

¡Qué Bueno Que Preguntó!

NOTICIAS SOBRE LA TRANSICIÓN...

El 1 de agosto de 2005 cambiamos nuestro sistema de procesamiento de reclamaciones transicionando de Vips Medicare Systems a Multi-CarrierSystems.

Por varios meses antes de dicha fecha un grupo de empleados de Medicare se dedicó a probar el sistema con el propósito de identificar cualquier error que pudiera afectar a nuestros proveedores. CMS auditó nuestro progreso durante todo el proceso y aprobó nuestra transición. Esta transición es una de gran magnitud y actualmente estamos en la fase de estabilización, por lo que estimamos que dicha fase continúe hasta el 1 de marzo de 2006.

Cont. on page 4

We Are Glad You Asked!

TRANSITION UPDATE

On August 1st, 2005, we changed our claims processing system transitioning from Vips Medicare Systems to Multi-Carrier Systems.

For several months prior to this date a group of our employees were dedicated to testing the system in order to ensure that this transition would not result in any inconvenience to our providers. CMS monitored our progress during the complete process and approved our transition. This transition is one of great magnitude and we are presently in the stabilization phase, which we estimate shall run until March 2006.

Cont. on page 4

Emission Date: September 22, 2005

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



Volume 83 / July, Aug., and Sept. 2005

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

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

AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

TABLA DE CONTENIDO

¡Qué Bueno que Preguntó!

Noticias sobre la Transición	Portada y pág. 4
Creación del Historial de Pago	8
Terminación del Plan de Contingencia de HIPAA	9
Prestación de Servicios de Salud Vs. Desafiliación	10

Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que Deciden no Pertenecer	11
---	----

Recursos de Información y Educación

¿Qué es el ListServ?	12
Recursos de Información y Educación	13
Pregúntele a su Contratista (Charla Telefónica)	20
Seguridad de la Información	21

C E R T

CERT y el Derecho Apelativo	25
-----------------------------------	----

H I P A A

Proveedores/Vendors que Pasaron Pruebas HIPAA ..	26
La Ley para el Cumplimiento de la Simplificación Administrativa	29

Política Médica

Implante de Cóclea	33
Requisitos Actualizados para Trasplante Autólogo ..	39
Guías de Codificación Revisadas Códigos de Medicamentos	42
Expansión de la Cubierta para la Angioplastia	46
Cubierta y Facturación de Estimuladores de Ultrasonido	53
Nuevos Códigos HCPCS para Suministros	57
Consejería para Cesar el Hábito de Fumar	62
Servicios Radiológicos	67

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.

Políticas de Pago

Actualización a las Tarifas Fijas - octubre 2005	68
Actualización Éditos CCI, Versión 11.3	75
Actualización Anual a la ICD-9-CM	76
Actualización a las Tarifas Fijas - julio 2005	80
Implementación de la Decisión 05-01 - Lentes Intraoculares	81
Actualización Trimestral de julio a las Tarifas Fijas Equipo Médico	91

Medicamentos

Nuevos Códigos HCPCS para Medicamentos	94
--	----

Remesa de Pago

Actualización a los Códigos de Comentario de la Remesa de Pago	97
--	----

Reclamaciones

La Naturaleza y el Efecto de la Asignación en las Reclamaciones	101
---	-----

Laboratorio

Cambio Temporero en las Reglas de Tarifas por Jurisdicción	104
Cambios a la Aplicación Computadorizada para Éditos del NCD	110
Nuevas Pruebas con Dispensa Aprobadas por FDA	114

Centro de Enfermería Especializada

Actualización Trimestral de Octubre a la Facturación Consolidada	117
--	-----

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Pagos a los Centros de Cirugía Ambulatoria Código 66711	120
---	-----

Contrato

Recordatorio sobre el NPI	122
Recordatorio Itinerario para NPI	122
Proveedores Sancionados	123
Actualización a la Lista de lo Proveedores Sancionados	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!

<i>Transition Update</i>	Cover & page 4
<i>Payment History</i>	8
<i>Termination of HIPAA Contingency Plan</i>	9
<i>Health Care Services Vs. Disaffiliation Process</i>	10

Opt-Out Providers from the Medicare Program

<i>Medicare Program Opt-Out Providers</i>	11
---	----

Information and Education Resources

<i>What's a ListServ?</i>	12
<i>Information and Education Resources</i>	13
<i>Ask the Medicare Contractor - Teleconference</i>	20
<i>Information Security</i>	21

CERT

<i>CERT and the Appeals Right</i>	25
---	----

HIPAA

<i>Vendors/Providers that has tested X12N Format</i>	26
<i>ASCA Enforcement of Mandatory Electronic Claims</i>	29

Medical Policy

<i>Cochlear Implantation</i>	33
<i>Update Requirements for Autologous Stem Cell</i>	39
<i>Revised Coding Guidelines for Drug Administration</i>	42
<i>Expansion of Coverage for PTA</i>	46
<i>Coverage and Billing for Ultrasonic Stimulators</i>	53
<i>New HCPCS Codes and System Edits for Supplies</i>	57
<i>Smoking and Tobacco Use Cessation</i>	62
<i>Radiological Services</i>	67

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.

Billing Policies

<i>October Update to the 2005 Fee Schedule</i>	68
<i>Quarterly Update to CCI Edits, Version 11.3</i>	75
<i>Medicare Contractor Annual Update of ICD-9CM</i>	76
<i>July Update to the 2005 Fee Schedule</i>	80
<i>Implementation of CMS Ruling 05-01 (IOLS)</i>	81
<i>July Quarterly Update for 2005 Durable Medical Equipment</i>	91

Drugs

<i>New HCPCS Drug Codes</i>	94
-----------------------------------	----

Remittance Advice

<i>Remittance Advice Remark Code and Claims Adjustment</i>	97
--	----

Claims

<i>Nature and Effect of Assignment on Claims</i>	101
--	-----

Laboratory

<i>Temporary Change in Carrier Jurisdictional Pricing Rules</i>	104
<i>Changes to the Laboratory National Coverage Determination</i>	110
<i>New Waived Tests Approved by FDA</i>	114

Skilled Nursing Facility

<i>October 2005 Quarterly Update to SNF</i>	117
---	-----

Ambulatory Surgical Center (ASC)

<i>Payments to ASC for New CPT Code 66711</i>	120
---	-----

Enrollment

<i>NPI - Reminder</i>	122
<i>NPI Schedule - Reminder</i>	122
<i>Sanctioned Providers</i>	123
<i>Sanctioned Providers List Update</i>	Backcover

MOA-2005

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Durante la transición le informamos sobre los cambios que se llevarían a cabo, ahora los mantendremos al día sobre las situaciones que se han presentado y sus soluciones:

El código de acción CO – 52:

Un error en el nuevo sistema ocasionó la denegación de aproximadamente 100,000 reclamaciones que fueron sometidas los días 18, 19 y 22 de agosto de 2005 con el código de acción CO – 52 que indicaba “Usted no está autorizado a facturar estos servicios”. Dicho código fue definido incorrectamente, por lo que procedimos a ajustar estas reclamaciones y los últimos pagos ya se emitieron para el 16 de septiembre de 2005.

Pagos del Per Cápita Mensual a Nefrólogos:

Los pagos del per cápita mensual (códigos G0317, G0318 y G0319) se vieron afectados por dos situaciones:

- Las reclamaciones fueron suspendidas porque el sistema no encontraba la tarifa de los códigos. Esta situación ya se corrigió y próximamente se completará el proceso de estas reclamaciones efectuándole los pagos correspondientes.
- Las reclamaciones se denegaron debido a que se facturó con fechas de servicios correspondiente a un periodo (Ej. 01012005 a 01312005). Estos procedimientos deben ser facturados con una sola fecha de servicio a pesar de que corresponden a todos los servicios prestados durante un mes. Por ejemplo: si los servicios se prestaron durante el mes de junio, debe facturar 06012005 – 06012005, en lugar de 06012005 – 06302005.

Reclamaciones de Anestesiólogos:

La información que fue emitida en el boletín de Transición página 5 indica que “a partir de agosto, el número de servicios se sustituirá por el número de unidades...” Este cambio se verá **solamente** en la remesa de pago, una vez sea procesada la reclamación. Lo que quiere decir, que las reclamaciones se seguirán sometiendo como de costumbre.

We Are Glad You Asked!

Per to the transition we informed you of the charges that would take place, now we shall inform you of situations that have occurred and of their solutions:

Action code CO-52:

An error in our new claims processing system caused the denial of approximately 100,000 claims submitted during the day of August 18, 19 and 22, 2005 with action code CO – 52, which states: “you are not authorized to bill for these services”. This code was incorrectly defined, therefore we adjusted all these claims and all payments were released by September 16, 2005.

Monthly Capitation:

Payments of the Monthly Capitation (codes G0317, G0318 and G0319) were affected by two situations:

- *Claims were suspended because the system was unable to find the corresponding pricing. This situation has been corrected. Therefore, once the process of these claims is completed you will be receiving the corresponding payments.*
- *Claims were denied payment because they were billed indicating from and through dates (Ex: 01012005 to 01312005). These procedures should be billed with one date of service although the payment is for all the services rendered during a one-month period. You should not indicate from and through dates. For example: if you rendered services in June you should bill: 06012005 to 06012005, instead of 06012005 through 06302005.*

Anesthesia Claims:

*The information that we included on page 5 of the Transition bulletin, pertaining to anesthesia claims indicated, “As of August 1, the number of services will be substituted for the number of units...” This change **only** affects how the information is reflected on the remittance advice notice (RA), once the claim has been processed. Anesthesia claims should be billed as usual.*

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

En resumen, el número de minutos del período de la anestesia se indicará en el encasillado de *números de servicio o campo requerido para la facturación electrónica*, pero tomando en cuenta que una vez reciban su remesa de pago, los minutos que fueron facturados se reflejarán en unidades de servicios.

