficiary Name*
  - *Beneficiary Health Insurance Claim Number (HICN)*
  - *Current Procedural Terminology (CPT)/Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Code*
  - *Date of Service*
  - *CPT/HCPCS Code Modifier.*

The duplicate claim edit will apply only to:

- *Claims containing a CPT code that is included on the clinical laboratory fee schedule (available online at: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/clinlab/default.asp>, Clinical Laboratory Information Resource for Medicare);*

*Or*

Cont. on next page

## Laboratorio

- Un código HCPCS que esté incluido en el Archivo Abstracto de Pruebas Diagnósticas/Pruebas Compradas implantado en abril del 2005.

**Para aquellas reclamaciones procesadas del 1 de julio de 2005 en adelante**, CMS implantará un nuevo mensaje de Remesa de Pago (RA; por sus siglas en inglés) para la línea de reclamaciones denegadas debido al édito de reclamaciones duplicadas por prueba de diagnóstico clínico referida/prueba de diagnóstico comprada:

- Los contratistas utilizarán el siguiente código de comentario en la remesa de pago (RA) generado para la línea de la reclamación denegada por duplicado de un servicio previamente pagado de una prueba diagnóstica clínica referida / servicio diagnóstico comprado: “Su reclamación por prueba diagnóstica clínica referida/servicio diagnóstico comprado no puede ser pagada debido a que la misma fue efectuada bajo la jurisdicción de otro contratista.”

### Información Adicional

La instrucción oficial emitida al contratista referente a este cambio puede ser obtenida en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esa página del Web, busque el CR 3679 en la columna de CR. NUM. a la derecha y pulse el enlace del CR que desea acceder. Puede encontrar el CR 3551 en el enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R124OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R124OTN.pdf)

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con nosotros al 1-877-715-1921.

## Laboratory

- An HCPCS code that is included on the Abstract File for Purchased Diagnostic Tests/Interpretations to be implemented in April 2005.

**Effective for claims processed on or after July 1, 2005**, CMS will implement a new Remittance Advice (RA) message for claim items denied due to the duplicate claim edit for referred clinical diagnostic/purchased diagnostic service claims:

- Carriers will use the following remark code on remittance advice notices generated for a referred clinical diagnostic/purchased diagnostic service claim line item denied as a duplicate of a previously paid service: “Your claim for a referred clinical diagnostic/purchased diagnostic service cannot be paid because payment has been made for this service in another carrier jurisdiction.”

### Additional Information

The official instruction issued to the carrier regarding this change can be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](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 link for CR-3679. Click on the link to open and view the file for the CR. CR-3551 may be accessed at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/R124OTN.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R124OTN.pdf)

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

Trans. 571/CR-3679/May 27, 2005/JSR/DG

## Laboratorio

### AVISO PÚBLICO DEL SECRETARIO DE SALUD

**NOTA: EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE DUEÑOS DE LABORATORIOS SOLICITÓ COMPARTIÉRAMOS ESTE ARTÍCULO CON NUESTRA COMUNIDAD MÉDICA:**

-----

Por este medio el Secretario de Salud (local) informa y reitera que está prohibida la práctica de operar estaciones de sangría fuera del área de servicio que autoriza el Certificado de Necesidad y Conveniencia (CNC), a los laboratorios en Puerto Rico. Esta prohibición fue reiterada mediante Resolución del 9 de marzo de 2004, en la querrela Núm. 02-11-43.

Se advierte que todo laboratorio o persona que incurra en esta práctica podrá ser sancionada con multa y la cancelación de su Certificado de Necesidad y Conveniencia (CNC).