Por ejemplo: Si se facturaron 60 minutos de servicio, cuando lea la remesa de pago, encontrará la conversión (de los 60 minutos) a 4 servicios, ya que cada 15 minutos o fracción de minuto equivale a un servicio prestado.

Pagos Duplicados:

Otro evento identificado es el de pagos duplicados. Estos pagos duplicados se efectuaron por las siguientes situaciones:

- Proveedor sometió el mismo día dos archivos que incluía reclamaciones para el mismo servicio
- Reclamaciones pendientes de procesar al momento de la transición se duplicaron en el sistema
- Ajustes realizados durante los primeros días de la transición también se duplicaron

Estas reclamaciones fueron identificadas y se tomarán las acciones necesarias para recuperar los pagos que fueron efectuados incorrectamente. Si usted es uno de los proveedores identificados en este caso, pronto recibirá una notificación indicándole la cantidad que deberá devolver al contratista.

Sistema de Respuesta Automática Medicare Parte B:

Nuestro nuevo sistema telefónico de respuesta automática (IVR, por sus siglas en inglés) les permite obtener información del deducible anual, estatus de facturas, información de tarifas fijas y duplicados de remesa de pago. Además, pueden obtener información de elegibilidad del beneficiario y el significado de los mensajes que aparecen en la remesa de pago (glosario).

We Are Glad You Asked!

In other words, that the number of minutes per anesthesia period will continue to be identified on the space provided for number of service or respective electronic field, but taking into account, that once you receive your RA, the number of minutes that were billed will have been converted to units of service.

For example: If 60 minutes of service were billed, these will appear in the RA as 4 services, since every 15 minutes or fraction will be the equivalent to one (1) service.

Duplicate Payments:

Another issue is duplicate payments. These duplicate payments were caused by the following situations:

- *Provider submitted two files the same day that included claims for the same service*
- *Claims that were in the Common Working File during the cut off date were duplicated*
- *Adjustments issued during the first days after the transition were also replicated by the system*

These claims have been identified and we shall proceed to recover the amounts paid incorrectly. Those providers identified in these cases, will be receiving an overpayment letter informing them of the amount that should be reimbursed to the carrier.

Interactive Voice Response Unit Medicare Part B:

Our new Interactive Voice Response Unit (IVR) allows our providers to obtain the information currently available; such as annual deductible, claim status, request for a duplicate remittance advice and fee schedules. Furthermore, providers are able to obtain information on a beneficiary's eligibility and a description of the action codes that appear on the remittance advice.

Cont. on next page

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Cuando desee obtener el deducible anual o elegibilidad del beneficiario, usted deberá entrar además de su número de proveedor y clave secreta, el número de Medicare del beneficiario junto con los ocho dígitos de la fecha de nacimiento de éste. El propósito es cumplir con el Acta de Privacidad del 1974 y la Regla de Privacidad de HIPAA. Toda la información entrada en el sistema del beneficiario debe ser exacta para que el sistema le provea la información solicitada.

Les exhortamos a que continúen utilizando nuestro sistema telefónico de respuesta automática (1-877-715-1921).

Transposición de nombre y apellido:

Hemos denegado reclamaciones que presentaban una transposición de nombre y apellidos con código de acción PR-31, en lugar de rechazarlas como no procesable. No obstante, al analizar a fondo la situación encontramos lo siguiente:

- Algunas reclamaciones se transmitieron a través de programas de facturación que tienen invertidos los campos de nombre y apellido.
- SES Profesional no provee para un segundo nombre o inicial (si aplica) y en esos casos falta el pareo de nombre con el número de seguro del beneficiario.

A manera de medida interina en lo que se resuelve este escenario; las reclamaciones denegadas por esta razón se están ajustando sin que usted solicite una apelación. Además, procedimos a instalar un edito que suspenda las reclamaciones que presenten lo antes expuesto y las trabajaremos manualmente.

Mientras tanto estamos tomando las medidas necesarias para que los vendedores de programas de facturación que transponen el nombre y apellido corrijan su programación. SES por su parte estará distribuyendo la versión corregida de SES Profesional. Esperamos que los proveedores afectados puedan estar facturando debidamente para el 14 de octubre de 2005.

No obstante, para facilitar la solicitud de apelación de los casos ya denegados, estaremos

We Are Glad You Asked!

Complying with the Privacy Act of 1974 and the HIPAA Privacy Rule, to obtain the beneficiary annual deductible the provider must enter: the provider number and password as well as the beneficiary's Medicare number and beneficiary date of birth. The information pertaining to the beneficiary should be precise.

We encourage all of our providers to continue using our Interactive Voice Response Unit (1-877-715-1921).

Transposition of the Beneficiary's First and Last Names:

We have denied claims with action code PR-31 due to a transposition of the beneficiary's First and Last Name, instead of rejecting the claim. However, after a thorough analysis of the issue we found the following situations:

- *Some of the claims were transmitted through billing softwares in which the position of the beneficiary's first and last names were inverted.*
- *SES Professional does not provide a field for a middle name or initial (if applicable). Therefore, in these cases the system cannot match the beneficiary's name and Medicare number.*

Until this situation can be resolved, the claims denied due to this problem are being adjusted without you having to request an appeal. Furthermore, we also have installed an edit that suspends these claims so that they can be handled manually.

The necessary measures are being taken so that the software vendors that invert the first and last name can correct their programming. SES will be distributing the corrected version of SES Professional. We expect that providers affected will be billing correctly by October 14, 2005.

¡Qué Bueno Que Preguntó!

aceptando la información de estas reclamaciones por teléfono. Por lo tanto, de usted tener reclamaciones denegadas durante el período del 1 de agosto al 12 de septiembre de 2005 debido a la disparidad antes mencionada podrá comunicarse al 1-877-715-1921 y solicitar los ajustes correspondientes.

Una vez corregida la situación con los programas de facturación, procederemos a rechazar cualquier reclamación que presente error de esta naturaleza.

Nota: Error en el número de Medicare:

Las reclamaciones sometidas con el número de Medicare incorrecto presentan un error distinto al antes mencionado. Dichas reclamaciones no pueden ser ajustadas. Por ende, usted deberá someter una reclamación nueva con el número de Medicare correcto para poder considerar la misma para pago.

Recuerde siempre facturar conforme a la información que aparece en la tarjeta de Medicare del beneficiario.

Lógica del Sistema:

Las siguientes situaciones fueron ocasionadas por elementos en la lógica de nuestro nuevo sistema:

- Pruebas de Laboratorio: Los servicios de laboratorios clínicos y patológicos fueron denegados con el código PR-38 "lugar de servicio no válido" ya que el sistema no reconoció el lugar de servicio 81. Al percatarnos de esta situación procedimos a realizar ajustes expresos a estas reclamaciones. Agradeceremos que aquellos proveedores que aún tengan reclamaciones pendientes de pago dada esta situación se comuniquen con nosotros al **1-877-715-1921**, para tramitar los ajustes correspondientes.
- Códigos de Quimioterapia: Al 1 de agosto el sistema no reconoció los códigos de quimioterapia G9021 a G9029 y los denegó con el código de acción B-15 "código no valido". Se actualizó la información para que el sistema reconozca esta gama de códigos y procedimos a realizar un ajuste masivo.

We Are Glad You Asked!

Nonetheless, to aid the appeals process for the claims that were denied, we will be accepting information concerning these cases by telephone. Therefore, if you have claims denied during the period of August 1st through September 12th, 2005 due to this disparity, you can contact 1-877-715-1921 and request corresponding adjustments.

Once this situation is corrected, claims submitted with this error will be rejected.

Note: Incorrect Medicare Number:

Claims submitted with the incorrect Medicare number present a different error than the abovementioned one. These claims cannot be adjusted. Therefore, you must submit a new claim with the correct Medicare number in order to consider them for payment.

Remember to always bill using the information that appears on the beneficiary's Medicare card.

System Logic:

The following situations were caused by logistics elements in our new system:

- Laboratory Test: *Clinical and pathological laboratory services were denied payment with action code PR – 38 "place of service not valid", because the system did not recognize place of service 81. Once this situation was identified we proceeded to adjust these claims through express adjustments. Those providers that still have claims pending payment due to this situation are encouraged to contact us at **1-877-715-1921** for the corresponding adjustments.*
- Chemotherapy Codes: *As of August 1st the system did not recognize chemotherapy service codes G9021 through G9029, denying them with action code B-15 "invalid code". The system was updated in order to recognize this range of codes and we proceeded to make massive adjustments for these claims.*

¡Qué Bueno Que Preguntó!

- Códigos de quiroprácticos y pruebas de electrocardiograma: Para estos códigos existen varios parámetros y uno de ellos tenía un indicador incorrecto, lo que ocasionó la denegación de varias reclamaciones con la nota 185 “servicio no médicamente necesario”.

Las reclamaciones de electrocardiograma se están ajustando vía *ajuste expreso*.

Si usted no ha recibido el ajuste de sus reclamaciones, favor de contactarnos al 1-877-715-1921.

Actualmente estamos ajustando masivamente las reclamaciones por servicios quiroprácticos.

We Are Glad You Asked!