Para información sobre el Departamento de Salud puede comunicarse a la línea interactiva (787) 474-2028 (Metro) y 1-800-981-5721 (Isla)

## Laboratory

### PUBLIC ANNOUNCEMENT FROM THE SECRETARY OF HEALTH

**NOTE: THE PRESIDENT OF THE "ASOCIACIÓN DE DUEÑOS DE LABORATORIOS" REQUESTED WE SHARE THIS ARTICLE WITH OUR PROVIDER COMMUNITY.**

-----

*The (local) Department of Health wishes to notify and reiterate that operating Blood Station outside of the service area authorized by the Certificate of Necessity and Convenience is prohibited for laboratories operating in Puerto Rico. This determination was confirmed through the resolution of March 9, 2004, in the complaint Num: 02-11-43.*

*Any laboratory or person that participate in this practice can be sanctioned with fines and cancellation of their Certificate of Necessity and Convenience (CNC).*

*For information about the Health Department you can contact (787) 474-2028 in the metro area and 1-800-981-5721 non-metro.*



## Centro de Enfermería Especializada

### SERVICIOS OFRECIDOS BAJO UN “ACUERDO” CON UNA ENTIDAD EXTERNA

La siguiente información aclara la publicada con el mismo título en el **Medicare Informa** de julio/agosto/septiembre 2004, páginas 68 a 75. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid señalan a través del CR-3592 que la validez de un acuerdo entre un Centro de Enfermería Especializada (SNF) y su suplidor externo está determinada por los requisitos de tales acuerdos, más que por la presencia o la ausencia de documentación específica escrita como apoyo. Sin embargo, mientras un SNF y su suplidor no necesiten ejecutar un contrato legal formalizado para tener un acuerdo válido, el desarrollo de documentación de apoyo que dicte los servicios de los cuales el SNF es responsable (y la manera en la cual el SNF pagará al suplidor por los servicios) puede ayudar a asegurar que las dos partes lleguen a una mutua comprensión en estos puntos.

#### 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](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)

Desde esa página busque el CR 3592 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.

Transmittal 412/12-23-2004/ CR-3592/dmg

## Skilled Nursing Facility

### SERVICE FURNISHED UNDER AN “ARRANGEMENT” WITH AN OUTSIDE ENTITY

*The following clarifies the information published under the same title in our July/August/Sept, 2004 **Medicare Informa** pages 68 to 75. The Centers for Medicare and Medicaid Services states through CR-3592 that the validity of an arrangement between a skilled nursing facility (SNF) and its supplier is determined by their actual compliance with the requirements that govern such arrangements, rather than by the presence or absence of specific supporting written documentation. However, while an SNF and its supplier need not execute a formalized legal contract in order to enter into a valid arrangement, developing supporting documentation that reduces to writing the arranged-for services for which the SNF assumes responsibility (and the manner in which the SNF will pay the supplier for those services) can help to ensure that the two parties arrive at a mutual understanding on these points.*

#### 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](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR 3592 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.*

## Centro de Enfermería Especializada

### ACTUALIZACIÓN 2005 DE LOS CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

CMS actualiza periódicamente las listas de códigos que están sujetos a la facturación consolidada para el sistema de pagos prospectivos de los centros de enfermería especializada. Los códigos son enumerados según han sido añadidos o removidos de la actualización anual.

La nueva codificación identificada en cada actualización describe los mismos servicios que están sujetos por ley a la facturación consolidada para el sistema de pagos prospectivos de los centros de enfermería especializada. No se añadirán servicios adicionales por estas actualizaciones rutinarias; es decir, las nuevas actualizaciones son requeridas por los cambios al sistema de codificación, no porque los servicios sujetos a la facturación consolidada de los centros de enfermería especializada sean redefinidos. Otros cambios en regulación adicionales a las actualizaciones de la lista de códigos, se notificarán cuando y si estos ocurren.

Las actualizaciones de abril y julio de 2005 están disponibles en la página electrónica de CMS en: <http://www.cms.hhs/medlearn/snfcode.asp>

#### Información Adicional

Para recibir información más detallada, por favor refiérase a la instrucción oficial emitida referente a este cambio. Esta instrucción puede obtenerse visitando los siguientes enlaces: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/r449cp.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/r449cp.pdf) y [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/r568cp.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/r568cp.pdf)

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 1-877-715-1921

## Skilled Nursing Facility

### 2005 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB)

*The CMS periodically updates the lists of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes that are subject to the consolidated billing provision of the SNF Prospective Payment System (SNF PPS). The codes are listed as being added or removed from the annual update.*

*The new coding identified in each update describes the same services that are subject to SNF PPS payment by law. No additional services will be added by these routine updates; that is, new updates are required by changes to the coding system, not because the services subject to SNF CB are being redefined. Other regulatory changes beyond code list updates will be noted when and if they occur.*