- Chiropractor codes and Electrocardiogram test: Various parameters exist for these codes; one of them had an incorrect indicator that caused the denial of claims with the note 185 “service not medically necessary”

Claims for electrocardiograms are also being express adjusted. If you have not received the adjustments of your claims please contact us at 1-877-715-1921.

Claims for chiropractor services are currently being paid through massive adjustments.

DG/JS/IC-Transition 9-19-2005

CREACIÓN DEL HISTORIAL DE PAGO

En el pasado Medicare creaba historiales de pago a petición de los proveedores.

Con nuestro nuevo sistema dicho servicio ya no estará disponible. Por tanto, exhortamos a todos los proveedores, suplidores y médicos a utilizar su Remesa de Pago para reconciliar sus cuentas.

PAYMENT HISTORY

In the past, Medicare created payment histories at the request of the providers.

This service is no longer available with our new system. Therefore, we recommend that all providers, suppliers, and physicians use the Remittance Advise Notice to reconcile their accounts.

DG/JS/IC-Transition 9-19-2005

¡Qué Bueno Que Preguntó!

TERMINACIÓN DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE HIPAA PARA NUEVAS RECLAMACIONES RECIBIDAS - RECORDATORIO

El programa de Medicare implementó un plan de contingencia el 16 de octubre de 2003, que les permitía a los proveedores y a otros facturadores continuar sometiendo reclamaciones vía electrónico en un formato de pre-Acta de "Portabilidad" y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Desde el mes de junio de 2005, alrededor de un 99.5% de las reclamaciones electrónicas que mensualmente recibe Medicare son sometidas bajo el formato de cumplimiento de la ley federal HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act). Esto significa que menos de un uno por ciento de los proveedores que facturan electrónico están sometiendo reclamaciones que no cumplen con la Reglamentación de Simplificación Administrativa de la ley HIPAA. Basado en este progreso, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) han terminado el plan de contingencia de Medicare HIPAA para las nuevas reclamaciones recibidas.

Efectivo el 1 de octubre de 2005, cualquier reclamación recibida vía electrónico que no esté bajo un formato estándar y no cumpla con la ley HIPAA será rechazada a través del sistema "front-end". Se enviará un mensaje indicando que la reclamación fue rechazada porque una versión o formato que no estaba en cumplimiento con la ley HIPAA fue utilizado.

Estamos comprometidos en poder ayudar a los proveedores y otros facturadores electrónicos a estar en cumplimiento con la ley HIPAA. Si podemos ofrecerles algún tipo de asistencia favor de contactarnos a nuestro número de teléfono como contratista al 1-877-715-1921.

We Are Glad You Asked!

TERMINATION OF HIPAA CONTINGENCY PLAN FOR INCOMING CLAIMS - REMINDER

Medicare implemented a contingency plan on October 16, 2003, that allowed providers and other electronic billers to continue sending pre-Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) format electronic claims. As of June 2005, over 99.5% of the electronic claims Medicare receives each month are now submitted in the HIPAA compliant format. This means that less than one percent of the Medicare electronic billing providers are submitting non-HIPAA compliant claims. Based on this progress, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will end the Medicare HIPAA contingency plan for incoming claims.

Effective October 1, 2005, any incoming electronic claim that is in a non-HIPAA compliant format will be rejected on the front-end. A message will be sent indicating that the claim was rejected because a non-HIPAA compliant version or format was used.

We are committed to helping providers and other electronic billers become HIPAA compliant. Please contact us at 1-877-715-1921 if we can be of assistance."

JSM05439 072705/CF

¡Qué Bueno Que Preguntó!

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD VS. PROCESOS DE DESAFILIACIÓN

Durante las pasadas semanas se han estado recibiendo llamadas de beneficiarios relacionadas a los productos Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) y su proceso de desafiliación. Las llamadas se generan ya que algunos proveedores están negándose a prestar servicios de salud a los beneficiarios, por éstos no estar activos bajo el Programa Original Medicare. La elegibilidad de los beneficiarios se coteja en los archivos centrales (CWF) y los alimenta las oficinas del Seguro Social. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) a través de las oficinas del Seguro Social están llevando a cabo los esfuerzos pertinentes para actualizar los archivos con la información de desafiliación con prontitud. La aseguradora privada de salud que administra el plan MA envía una carta a principios de cada mes indicando la fecha de efectividad de la desafiliación del beneficiario para que éste, a su vez, pueda enviarla a las oficinas del Seguro Social. Dicha agencia automáticamente efectúa la activación de los privilegios del Plan Original Medicare (*Manual Medicare y Usted, ed.2005*).

Con esta comunicación queremos informarles a todos nuestros proveedores/suplidores que continúen prestando servicios de salud a nuestros beneficiarios ya que los procesos de desafiliación a los planes MA y activación al Programa Original se están llevando a cabo. Le alertamos, que estos procesos de actualización están tomando más tiempo de lo deseado. Por tal razón, estamos investigando alternativas con CMS para evitar la demora en el pago por los servicios. Pronto, mencionaremos más información sobre este asunto.

MA Plans/08-03-05/CF

We Are Glad You Asked!

HEALTH CARE SERVICES VS. DISAFFILIATION PROCESSES

During the past weeks we have been receiving telephone calls of beneficiaries related to the MA plans (Medicare Advantage) and the disaffiliation processes taken to comply with the options available to the beneficiary. The telephone calls are being generated because the provider community is not providing health care services to beneficiaries who are not active in the Original Medicare Plan. The eligibility of the beneficiaries is compared against the central archives (CWF) and these are supported by the Central Offices of the Social Security. The Center for Medicare and Medicaid Services through the Social Security Offices are carrying out the proper efforts to be able to update these archives with the disaffiliation information as quick as possible. The private insurance health company that manages the MA plan sends an official letter at the beginning of each month indicating the effective date of disaffiliation of the beneficiary. At the same time this letter has to be sent by the beneficiary to the Social Security Offices. The same agency automatically takes in effect the activation of privileges into the Original Medicare Plan (Medicare and You Manual, 2005 ed.).

With this communication we want to inform all of our providers/suppliers to continue rendering health care services to our beneficiaries because the processes of disaffiliation from the MA plans and the activation to the Original Medicare Plan are being met. We want to inform that these processes of upgrading are taking more time of the expected. For this reason, we are analyzing various alternatives with CMS to avoid the delay of the payment for the health care services rendered. Soon, we will give more information pertaining to this situation.

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 30 de agosto 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 August 30, 2005:

Provider Name	Provider Address	Opt-Out Period	
Puerto Rico			
Dr. Sharee A. Umpierre Catinch	Centro Europa Ste 718 Ave. Ponce De Leon 1492 San Juan, PR	10/1/2003	9/30/2005
Dr. José M. Montañez	First Pine Center 1451 Ave Ashford San Juan, PR 00907	10/23/2003	10/22/2005
U.S. Virgin Islands			
Dr. James P. Clayton	6500 Red Hook Plaza Ste 205 St. Thomas, VI 00802	10/10/2003	10/9/2005

Rev. 08/30/2005/SS

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 (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.

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) 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.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

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

RECURSOS DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LOS PROVEEDORES, SUPLIDORES Y MÉDICOS DE MEDICARE

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.

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.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Enfoque de Información y de Acercamiento al Proveedor

CMS confía en los esfuerzos cooperativos de sus contratistas de Medicare, Oficinas Regionales y en el personal de comunicaciones para los proveedores de la Oficina Central con el fin de llevar información con fluidez y de realizar actividades de acercamiento 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 acercamiento y educación y a menudo interactúan con asociaciones profesionales locales. Sus actividades de acercamiento y educación incluyen seminarios en persona, boletines informativos, comunicados, conferenciantes y la diseminación 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 se mantiene activo con las comunidades de médicos y otros proveedores en el ámbito nacional y local por medio de sus relaciones con asociaciones nacionales y locales y con los grandes agentes de facturación. Además, el personal se mantiene activo a través de actividades de acercamiento como ser anfitriones de reuniones orientadas al proveedor y proporcionar oradores en conferencias profesionales. Las Oficinas Regionales de CMS también supervisan a los contratistas de Medicare y juegan un papel clave solucionando asuntos que los médicos y otros proveedores no consiguen resolver.

Information and Education Resources for Providers

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 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 websites and provider-specific electronic listservs (mailing lists).

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

2. CMS Regional Offices

Staff at CMS' 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 also provide oversight of Medicare contractors and play a key role in resolving issues that physicians and other providers cannot get resolved.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

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

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 actividades de educación y acercamiento de la Oficina Central de CMS se enfocan en la precisión, la uniformidad y en ser oportunas. Dados 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. En el sitio Web de “Medlearn Matters” usted encontrará una tabla que se puede ordenar

Information and Education Resources for Providers

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>

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 focus on accuracy, consistency and timeliness. 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. On the Medlearn Matters web page, you’ll find a sortable table for easy

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

de varias maneras para el fácil acceso a cada artículo y las instrucciones correspondientes al Programa, si aplica. Puede unirse a la lista electrónica de servicio ("listserv") de "Medlearn Matters" para recibir notificación electrónica cuando se publican nuevos artículos.

- **Red de Aprendizaje de Medicare** ~ 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>
- **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". 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

Information and Education Resources for Providers

access to each 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 Learning Network** ~ *The Medicare Learning Network (MLN) 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>.*
- **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. 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*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

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>

- **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 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

Information and Education Resources for Providers

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>.

- **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>.
- **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

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

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.

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.