*The April and July Quarterly Updates to the 2005 HCPCS codes used for Skilled Nursing Facility Consolidated Billing are available on the CMS Web site at : <http://www.cms.hhs/medlearn/snfcode.asp>*

#### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued regarding this change. That instruction may be viewed by going to: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/r449cp.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/r449cp.pdf) and [http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm\\_trans/r568cp.pdf](http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/r568cp.pdf)*

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

Trans. 568/ May 27, 2005/ CR-3873/DGE  
Trans. 449/January 21,2005/ CR-3683/DGE

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### ACLARACIÓN DE LA POLÍTICA DE PAGO REFERENTE AL CÓDIGO HCPCS Q3001 REALIZADO EN UN CENTRO DE CIRUGÍA AMBULATORIA (ASC)

**Nota:** ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 22 DE ABRIL DE 2005 PARA DEMOSTRAR QUE EL CONTENIDO AFECTA A LOS MÉDICOS QUE FACTURAN EL CÓDIGO HCPCS Q3001 Y PARA ACLARAR QUE LAS TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS (MPFS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL 2005 INDICAN QUE LA TARIFA DEL CÓDIGO LO ESTABLECERÁ EL CONTRATISTA.

#### **Proveedores Afectados**

Los médicos que le facturan el código Q3001 al contratista cuando éste se brinda en un Centro de Cirugía Ambulatorio (ASC por sus siglas en inglés)

#### **Acción Necesaria de Parte del Proveedor**

A partir del 1ro de enero de 2005, los proveedores deberán usar el código del Sistema de Codificación Para Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS, por sus siglas en inglés) Q3001 en lugar del código de 79900 del Current Procedural Terminology (CPT, por sus siglas en inglés) cuando facturen por radio fármacos para la braquiterapia prestada en un ASC.

#### **Lo Que Necesita Saber**

Hubo confusión entre los ASCs y los contratistas de Medicare con respecto al uso del código HCPCS Q3001. La tarifa de este código la establecerá el contratista en las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS, por sus siglas en inglés) y el mismo se debe utilizar al facturar por procedimientos de braquiterapia de próstata cuando dichos servicios se prestan en un ambiente de ASC.

#### **Lo Que Necesita Hacer**

Debe tener conocimiento de la política de pago actual para el código Q3001 y de que los contratistas de Medicare procesarán reclamaciones que contengan este código para los servicios prestados a partir del 1ro de enero de 2005 en adelante.

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### PAYMENT POLICY CLARIFICATION REGARDING THE HCPCS CODE Q3001 PERFORMED IN AN AMBULATORY SURGERY CENTER (ASC)

**NOTE:** THIS ARTICLE WAS REVISED ON APRIL 22, 2005, TO SHOW THAT IT AFFECTS PHYSICIANS BILLING FOR HCPCS CODE Q3001 AND TO CLARIFY THAT THE CODE IS CARRIER PRICED ON THE 2005 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE.

#### **Provider Types Affected**

*Physicians billing Medicare carriers for HCPCS code Q3001 performed in an ASC setting*

#### **Provider Action Needed**

*HCPCS code Q3001 should be used by providers on claims when billing for radioelements for brachytherapy performed in an ASC setting, instead of the Current Procedural Terminology (CPT) code 79900, effective January 1, 2005.*

#### **What You Need to Know**

*There has been confusion among ASCs and Medicare carriers regarding the use of HCPCS code Q3001. HCPCS Q3001 is carrier priced on the 2005 Medicare Physician Fee Schedule and should be used when billing for prostate brachytherapy procedures when performed in an ASC setting.*

#### **What You Need to Do**

*Be aware of the current payment policy for Q3001 and Medicare carriers will process claims containing this code when the services are performed on or after January 1, 2005.*

Cont. on next page

## Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

### Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) están conscientes de la confusión que existe entre contratistas y proveedores cuando se utiliza el código HCPCS Q3001 para facturar por procedimientos de braquiterapia de próstata si dichos procedimientos se realizan en un ASC.

Desde el 1ro de enero de 2005, el código Q3001 se paga de acuerdo a la tarifa que establezca el contratista según la base de datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFSDB) por sus siglas en inglés) del 2005 y se puede facturar a los contratistas de Medicare Parte B. Anteriormente, el código Q3001 solamente se pagaba bajo el sistema de pago de la Parte A conocido como el "Outpatient Prospective Payment System" (OPPS) y se facturaba solamente a intermediarios fiscales (FIs) de Medicare.

Esta instrucción y el CR 3789 aclaran la decisión de CMS sobre la política de pago referente al uso del código Q3001 en las reclamaciones de Medicare. El código HCPCS Q3001 se debe usar en lugar del código CPT 79900 al facturar por procedimientos de braquiterapia de próstata realizados en un ASC del 1ro de enero de 2005 en adelante.

### Información Adicional

Para más detalles, favor de ver la instrucción oficial emitida al contratista con relación a este cambio, el cual esta disponible en el siguiente enlace: [http://www.cms.hhs.gov/manual/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manual/transmittals/comm_date_dsc.asp)

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

## Ambulatory Surgical Center (ASC)

### Background

*The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is aware of confusion among carriers and providers when HCPCS code Q3001 is used to bill for prostate brachytherapy procedures performed in an ASC setting.*

*Effective January 1, 2005, Q3001 is carrier priced under the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database (MPFSDB) and can be billed to Medicare carriers for Part B services. Previously, Q3001 was only paid under the Outpatient Prospective Payment System (OPPS) and billable only to Medicare fiscal intermediaries.*

*This instruction and CR 3789 clarify CMS' payment policy decision regarding the use of Q3001 on Medicare claims. HCPCS code Q3001 should be used instead of CPT 79900 when billing for prostate brachytherapy procedures performed in an ASC, on and after January 1, 2005.*

### Additional Information

*For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change which may be found at: [http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm\\_date\\_dsc.asp](http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp)*

*From that web page, look for CR 3789 in the CR NUM column on the right, and then click on the file for that CR.*

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

Pub. 100-04 MCP / Trans. 520 / CR-3789 / 04-08-2005/ff ab rrc



## Contrato

### IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR (NPI POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Comenzando el 23 de mayo de 2005 todo proveedor del cuidado de la salud puede solicitar su Identificador Nacional del Proveedor (NPI por sus siglas en inglés). El NPI reemplazará los identificadores utilizados actualmente en las transacciones estándares del cuidado de la salud. Todas las entidades cubiertas por el *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), con la excepción de los planes pequeños, deben utilizar el NPI a partir del 23 de mayo de 2007. Los planes pequeños tienen hasta el 23 de mayo de 2008. Para instrucciones adicionales y para completar una solicitud para el NPI puede visitar la dirección Web <https://nppes.cms.hhs.gov>. Es importante enfatizar que el Programa Medicare todavía no está aceptando el NPI en transacciones estándares. Luego en el 2006, se impartirán instrucciones explícitas de fechas y de implementación del NPI para la facturación al Programa Medicare. Otros planes de salud, con los que usted lleva a cabo negocios, le indicarán cuando puede comenzar a utilizar el NPI en las transacciones estándares.

Además, existe una herramienta educativa llamada *NPI Viewlet* que está disponible actualmente en la dirección Web <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/npi/npiviewlet.asp> y bajo el título de "HIPAA Latest News" en [www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2](http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2), que es el lugar Web de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). Esta herramienta provee un resumen del NPI, una explicación de la aplicación y enlaces al lugar Web del *National Plan and Provider Enumeration System* en el que puede solicitar un número de NPI. La herramienta está diseñada para todo tipo de proveedor del cuidado de la salud. Próximamente también podrá acceder la herramienta en la dirección <https://nppes.cms.hhs.gov> del Web.