Programa de “Comprehensive Error Rate Testing” - Contratista de Documentación de “CERT”

FUNCIÓN DE SOLICITUD Y RECIBO DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Los Centros de Servicio para Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) recibe de parte de médicos del sistema de pago por servicios mediante tarifas fijas de Medicare, de parte de proveedores y de suplidores, más de 2 billones de reclamaciones al año. CMS implementó el programa de *Comprehensive Error Rate Testing* (CERT) en un esfuerzo por cumplir con el *Improper Payment Information Act* (IPIA). El programa de CERT calcula el por ciento de error de las reclamaciones sometidas a los contratistas de la Parte B, a los Contratistas Regionales

Information and Education Resources for Providers

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.

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!

The Comprehensive Error Rate Testing (CERT) Program - CERT Documentation Contractor (CDC)

MEDICAL RECORD REQUEST AND RECEIPT FUNCTION

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) receives in excess of 2 billion claims per year from Medicare Fee-for-Service physicians, providers, and suppliers. CMS implemented the CERT program as part of its efforts to comply with the Improper Payment Information Act (IPIA). The CERT program calculates the error rate for Medicare claims submitted to Carriers, Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), and Fiscal Intermediaries (FIs) to improve the quality and accuracy of Medicare Claims submission, processing, and payments. The CERT Documentation Contractor is

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) y a los Intermediarios Fiscales (FI por sus siglas en inglés). El propósito es mejorar la calidad y la precisión al someter, procesar y pagar las reclamaciones de Medicare. El Contratista de Documentación CERT le responde a CMS y al programa de CERT cuando solicita, recibe, graba imágenes y almacena los expedientes médicos. Como parte del programa de Medicare, es de suma importancia que los proveedores cumplan con las solicitudes de someter expedientes médicos hechas por el Contratista de Documentación de CERT y de esa manera le provean asistencia a CMS en sus esfuerzos por reducir el por ciento de errores. Si un proveedor no somete la documentación solicitada por el Contratista de Documentación, la reclamación se cuenta como un error y se genera una carta de pago indebido solicitando el reembolso del pago hecho por una reclamación en error.

- Por favor responda con prontitud a toda solicitud hecha por el Contratista de Documentación de CERT
- Someta toda la documentación solicitada
- Los médicos, los proveedores y los suplidores no necesitan obtener autorización adicional del beneficiario para hacerle llegar los expedientes médicos al contratista de CERT. Tenga por seguro que proveerle expedientes médicos específicos al contratista de CERT designado no viola disposiciones de confidencialidad bajo la ley HIPAA.

Se puede comunicar con el centro de llamadas del Contratista de Documentación CERT por teléfono al (301) 957-2380 o por Fax al (240) 568-6222.

Los representantes de servicio están disponibles de 8:00 AM a 8:00 PM hora del este. El facsímil es el método preferido para entregar los expedientes médicos solicitados. La documentación de expedientes médicos más extensos se puede enviar por correo a la siguiente dirección de sus oficinas:

Information and Education Resources for Providers

responsible to CMS and the CERT program for the request, receipt, imaging and storage of medical records. As part of the Medicare program, it is of the utmost importance that providers assist CMS in its error rate reduction efforts by complying with requests for medical records made by the CERT Documentation Contractor. If a provider fails to submit the documentation requested by the CERT Documentation Contractor, the claim is scored as an error and an overpayment letter requesting refund of payment received for the "erroneous" claim.

- *PLEASE respond promptly to all requests from the CERT Documentation Contractor, do not ignore them.*
- *Submit ALL the documentation requested.*
- *Physicians, providers and suppliers do not need to obtain additional beneficiary authorization to forward medical records to the CERT contractor. Be assured that forwarding specifically requested records to the designated CERT contractor does not violate privacy provisions under the Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) law.*

The CERT Documentation Contractor Call Center may be reached at: Phone: (301) 957-2380 or Fax: (240) 568-6222.

Service Representatives are available between the hours of 8:00 am to 8:00 pm Eastern Time. Fax is the preferred method for delivery of requested medical records. Lengthy medical record documentation may be sent via mail to their office address at:

Cont. on next page

CERT Documentation Office

9090 Junction Drive Suite 9
Annapolis Junction, Maryland 20701

Un proveedor que desee actualizar o cambiar su información de contacto para el programa de CERT debe comunicarse con su contratista de la Parte B, su DMERC, como también con el Contratista de Documentación CERT. En el futuro los proveedores podrán actualizar o cambiar su información en la página web de CERT del proveedor, www.certprovider.org.

A provider who wishes to update or change contact information for the CERT program should contact their Carrier/DMERC/Fl as well as the CERT Documentation Contractor. In the future providers will be able to update or make changes to their information on the CERT provider's website at www.certprovider.org.

MM SE0454 /7 de julio de 2005/ELS RRC

**PREGÚNTELE A SU
CONTRATISTA MEDICARE
(CHARLA TELEFÓNICA)**

La próxima charla telefónica dirigida a los proveedores de Medicare Parte B de Puerto Rico, con el fin de orientarlos sobre información nueva pertinente a los Centros de Enfermería Especializada (SNF) será:

FECHA: 11 de octubre de 2005

HORA: 3:00pm

TIPO DE USUARIO: Todos los Proveedores y Suplidores

TEMA: Centros de Enfermería Especializada (SNF por sus siglas en inglés)

COBERTURA: Puerto Rico - SOLAMENTE

Para conectarse, favor llamar al **1-800-268-8047** y una operadora estará en línea para asistirlos.

**ASK THE MEDICARE
CONTRACTOR
(TELECONFERENCE)**

The next telephone conference call aimed to providers of Medicare Part B from Puerto Rico with the objective of informing them of new information regarding SNFs will be hold on:

DATE: October 11, 2005

TIME: 3:00pm EST

USER TYPE: All Medicare Part B providers and suppliers

TOPIC: Skilled Nursing Facilities (SNF)

Coverage: Puerto Rico – ONLY

*To join the conference please call **1-800-268-8047** and an operator will be standing by to assist you.*

JS-09-05/Comm/moa

Recursos de Información y Educación para Proveedores

SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

OBJETIVO:

Medicare reconoce la importancia de proteger los sistemas de información de daños que puedan ocasionarles individuos conocidos o desconocidos. En este artículo presentamos elementos de seguridad importantes para el área de informática.

La seguridad de la información es un esfuerzo de equipo que conlleva la participación y apoyo de los proveedores que generan y transmiten reclamaciones a través del Sistema Electrónico de Salud - SES y el "Bulletin Board System BBS" y de cada empleado de Medicare. Es responsabilidad de cada usuario de computadoras conocer estas guías y realizar sus actividades de acuerdo a ellas.

PROPÓSITO Y ALCANCE:

A continuación, se delinean algunos términos y recomendaciones para nuestra comunidad médica y su personal de facturación sobre el manejo y la seguridad de la información, así como de la protección del equipo de computadoras. El uso inadecuado de las computadoras expone a la División Medicare a riesgos como los ataques de virus y daños a los servicios y sistemas. Debido a la necesidad de proteger la integridad de la red de Medicare, nuestra comunidad médica debe:

1. Salvaguardar contra accesos no autorizados la confidencialidad de la información de salud manejada, almacenada en cualquier equipo o recurso o transmitida.
2. Practicar buen criterio de manejo de la información y tomar en cuenta el uso razonable del sistema para propósito profesional.
3. Seguir los procedimientos existentes para el uso de los sistemas del SES y BBS.
4. Clasificar la información de Medicare como confidencial y sensitiva.

Information and Education Resources for Providers

INFORMATION SECURITY

OBJECTIVE:

Medicare recognizes the importance of protecting the information systems from harm that may be caused by know or unknown sources. In we share important elements of security from the information technology standpoint.

Information security is a team effort that entails the participation and support of the providers that generate and transmit claims through the Health Electronic System (SES) or the Bulletin Board System (BBS) and from each Medicare employee. It is responsibility of each computer user to know these guides and to perform his/her activities in accordance with them.

PURPOSE AND SCOPE:

Following are some terms and recommendations for our healthcare professionals and their billing agents regarding the handling and security of the information as well as the computers equipment protection. Inappropriate use of the computers exposes the Medicare Division to adverse risks, such as virus and service and system dangers. Due to the necessity to protect the integrity of the Medicare network, our medical community must:

1. *Safeguard against unauthorized access the confidentiality of health information handled, stored in any means or equipment, or transmitted.*
2. *Practice good judgment when handling the information and take into consideration the reasonable use of the system for professional purpose.*
3. *Follow the existing procedures for the use of the SES and BBS systems.*
4. *Classify Medicare information as confidential and sensitive.*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

5. Hacer lo posible para evitar el acceso innecesario y no autorizado a la información.
6. Mantener seguras las contraseñas y no compartir su cuenta con otros. El proveedor será responsable por sus cuentas de usuario y contraseñas y de las acciones llevadas a cabo bajo su clave de acceso.
7. Solicitar el cambio de su contraseña periódicamente. Si usted sospecha que alguien obtuvo su contraseña, informe inmediatamente al área del SES o al Departamento de Sistemas de Medicare para cambiar la misma.
8. Instalar la activación automática del “screen saver” con contraseña, por razones de seguridad contra intrusos, en las PCs y “laptops” para prevenir el acceso a simple vista de la información y los datos desplegados en la pantalla. La mayoría de los sistemas operativos proveen esta cualidad. Esta pantalla debe activarse a los cinco (5) minutos de inactividad. Si va a abandonar el área de trabajo, debe bloquear el acceso a la computadora mediante mecanismos automáticos o haciendo sign-off o log-off. Si ha finalizado sus tareas, deberá apagar la máquina y su monitor para evitar intentos de acceso no autorizado a la misma. Apagando su sistema evita que el procesador se sobre caliente y pierda la información contenida en la máquina.
9. Manejar con especial cuidado la información contenida en las máquinas portátiles, ya que es más sensitiva a vulnerabilidades. Los requisitos y especificaciones de seguridad para el ambiente de PCs aplican de igual manera al uso de conexiones remotas.
10. Recomendar al usuario o persona encargada ser extremadamente cuidadoso al abrir mensajes o archivos adjuntos a los correos electrónicos (“e-mails”) provenientes de cuentas desconocidas. Los mismos pueden contener códigos maliciosos. Asegure su máquina con un programa de antivirus y verifique que sus definiciones se actualicen por lo menos una vez a la semana.

Information and Education Resources for Providers

5. Prevent unnecessary and unauthorized access to the information.
6. Keep passwords secured and not share the user account with others. The provider is responsible for his/her passwords and user accounts and of the activities performed with his password.
7. Request periodically changes of passwords. If you suspect that somebody obtained your password, contact SES area or Medicare Systems Department immediately for a password change.
8. Install the automatic activation of the screen saver with a password, for security reasons against intruders, in the personal computers and laptops to prevent the access to the information and data displayed on the screen. The majority of the operative systems provide this feature. This screen must activate after five (5) minutes of inactivity. If you are going to leave the work area, access to the computer must be blocked through automated mechanisms or sign-off, log-off. To avoid unauthorized access to information once you have finished your work, the computer and the monitor must be turned-off. Turning off the computer will prevent system overheating and the loss of the information.
9. Handle with special care the information contained in laptops since it is more sensitive to vulnerabilities. The security requirements and specifications for the PCs environment also apply to the use of remote connections.
10. Recommend the user or person in charge to be extremely careful when opening e-mails or file attachments from unknown accounts. Such files can contain malicious codes. Secure your computer with an antivirus application and verify that the virus definitions are updated at least once a week.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

11. Verificar todos los discos compactos ("CDs") y "3½ floppy" ("diskettes") donde almacena las reclamaciones y cualquier otra información electrónica antes de accederlos en su máquina o entregarlos a Medicare. La entrega de discos es una alternativa viable en caso que se active el Plan de Contingencias.
12. Corroborar que el número de teléfono del destinatario es el correcto al enviar un fax con información sensible. De igual manera, notificar al destinatario que recibirá un comunicado para que esté pendiente. Recomendamos que añada texto adicional solicitando la destrucción del comunicado si este no es recibido por el destinatario.
13. Destruir la información sensible y confidencial contenida en papel, entiéndase la información de salud de clientes, siempre y cuando no vaya a utilizarse en el futuro. Para la destrucción de la misma se recomienda utilizar trituradores de papel de corte cruzado ("Cross-cut Shredders"). La información contenida en discos debe eliminarse formateando los mismos varias veces, destruyéndolos por completo o utilizando herramientas diseñadas con ese propósito.
14. La División Medicare divulgará aquellos procedimientos a seguir antes, durante y después de emergencias en caso que los sistemas del SES o BBS no estén en funcionamiento para asegurar que las reclamaciones se procesen a tiempo.

CONCEPTOS IMPORTANTES:

1. **PC** – recurso electrónico que permite procesar, almacenar y transmitir datos contenidos en archivos a través de la instalación mediante el uso de programas y/o aplicaciones que llevan a cabo una función específica.
2. **Antivirus** – programa que con las últimas actualizaciones, puede detectar, detener y eliminar códigos maliciosos tales como virus, caballos de Troya, gusanos y otros.

Information and Education Resources for Providers

11. Check all CDs and diskettes where the claims and other electronic information have been stored before inserting them into the computer or bringing them to Medicare. The disc delivery is a viable alternative in case the Plan of Contingencies becomes active.
12. Corroborate that the addressee phone number is correct when sending a fax with sensitive information. You can also notify the addressee that you will be sending a fax. We recommend that you add a footnote or endnote that states that the information should be destroyed if received by other than the addressee.
13. Destroy the sensitive and confidential information (customers health information) contained in paper, as long as it will not be used in the future. For the destruction, it is recommended to use "Cross-cut Shredders". The information contained in discs must be eliminated formatting the same many times or destroying them using tools designed for that purpose.
14. The Medicare Division will disclose the procedures to follow before, during and after emergencies in the case that SES or BBS Systems won't be functioning to assure that the claims are processed on time.

IMPORTANT CONCEPTS:

1. **PC** – an electronic resource that allows to process, to save and to transmit file information throughout the installation by using function specific programs and or applications.
2. **Antivirus** – a program that with the latest updates can detect, detain and remove malicious codes such as virus, Trojan horse, worms and others.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

3. **“Laptop”** (computadora portátil) – Computadora personal compacta que puede transportarse de un lado a otro con facilidad.
4. **Acceso remoto** - privilegio otorgado a los usuarios con necesidad real de acceder un servicio, computadoras, servidor o una red a distancia. Este medio necesita configuraciones y consideraciones adicionales de seguridad para mitigar riesgos de interceptación de datos por personas no autorizadas.
5. **“E-mail”** (correo electrónico) – medio de comunicación electrónica transmitido a través del Portal Electrónico por un usuario del servicio público o privado.
6. **“Sign-off o log off”** – desligar del sistema la cuenta de un usuario para cerrar una sesión de acceso autorizado.
7. **Código malicioso** – programa o comando que genera alguna gestión maliciosa en contra de un sistema, aplicación o recurso de informática.
8. **“Screen Saver”** con contraseña – imagen animada en el monitor de las computadoras que se activa si el usuario no utiliza el sistema por un periodo de tiempo determinado para evitar el acceso no autorizado a la misma.
9. **Vulnerabilidad** – debilidad del sistema que puede ser de naturaleza técnica, de configuración, humana o ambiental.
10. **Contraseña** – serie de caracteres secretos que usualmente van acompañados por un nombre de usuario que combinados permiten acceder un archivo, computadora, programa o sistema. La contraseña ayuda a no permitir el acceso no autorizado.

Information and Education Resources for Providers

3. **Lap top** – portable personal computer
4. **Remote access** – privilege granted to the users with real necessity to access a service, computers, server or a network at a distance. This mean needs additional configurations and security considerations to reduce the risks of unknown people intercepting information.
5. **E-mail** – electronic communication media transmitted through Internet
6. **Sign-off or log-off** – get the user account off the system to close an authorized access
7. **Malicious codes** – program or command that generates a malicious action against a system, application or information resource
8. **Screen saver with password** – animated image activated in the computer monitor for certain period of time to prevent the unauthorized access to the computer
9. **Vulnerability** – system weakness that can be of technical, configuration, human or environmental nature
10. **Password** – a series of secret characters that usually go accompanied by a user name which combined they allow the access to a file, computer, program or system. The password helps to prevent the unauthorized access.

RCG-ISG/September, 2005

PROGRAMA CERT

CERT Y EL DERECHO APELATIVO

Muchos proveedores tienen inquietud acerca de cómo aplica el derecho apelativo para servicios seleccionados en la muestra nacional del Programa CERT (*Comprehensive Error Rate Testing*). Esta inquietud surge ya que la evaluación del contratista de CERT puede culminar en el establecimiento de un sobrepago.

Deseamos aclarar que si ese es su caso, usted tiene el mismo derecho apelativo que le asiste cuando usted está en desacuerdo con un sobrepago/recobro establecido luego de una evaluación por parte del Contratista (*Carrier*). Esto es, usted puede solicitar:

- una redeterminación, si el sobrepago es menor de \$100. La solicitud de redeterminación debe hacerse dentro de los 120 días contados a partir de la notificación del sobrepago; o,
- una audiencia, si el sobrepago es de \$100 ó más. La solicitud de audiencia debe hacerse dentro de los 180 días contados a partir de la notificación del sobrepago.

Si usted interesa presentar una solicitud de redeterminación o audiencia, no olvide enviar la documentación que usted entienda pueda apoyar su posición. Incluso, puede enviar documentación pertinente que no hubiese enviado anteriormente al contratista de CERT. Es conveniente que en estos casos indique que solicita una revisión o audiencia – según sea el caso – de un sobrepago establecido como consecuencia de un caso evaluado por el Programa CERT.

De tener alguna duda puede llamar a nuestros representantes de servicio al cliente, al teléfono 1-877-715-1921.

CERT-DG/08-03-05

CERT PROGRAM

CERT AND THE APPEALS RIGHT

Many providers are concerned with the applicability of the appeals rights to services contained in the sample of, and evaluated by, the CERT (Comprehensive Error Rate Testing) Program. This concern is based on the fact that the evaluation made by the CERT Contractor may result in the establishment of an overpayment.

We hereby clarify that, in such cases, providers have the exact appeals rights they have when the Carrier establishes an overpayment locally. Therefore, providers may request:

- *a redetermination, if the overpayment is less than \$100. The redetermination should be requested on or before 120 days from the date the overpayment is notified; or,*
- *a hearing, in cases in which the overpayment is for \$100 or more. A hearing should be requested within 180 days from the date the overpayment is notified.*

If you are interested in requesting a redetermination or an audience, please do not forget to include any documentation you may deem necessary to support your position. You may include pertinent documentation that you had not previously sent to the CERT Contractor. When requesting redeterminations or audiences, please state that you are requesting an appeal from an evaluation made by the CERT Contractor.