## Enrollment

### NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER (NPI)

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

*Also, an instructional web tool, called the NPI Viewlet, is now available for viewing at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/npi/npiviewlet.asp> and under "HIPAA Latest News" at <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2> on the Centers for Medicare & Medicaid Services' (CMS) website. This tool provides an overview of the NPI, a walkthrough of the application, as well as live links to the National Plan and Provider Enumeration System's (NPPES) website where the learner can apply for an NPI. This tool is designed for all health care providers. In the near future, you will also be able to access the viewlet at <https://nppes.cms.hhs.gov> on the web.*

Ref: JSM-05360/May 25, 2005/RRC

## Contrato

### SOLICITUD DE CAMBIO DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Queremos utilizar este medio para comunicarles a todos nuestros proveedores/suplidores que en el Sistema de Manual de CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)–Pub.100-8, Programa de Integridad de Medicare, se establece los pasos a seguir cuando se desea solicitar un cambio de información dentro de los expedientes de cada proveedor/suplidor de Medicare Parte B.

La forma para poder solicitar un cambio de información es a través de los formularios CMS 855. Estos formularios son utilizados para solicitar nuevo ingreso, cambios de información, reactivación y desactivaciones.

Para los profesionales de la salud se utiliza el contrato CMS 855I y para las entidades y suplidores de salud se utiliza el contrato CMS 855B.

Bajo el Programa Medicare existen tres tipos de direcciones; dirección de correspondencia, dirección de práctica y dirección de pagos. Cada vez que un proveedor/suplidor esté añadiendo, eliminando o cambiando información bajo el mismo seguro social o seguro social patronal, debe reportar dicho cambio utilizando los formularios CMS 855.

Las siguientes secciones son las que se deben de completar cuando se desea solicitar un cambio de dirección:

#### **CMS 855I**

**Sección 1** Información General de la Solicitud

**Sección 2A** Información Personal del profesional

**Sección 2B** Dirección de correspondencia

**Sección 4B** Información de la localización de la práctica

**Sección 4C** Dirección de pagos (se debe de completar aún estando acogido a depósito directo, ya que la misma se utiliza para enviar las explicaciones de pagos)

## Enrollment

### REQUEST FOR CHANGE IN PROVIDER INFORMATION

*Through this article we want to inform all of our providers/suppliers that CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) – Pub.100-8 Medicare Program Integrity Manual establishes the steps follow whenever a change of the information contained in our provider/supplier files is desired.*

*A request for change of information has to be submitted through Form CMS 855. These forms are used to submit new enrollment, changes of information, reactivation and voluntary deactivation.*

*The CMS 855I is used for health care professionals and the CMS 855B is used for health care suppliers and groups.*

*There are three different addresses under the Medicare Part B Program; correspondence, payment and practice location. Whenever a provider/supplier is adding, deleting or changing information under the same Social Security Number and/or Employer ID Number, he or she must report this using the CMS 855.*

*The following sections are to be completed when submitting a change of information:*

#### **CMS 855I**

**Section 1** General Information Application

**Section 2A** Personal Information

**Section 2B** Correspondence Address

**Section 4B** Practice Location

**Section 4C** Payment Address (it must be completed even if direct deposit is used because explanation of payments are sent at this address).

Cont. on next page

## Contrato

**Sección 4D** Localización de los expedientes médicos de los pacientes.

**Sección 15** Declaración Certificada (la misma debe estar firmada y fechada).

### **CMS 855B**

**Sección 1** Información General de la Solicitud

**Sección 2B** Información personal del suplidor

**Sección 2C** Dirección de correspondencia

**Sección 4A** Información de la localización de la práctica

**Sección 4F** Dirección de pagos (se debe completar aún estando acogido a depósito directo, ya que la misma se utiliza para enviar las explicaciones de pagos)

**Sección 4G** Localización de los expedientes médicos de los pacientes.

**Sección 15** Declaración Certificada (la misma debe estar firmada y fechada).

## Enrollment

**Section 4D** *Location of Medical Records*

**Section 15** *Certification Statement (it must be signed and dated)*

### **CMS 855B**

**Section 1** *General Information Application*

**Section 2B** *Personal Information*

**Section 2C** *Correspondence Address*

**Section 4A** *Practice Location*

**Section 4F** *Payment Address (it must be completed even if direct deposit is used because explanation of payments are sent at this address).*

**Section 4G** *Location of Medical Records*

**Section 15** *Certification Statement (it must be signed and dated)*

Ref. CF/April 2005

## 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

| Providers Excluded from the Medicare Program |  |                   |
|--|--|-------------------|
| NAME   | ADDRESS  | EFFECTIVE DATE    |
| Alvarado Sánchez, Mayda C.                   | 56 Georgetti St.<br>Comerio, PR 00782                                | September 3, 1997 |
| Alvarez Valentín, Mario                      | Urb. Valencia 1<br>52 Calle Pedro Cruz-Marg<br>Juncos, PR 00777      | July 18, 2002     |
| Arce Forestier, Nestor                       | 3 Muñoz Rivera St.<br>Camuy, PR 00627                                | August 20, 1998   |
| Arrillaga, Abenamar                          | Ext. Hermanas Davila 23 - J St.<br>Bayamón, PR 00959                 | May 18, 2000      |
| Atocha Sánchez, José M.                      | 720 Ponce De León Ave.<br>San Juan, PR 00918                         | April 29, 1996    |
| Baco Cuebas, German A.                       | Urb. Ponce De Leon<br>11 Calla Granada<br>Mayaguez, PR 00680         | January 20, 2003  |
| Baez López, Roberto                          | Calle Victor Salaberry #32<br>Guanica, PR 00653                      | February 20, 2003 |
| Bailey, Colin D H                            | 227 Golden Rock Dev Est<br>Christiansted<br>St. croix, VI 008204     | April 1, 1992     |
| Canabal Enriquez, Jose M                     | 170 Calle Luna<br>San German, PR 00683                               | April 20, 2003    |
| Caro Acevedo, Eduardo                        | Santa Rosa Mall<br>Suite 201 - Segundo Nivel<br>Bayamon, PR 00959    | March 20, 2002    |
| Collado Marcial, Jose L.                     | Prog. Salud Ocupacional<br>RCM UPR 2do Piso<br>Rio Piedras, PR 00925 | August 19, 2004   |
| Cruz Baez, Edgar A                           | Hospital Dr. Pila - Ave. Las Americas<br>Ponce, PR 00731             | February 20, 2003 |
| Davila Aponte, Wanda E                       | 63 Calle Nogal Monte Casino<br>Toa Alta, PR 00953                    | May 20, 2002      |
| Escalante Santos, Gilberto                   | Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St.<br>Rio Piedras, PR 00920       | June 10, 1994     |
| Francis Ambulance                            | 99 Manolo Flores St.<br>Fajardo, PR 00738                            | August 20, 2000   |
| Garcia Medina, Benjamin A                    | Calle Aibonito 1468<br>Santurce, PR 00907                            | April 20, 2003    |
| Grana Díaz, Roberto                          | Urb Sagrado Corazón<br>1616 Calle Sta Eduvigis<br>San Juan, PR 00926 | May 20, 2001      |
| Jimenez Casso, José                          | Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main<br>Bayamón, PR 00959                 | January 20, 2002  |
| Kutcher Olivo, Roberto                       | Calle Betances 80<br>Canóvanas, PR 00629                             | March 20, 2001    |
| Lab Clínico Bacteriologico del Oeste         | Calle Brau 27<br>Cabo Rojo, PR 00623                                 | Julio 5, 2000     |
| López Morales, Angel                         | Ave. A Buenas Bloque 20 #31<br>Urb. Santa Rosa<br>Bayamón, PR 00959  | January 20, 2002  |