Should you have any questions, please contact our Customer Service Representatives in St. Thomas at (340) 774-7915; in St. Croix at (340) 7781245; or our call center at 1-877-715-1921.

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
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 787-884-7214 mass@coqui.net mass@masspr.com	004010X098A1
Medical Computer System (Medical Biller 7.0)	-UPIN -Visit/Consultation -Diagnostic Test -Laboratory Procedure	4 Calle Barcelona Urb. Torrimar Guaynabo, PR 00966 787-793-8833 Fax: 787-793-8299 medbiller@coqui.net	004010X098
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Laboratory Procedure	PO Box 50335 Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com	004010X098A1
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN	Box 1811 Arecibo, PR 00613 787-898-1437 ciscar@caribe.net	004010X098A1
CompuSoft de Puerto Rico	-Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftpr.com	004010X098
EVERTEC, Inc. Health Systems Division (MedOne 2.0 / MedicMAX)	-Visit/Consultation	PO Box 842 Bayamon, PR 00960-0842 787-474-6000, 787-269-5620 mjimenez@evertecinc.com jlazaro@evertecinc.com	004010X098
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	-Surgery -Visit/Consultation -Purchase Service -Referring Provider	PO Box 3226 Guaynabo, PR 00970 787-783-6102 bmyassoc@prtc.net blasmenz@prtc.net http://www.BlasMenendez.com	004010X098
Air Information Systems (Medi+2000)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -UPIN -Ambulance	PO Box 270152 San Juan, PR 00927-0152 787-590-3686, 787-793-0046 Fax: 787-749-0552	004010X098A1

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 (TRA Medical Billing System 5.0)	-Emergency procedures -Visit/Consultation -UPIN Data -Ambulatory Surgery -Radiology Services -Mammography Procedures -Anesthesia Procedures -Laboratory Services	PMB 396 405 Ave. Esmeralda, Suite #2 Guaynabo, PR 00969-3738 787-272-8787, 787-643-3738 FAX: 787-272-6106 tracasc@prtc.net	004010X098	4/15/2003
Lab Warehouse Inc. (Best 2000)	-Laboratory Services	13 Calle 65 de Infantería Esq. Calle Concordia Lajas, PR 00667 787-899-2900 labware@caribe.net	004010X098	4/16/2003
WebMD	-Radiology Services -UPIN	WebMD Envoy 26 Century Blvd. Nashville, TN 37214 877-469-3263 Contact: Lucy Savino L.Savino@webmd.net	004010X098	6/30/2003
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5)	-Visit/Consultation -UPIN Data -Physical Therapy -Emergency procedures -Radiology Services -Anesthesia Procedures -Laboratory Services -Mammography Procedures	Isabel Andreu Aguilar #103 Edif. Insuramerica Ste. 301 Hato Rey, PR 00925 787-753-1136, 787-753-1189 Fax: 787-763-1262 tekpro@prtc.net	004010X098A1	9/23/2003
Lamars Computerized Services (Control Total, Versión HIPAA)	-Laboratory Procedure -UPIN	Urb. La Cumbre 9 Kennedy St. Río Piedras, PR 00926 787-720-9697 Fax: 787-272-5824 lamars@centennialpr.net	004010X098A1	9/15/2003
Computer Softek Inc. (WinMBS 3.0)	-Visit/Consultation -UPIN -Surgery Procedure	PO Box 190408 San Juan, PR 00919-0408 787-751-5196, 787-565-8514 www.winmbs.com softek@prtc.net	004010X098	6/27/2003
JCL Systems, Inc. (Med Center)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	Box 144, 53 Ave. Esmeralda Guaynabo, PR 00969 787-630-7881 juliojclsys@hotmail.com research@jclsys.com	004010X098A1	9/15/2003
Simplesoft PR Inc. (Medical Orders System 2.1)	-Visit / Consultation -UPIN -MSP Claims	210 Sol San Juan PR 00901 787-696-4594 simplesoft@hotmail.com	004010X098	7/28/2003
Royal Computer Systems Inc. (MEDITRACK 1.0)	-Visit/Consultation -Surgery Procedure	Box 362863 San Juan, P.R. 787-764-8383, 787-251-4429 emartinez@wns.net www.meditrak-pr.info	004010X098A1	10/6/2003
Health Computer Systems (SAIL v.5.03)	-Visit/Consultation -Anesthesia -UPIN	PO Box 270030 San Juan, PR 00927-0030 787-781-9868 hcspr@att.net http://www.hcspr.com	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 (OFFI-MED 7.02)	-Visit/Consultation -Surgery	PO Box 1132 Trujillo Alto, PR 00977-1132 787-283-0804 PCS 787-642-9035 FAX: 787-292-0222 offiplus@prtc.net offiplus@libertypr.net	004010X098A1	10/15/2003
Aranay Interactive Systems (InstantMed 7.0)	-Anesthesia Procedure -UPIN	609 Miramar Ave. Suite 101 San Juan PR 00907 787-225-4466 apinzon@aranay.com	004010X098A1	10/22/2003
Multi Soft Developers, MSD (WABS MEDICAL BILLING)	-Radiology Services -UPIN	Ave. Americo Miranda #1110 San Juan, PR 00921 787 793-5725, 787 783-3266 msdbrunet@msn.com brunet@caribe.net www.genius-msd.com	004010X098A1	10/22/2003
Infomedika, Inc. (IUHP ver. 3)	-Visit/Consultation -UPIN	http://www.infomedika.com ctorres@infomedika.com 787-620-2474	004010X098A1	10/22/2003
MCPC	-Visit/Consultation -UPIN	787-765-3638 mcpc@medsev.biz	004010X098A1	12/26/2003
Inmediata	-Visit/Consultation	636 San Patricio Ave. San Juan, PR 00920 787-774-6969 , (787) 277-0980 sevelopez@inmediata.com servicioalcliente@inmediata.com www.inmediata.com	004010X098A1	2/6/2004
Healthcare Automation Services, Inc. (OMS 5.1)	-Visit/Consultation -UPIN -Physical Therapy -Podiatry	140 South Long Beach Avenue Ste 100, Freeport, NY 11520 (516) 868-9777 Fax (516) 868-9060, hcaincny@yahoo.com	004010X098A1	7/29/2004
Healthcare Informatics Partners (Medical Receivables v. A10d)	-Radiology Services -UPIN -Visit/Consultation -Cardiology Services	Condominio San Alberto 605 Ave. Condado, Suite 611 San Juan PR 00907-3811 787-721-0391 FAX 787-721-0417 aperez@firstpointpr.com	004010X098A1	08/11/2004
Schuyler House (SchuyLab 2.2.16)	-Laboratory Services	1390 Boone Industrial Drive Ste 115 Columbia, Mo; 1-888-724-8952, 573-499-1993 ext. 7101, FAX 573-499-1983 sherri@schuylerhouse.com http://www.schuylerhouse.com	004010X098A1	09/24/2004
McKesson Transactions Solutions Hub	-Visit/Consultation -UPIN -Ophthalmological Services	One Dubuque Building, Suite 500, Dubuque, Iowa 52001 Main Fax Line (563-557-3334) 800-527-8133 marvjo.vrotsos@mckesson.com	004010X098A1	10/05/2004
Thoroughbred Software International, Inc. (RAMS Software v8.4.1)	-Visit/Consultation -Cardiology Services -Home Health Services	285 Davidson Ave, Suite 302 Somerset, NJ 08873 (732) 560-1377 Fax (732) 560-1594 tbred@tbred.com	004010X098A1	10/13/2004

Updated: July, 2005/VV-Systems Dept./MOA

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

LA LEY PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA Y CORRECCIÓN AL USO DE CÓDIGOS DE GRUPO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ENVÍO MANDATARIO DE FACTURAS DE MEDICARE POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores que le facturan a los Intermediarios Fiscales de Medicare (FIs), Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs), Contratistas de la Parte B y Contratistas Regionales de Equipo Duradero (DMERCs).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los proveedores y suplidores deben conocer que el La Ley para el Cumplimiento de la Simplificación Administrativa (ASCA por sus siglas en inglés) requiere que todos los gastos por artículos y servicios facturados al Programa de Medicare se sometan por medio electrónico. Las reclamaciones en papel serán denegadas al menos que exista una excepción para un proveedor en particular.

NOTA: FAVOR DE REFERIRSE A LAS INSTRUCCIONES EMITIDAS A LOS CONTRATISTAS SOBRE LA CORRECCIÓN AL USO DE CÓDIGOS DE GRUPO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ENVÍO MANDATARIO DE FACTURAS DE MEDICARE POR MEDIOS ELECTRÓNICOS, EN EL SIGUIENTE ENLACE: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R541CP.pdf

Impacto para Usted

Si usted no somete sus facturas de Medicare electrónicamente, sus pagos pueden verse afectados (a menos que usted satisfaga los criterios de excepción específicos que se mencionan más adelante).

ADMINISTRATIVE SIMPLIFICATION COMPLIANCE ACT (ASCA) ENFORCEMENT OF MANDATORY ELECTRONIC SUBMISSION OF MEDICARE CLAIMS AND CORRECTION TO THE USE OF GROUP CODES FOR THE ENFORCEMENT OF MANDATORY ELECTRONIC SUBMISSION OF MEDICARE CLAIMS

Provider Types Affected

All physicians, providers and suppliers who bill Medicare Fiscal Intermediaries (FIs), Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), Carriers, and Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs)

Provider Action Needed

Providers and suppliers need to be aware of the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) that requires all expenses for items and services billed to the Medicare Program be submitted electronically. Unless there is an exception in place for a given provider, paper claims will be denied.