Updated: May 31, 2005-SS

Cont. on next page

**Contrato****Enrollment**

| <b>Providers Excluded from the Medicare Program</b> |   |                       |
|---|---|-----------------------|
| <b>NAME</b>   | <b>ADDRESS</b>  | <b>EFFECTIVE DATE</b> |
| Maisonet Correa, Carlos                             | 61 Marginal Urb. Santa Rosa<br>Bayamón, PR 00960                    | September 20, 2001    |
| Mercado Franci, José A.                             | Villa Clarita 2 6 St. # 46<br>Fajardo, PR 00738                     | August 20, 2000       |
| Montañez López, Carlos W.                           | Optica Marbella Carr. 107 Km 1<br>Aguadilla, PR 00603               | March 20, 2002        |
| Moreno Torres, Edwin                                | 134 Calle José I. Quinton<br>Coamo, PR 00769                        | December 20, 1998     |
| Olivari Milán, Jose A.                              | Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2<br>Cabo Rojo, PR 00623            | April 18, 2002        |
| Ortega Ortiz, Orlando                               | Bo. Cuevas Carretera 132<br>Peñuelas, PR 00624                      | February 20, 2003     |
| Ortiz Ramos, Jorge L.                               | 17St. - 3D1 Covadonga<br>Toa Baja, PR 00949                         | December 20, 1999     |
| Ortiz Vargas, Daniel                                | Hospital Area de Yauco<br>Clinicas CASPRI<br>Yauco, PR 00698        | February 20, 2003     |
| Perea Vicente, Miguel A.                            | Ctro. Salud San German<br>Calle St. Javilla<br>San German, PR 00683 | February 20, 2003     |
| Pillot Costas, Juan R.                              | 41 Calle Concordia<br>Ponce, PR 00731                               | April 20, 2003        |
| Pintado García, Isidoro                             | 55 calle Comercio Suite 3<br>Yauco, PR 00698                        | June 19, 2003         |
| Quiñones Acevedo, Pablo                             | Irregui Plaza 201<br>Rio Piedra, PR 00925                           | February 20, 2003     |
| Ramos, Mélendez, Marcos U.                          | P.O. Box 999<br>Rio Grande, PR 00745                                | April 20, 2000        |
| Rivera Cruz, Carlos                                 | 205 Lauro Piñero Ave.<br>Ceiba, PR 00735                            | December 20, 1999     |
| Rivera López, Aixa                                  | Pearl Vision 52-E José De Diego St.<br>Cayey, PR 00736              | September 20, 2000    |
| Rutkowski Whitehead, Morris E.                      | 371 San Jorge St.<br>Santurce, PR 00912                             | July 14, 1993         |
| Santini Olivieri, Francisco A.                      | 4 Calle Hostos<br>Juana Diaz, PR 00795                              | April 18, 2002        |
| Soto Santiago, Reynaldo                             | Res. Levisticos del Oeste J104<br>Cabo Rojo, PR 00623               | February 20, 2003     |
| Soto Vázquez, Julio M.                              | Villa Rosa III B27 - 1St.<br>Guayama, PR 00784                      | May 17, 1991          |
| Stella, Edgar                                       | 513 Street Tintillo Hills<br>Bayamón, PR 00966                      | January 29, 1986      |
| Texidor Sánchez, Carmen I.                          | 25 St. - Z-19 Rio Verde<br>Caguas, PR 00725                         | August 20, 2000       |
| Vega Delgado, Marisol                               | Portal De Los Pinos B19 Calle 2<br>San Juan, PR 00936               | January 20, 2003      |
| Vigo Sierra, Myrna L.                               | Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2<br>Cabo Rojo, PR 00623            | April 18, 2002        |
| Yemat Perez, Alex A.                                | Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen<br>Santurce, PR 00907            | May 20, 2002          |

# NOTES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## **Medicare Pagador Secundario**

### **MODIFICACIÓN AL CUESTIONARIO ELECTRÓNICO DEL MANUAL DE MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO**

El Capítulo 3, Sección 3/20.2.1 del Manual de Medicare Pagador Secundario ha sido revisado. La pregunta 6 del cuestionario fue duplicada de la pregunta 5 del Manual en línea de Medicare Pagador Secundario. La pregunta 6 ha sido cambiada para reflejar el proceso apropiado de pregunta/respuesta.

CR3504/DG

## **Medicare Secondary Payer**

### **MODIFICATION TO ONLINE MEDICARE SECONDARY PAYER QUESTIONNAIRE**

*Chapter 3, Section 3/20.2.1 of the Medicare Secondary Payer Manual has been revised. Question 6 was a duplicate of Question 5 in the Online Medicare Secondary Payer Manual. Question 6 is being changed to reflect the appropriate follow-up question/answer.*

**MEDICARE INFORMA**

**BOX 71391**

**SAN JUAN, PR 00936**

**RETURN SERVICE REQUESTED**

**PRSRT STD**

**U.S. POSTAGE PAID**

**SAN JUAN, P.R.**

**PERMIT NO. 2563**