NOTE: PLEASE REFER TO THE INSTRUCTIONS ISSUED TO THE CONTRACTORS REGARDING THE CORRECTION TO THE USE OF GROUP CODES FOR THE ENFORCEMENT OF MANDATORY ELECTRONIC SUBMISSION OF MEDICARE CLAIMS AT THE FOLLOWING LINK: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R541CP.pdf

Impact to You

If you don't submit your Medicare claims electronically, your payments could be affected (unless you meet specific exception criteria mentioned below).

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Lo Que Usted Necesita Saber

ASCA le prohíbe a Medicare realizar pagos a partir del 16 de octubre de 2003 para facturas que no se sometan por medio electrónico.

Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese de que su personal de facturación someta sus facturas de Medicare electrónicamente. O si usted cree que satisface uno de los criterios de excepción, asegúrese que usted completa adecuadamente la carta de "**Solicitud de Documentación**" (*Request for Documentation*) de su Contratista o Intermediario Fiscal para procesar sus facturas.

Trasfondo

La sección 3 de ASCA, PL107-105, y la reglamentación de implementación en el 42 CFR 424.32, le requiere (con excepciones limitadas) que someta todas sus facturas iniciales para reembolso bajo Medicare por medio electrónico, a partir del 16 de octubre de 2003.

Más aún, la enmienda ASCA a la Sección 1862(a) del la Ley prescribe que "*ningún pago puede ser realizado bajo la Parte A o la Parte B de Medicare para cualquier gasto incurrido por artículos o servicios que se sometan en un formato no electrónico*". Como consecuencia, a menos que se cumpla con las excepciones enumeradas a continuación, cualquier factura en papel que usted someta a Medicare no será pagada. Además, si se determina que usted está en violación del estatuto o regla, usted puede estar sujeto al rechazo de facturas, recuperación de pagos indebidos e intereses aplicables a los pagos indebidos.

Existen algunas excepciones a este requisito de someter facturas electrónicas. Estas incluyen las siguientes:

- Usted es un proveedor pequeño – un proveedor que factura a un intermediario fiscal de Medicare que tiene menos de 25 empleados a tiempo completo, y un médico, profesional de la salud o suplidor con menos de 10 empleados a tiempo completo, y que factura a un Contratista de la Parte B de Medicare;

What You Need to Know

ASCA prohibits Medicare from making payments on or after October 16, 2003, for claims that are not submitted electronically. You must submit your claims electronically, unless you meet one of the exceptions listed below.

What You Need to Do

Make sure that your billing staff submits your Medicare claims electronically. Or, if you believe that you meet one of the exception criteria, make sure that you appropriately complete the "Request for Documentation" letter from your carrier or fiscal intermediary to process your claims.

Background

Section 3 of the ASCA, PL107-105, and the implementing regulation at 42 CFR 424.32, requires you, with limited exceptions, to submit all your initial claims for reimbursement under Medicare electronically, on or after October 16, 2003.

Further, ASCA amendment to Section 1862(a) of the Act prescribes that "no payment may be made under Part A or Part B of the Medicare Program for any expenses incurred for items or services" for which a claim is submitted in a non-electronic form. Consequently, unless you fit one of the exceptions listed below, any paper claims that you submit to Medicare will not be paid. In addition, if it is determined that you are in violation of the statute or rule, you may be subject to claim denials, overpayment recoveries, and applicable interest on overpayments.

There are some exceptions to this electronic claim submission requirement. They include the following:

- *You are a small provider - a provider billing a Medicare fiscal intermediary that has fewer than 25 Full-Time Equivalent employees (FTEs), and a physician, practitioner, or supplier with fewer than 10 FTEs that bills a Medicare carrier;*

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

- Un dentista;
- Participante en un proyecto de demostración de Medicare en el se requieren reclamaciones en papel debido a la inhabilidad de la Guía de Implementación aplicable, adoptada bajo la Ley HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) de 1996, para informar data esencial para tal demostración;
- Un proveedor que lleva a cabo inmunizaciones masivas, como las vacunas de la influenza, al que se le permite facturar con “roster billing” en papel;
- Un proveedor que somete facturas cuando más de un pagador es responsable del pago, antes del pago de Medicare;
- Un proveedor que solo provee servicios fuera de los Estados Unidos;
- Un proveedor que experimenta interrupciones en el servicio de electricidad o las comunicaciones que están fuera de su control, y;
- Un proveedor que puede establecer que existe una “**circunstancia inusual**” que le impida someter facturas electrónicamente.

El proceso de monitorizar el cumplimiento para pospago es como sigue:

- Su contratista de Medicare analizará trimestralmente los informes que reflejan el número de reclamaciones en papel sometido por todos los proveedores.
- Al final del mes que le sigue al trimestre, proveedores seleccionados de entre aquellos que hayan sometido el mayor número de facturas en papel, serán evaluados.
- Los contratistas de Medicare le solicitarán a estos proveedores que sometan la información que establece el criterio de excepción definido anteriormente.

Si es usted uno de esos proveedores, y no responde a la comunicación inicial de “Solicitud de Documentación” dentro de los 45 días de haberla recibido, su contratista le notificará por

- *A dentist;*
- *A participant in a Medicare demonstration project in which paper claim filing is required due to the inability of the Applicable Implementation Guide, adopted under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), to report data essential for the demonstration;*
- *A provider that conducts mass immunizations, such as flu injections, and may be permitted to submit paper roster bills;*
- *A provider that submits claims when more than one other payer is responsible for payment prior to Medicare payment;*
- *A provider that only furnishes services outside of the United States;*
- *A provider experiencing a disruption in electricity and communication connections that are beyond its control; and*
- *A provider that can establish an “**unusual circumstance**” exists that precludes submission of claims electronically.*

The process for post-payment based enforcement is as follows:

- *Your Medicare contractor will analyze reports displaying the number of paper claims that all providers submitted each quarter.*
- *By the end of the month following the quarter, selected providers who have submitted the highest numbers of paper claims will be reviewed.*
- *Medicare contractors will ask these providers to provide information that establishes the exception criteria listed above.*

If you, as one such provider, do not respond to this initial “Request for Documentation” letter within 45 days of receipt, your contractor will

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

correo que Medicare denegará y no pagará cualquier factura en papel que usted someta a partir de los noventa días luego de la fecha de la carta de solicitud inicial. Si usted **si responde** a esta carta inicial y su respuesta no establece elegibilidad para someter facturas en papel, el contratista le notificará por correo que no es elegible para someter facturas en papel. Esta decisión de Medicare no está sujeta a apelación.

En estas cartas, su contratista de Medicare también le comunicará sobre cómo obtener programas de facturación, **libre de costo**, que cumplen con HIPAA.

Si usted responde y somete la información que establece elegibilidad para someter facturas en papel, el contratista le notificará por correo que usted cumple con uno o más de los criterios de excepción para los requisitos en la Sección del ASCA, Pub. L.107-105 (ASCA) y la reglamentación de la implementación en el 42 CFR 424.32 y se le permitirá someter facturas en papel.

Sin embargo, se le advertirá que si su situación cambia al punto de que ya no cumple con los criterios de excepción, se le requerirá que comience a someter sus facturas electrónicamente.

Si se le permite someter facturas en papel, su Contratista o Intermediario Fiscal no evaluará su elegibilidad para someter facturas en papel nuevamente por un periodo mínimo de dos (2) años.

Implementación

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

Información Adicional

Las instrucciones oficiales emitidas a los contratistas sobre estos cambios las puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo de los CRs deseados. Los CRs relacionados con este artículo son el CR 3815 y el CR 3440.

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

*notify you by mail that Medicare will deny and not pay any paper claims that you submit beginning ninety days after the date of the initial request letter. If you **do respond** to this initial letter, and your response does not establish eligibility to submit paper claims, the contractor will notify you by mail of your ineligibility to submit paper claims. This Medicare decision is not subject to appeal.*

*In these letters, your Medicare contractor will also tell you how to obtain **free** and commercially available HIPAA-compliant billing software packages.*

If you respond with information that does establish eligibility to submit paper claims, the contractor will notify you by mail that you meet one or more exception criteria to the requirements in Section 3 of the ASCA, Pub.L.107-105 (ASCA), and the implementing regulation at 42 CFR 424.32, and you will be permitted to submit paper claims.

However, you will be cautioned that if your situation changes to the point that you no longer meet the exception criteria, you will be required to begin electronic submission of your claims.

If you are permitted to submit paper claims, your carrier/intermediary will not review your eligibility to submit paper claims again for at least two years.

Implementation

The implementation date for this change is July 5, 2005.

Additional Information

The official instructions issued to contractors regarding these changes may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Look for the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR. The CRs related to this article are CR 3815 and CR3440.

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

Pub. MM 3815/3440/Trans. 541&450/CR-3815/CR-3440/4-29-05/1-27-05/MLRRC

Política Médica

IMPLANTE DE CÓCLEA

Nota: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 1 DE AGOSTO DE 2005 PARA CORREGIR LO INDICADO EN EL PUNTO NÚMERO 3 DEL SUB TEMA “REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA EL IMPLANTE COCLEAR CUANDO SE FACTURA AL INTERMEDIARIO FISCAL Y AL CONTRATISTA.” DE ESTA MANERA SE REFLEJA EL USO CORRECTO DEL MODIFICADOR QV.

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a contratistas de Medicare e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) por servicios de implante de cóclea a pacientes de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

La cubierta para implante coclear se ha expandido y está vigente para servicios realizados a partir del 4 de abril de 2005.

Lo Que Necesita Saber

CMS cubrirá el tratamiento de pérdida de audición bilateral moderada a profunda, pre o post lingüista, sensorial-neurológico, con puntajes de pruebas de audición igual o menor que 40% correcto en la mejor condición auditiva asistida en pruebas grabadas de reconocimiento de conjunto de oraciones abiertas. Los requisitos de cubierta más detallados se enumeran más adelante en este artículo.

Además, CMS cubrirá implantes cocleares de individuos con puntajes en pruebas de reconocimiento de oraciones abiertas mayores que 40% o menor o igual 60% correctas, donde el aparato fue implantado en un estudio o ensayo clínico aceptable. Vea detalles enumerados más adelante.

Lo Que Necesita Hacer

Esta revisión es una Determinación de Cubierta Nacional (NCD) obligatoria, hecha bajo la sección 1862 (a)(1) del Acta del Seguro Social. El resto de este artículo provee instrucciones de facturación más detalladas para estos servicios.

Medical Policy

COCHLEAR IMPLANTATION

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON AUGUST 1, 2005, TO CORRECT THE STATEMENT IN ITEM 3 “**BILLING REQUIREMENTS FOR COCHLEAR IMPLANTATION WHEN BILLING FIs AND CARRIERS**” TO REFLECT THE CORRECT USAGE OF THE QV MODIFIER.

Provider Types Affected

Physicians and providers billing Medicare carriers and Fiscal Intermediaries (FIs) for cochlear implantation services to Medicare patients.

Provider Action Needed

The coverage for cochlear implantation has expanded and is effective for services performed on or after April 4, 2005.

What You Need to Know

CMS will cover treatment of bilateral pre- or post-linguistic, sensorineural, moderate-to-profound hearing loss for individuals with hearing test scores equal to or less than 40% correct in the best aided listening condition on tape-recorded tests of open-set sentence recognition. More detailed coverage requirements are further listed in this article.

Additionally, CMS will cover cochlear implants of individuals with open-set sentence recognition test scores of greater than 40% to less than or equal to 60% correct, where the device was implanted in an acceptable clinical trial/study. See further details listed below.

What You Need to Do

This revision is a binding national coverage determination (NCD) made under section 1862(a)(1) of the Social Security Act. The remainder of this article provides more detailed billing instructions for these services.

Cont. on next page

Política Médica

Trasfondo

Un aparato de implante coclear es un instrumento electrónico, parte del cual se implanta quirúrgicamente para estimular las fibras del nervio auditivo, y la otra parte lo lleva puesto o lo carga el individuo para capturar, analizar y codificar el sonido. El propósito de implantar este aparato es proveer identificación y conciencia de sonidos y facilitar la comunicación para personas con impedimentos auditivos de moderados a profundos. Los aparatos de implante coclear están disponible en modelos de un canal y de multicanales.

Información Adicional

La información en esta sección bosqueja las guías de las políticas para la cubierta del implante coclear, los criterios de cubierta para un ensayo o estudio clínico, los requisitos de facturación para el implante coclear y una lista del Sistema de Códigos de Procedimientos Comunes para el Cuidado de la Salud (HCPCS por sus siglas en inglés) asociada al implante coclear.

Indicaciones de Cubierta Nacional

La cubierta de Medicare se provee solamente para aquellos pacientes que satisfacen todas las siguientes guías de selección.

- Diagnóstico de impedimento sensorial-neurólogo auditivo bilateral de moderado a profundo, con beneficios limitados (puntajes de pruebas de audición igual o menor que 40% correcto en la mejor condición auditiva asistida en pruebas grabadas de reconocimiento de conjunto de oraciones abiertas) derivados de audífonos (o vibrotáctiles).
- Habilidad cognitiva para utilizar señales auditivas y una determinación de pasar por un programa extendido de rehabilitación
- Libre de infección del oído medio, un lumen coclear accesible que esté estructuralmente apto para implante, y libre de lesiones en el nervio auditivo y áreas acústicas del sistema nervioso central;

Medical Policy

Background

A cochlear implant device is an electronic instrument, part of which is implanted surgically to stimulate auditory nerve fibers, and part of which is worn or carried by the individual to capture, analyze, and code sound. The purpose of implanting the device is to provide awareness and identification of sounds and to facilitate communication for persons who are moderately to profoundly hearing impaired. Cochlear implant devices are available in single-channel and multi-channel models.

Additional Information

The information in this section outlines the policy guidelines for cochlear implantation coverage, the coverage criteria for an acceptable clinical trial/study, billing requirements for cochlear implantation, and a listing of Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) associated with cochlear implantation.

Nationally Covered Indications

Medicare coverage is provided only for those patients who meet all of the following selection guidelines.

- *Diagnosis of bilateral moderate-to-profound sensorineural hearing impairment with limited benefit (test scores of less than or equal to 40% correct in the best-aided listening condition on tape-recorded tests of open-set sentence cognition) from appropriate hearing (or vibrotactile) aids;*
- *Cognitive ability to use auditory clues and a willingness to undergo an extended program of rehabilitation;*
- *Freedom from middle ear infection, an accessible cochlear lumen that is structurally suited to implantation, and freedom from lesions in the auditory nerve and acoustic areas of the central nervous system;*

Cont. on next page

Política Médica

- Sin contraindicaciones para cirugía, y
- El aparato debe utilizarse de acuerdo con la rotulación aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA).

Criterios para Ensayos y Estudios Clínicos Aceptables

Los criterios de cubierta que permiten servicios para individuos que satisfacen las guías anteriormente descritas y con puntaje en pruebas auditivas mayor que 40% y menor o igual a 60%, requieren que el proveedor participe y el paciente se suscriba en un estudio o ensayo clínico aceptable, que incluya lo siguiente:

- Ensayo clínico con exención de aparato investigativo Categoría B aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) según se define en 42 CFR 405.201;
- Ensayo bajo la política CMS de ensayo clínico según se define en la Sección 310.1 del Manual de Determinaciones de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) de Medicare; o
- Un ensayo prospectivo, controlado y comparativo con la aprobación de CMS que indica que está de acuerdo con los requerimientos de evidencia para análisis de cubierta nacional y que satisface estándares específicos de calidad.

Requisitos de Facturación para Implantes Cocleares Cuando se Factura al Intermediario Fiscal y al Contratista

Estos servicios deben facturarse en un formato de reclamación electrónica aprobado o un formulario de papel CMS 1500. Para servicios realizados a partir del 4 de abril de 2005:

Los Contratistas de Medicare (FI's y Contratistas de la Parte B) pagan por:

1. Aparatos de implante coclear y servicios a pacientes con pérdida auditiva de moderada a profunda con puntajes en pruebas de audición igual o menor a 40%.

Medical Policy

- *No contraindications to surgery; and*
- *The device must be used in accordance with Food and Drug Administration (FDA)-approved labeling.*

Criteria for Acceptable Clinical Trials and Studies

The coverage criteria that allows for services for individuals meeting the above guidelines and with hearing test scores greater than 40% and less than or equal to 60% requires the provider to participate in and the patient to enroll in an acceptable clinical trial/study, which includes the following:

- *Food and Drug Administration-approved category B investigational device exemption clinical trial as defined in 42 CFR 405.201;*
- *Trial under the CMS clinical trial policy as defined in Section 310.1 of the Medicare National Coverage Determinations Manual; or a*
- *Prospective, controlled comparative trial approved by CMS as consistent with the evidentiary requirements for national coverage analyses and meeting specific quality standards.*

Billing Requirements for Cochlear Implantation When Billing FIs and Carriers

These services should be billed on an approved electronic claim form or a paper CMS form 1500. For services performed on and after April 4, 2005:

Medicare Contractors (FIs and Carriers) pay for:

1. *Cochlear implant devices and services for moderate-to-profound hearing loss in patients with hearing test scores equal to or less than 40%.*

Cont. on next page

Política Médica

2. Aparatos de implante coclear para pacientes con puntajes en pruebas de audición mayor de 40% o menor o igual que el 60% de audición provistos en un contexto de ensayo clínico que se factura con el modificador "QR".
3. Otros servicios relacionados a implantaciones cocleares, pero no al aparato en sí, para pacientes que se encuentran en un ensayo clínico con puntajes mayores de 60% de audición en pruebas auditivas. (Estos servicios deben estar identificados con el modificador "QR").
4. Servicios para pacientes con puntajes en pruebas auditivas mayor que 40% o menor o igual a 60% de audición, que forman parte de un ensayo prospectivo, controlado, comparativo y aprobado por CMS (Estos servicios deben facturarse con el modificador "QR".)
5. Cualquier servicio cubierto, audiológico diagnóstico o de terapia y relacionado al implante coclear. (No hay necesidad de utilizar el modificador "QR" o el modificador "QV" con los códigos HCPCS 92601 al 92604 ni con el 92506 y el 92507)

Además, cuando facturen las implantaciones cocleares a los FIs sigan las siguientes instrucciones adicionales:

1. Sometan las reclamaciones en los siguientes tipos de facturas (TOB por sus siglas en inglés):
 - a. 11x
 - b. 12x
 - c. 13x
 - d. 83x [para proveedores que no son Outpatient Prospective Payment System (OPPS)]
 - e. 85x
2. Informe el código diagnóstico V70.7 (Examination of participant in clinical trial) como el segundo o subsiguiente código diagnóstico, además del código de diagnóstico principal apropiado, para pacientes que están participando en un ensayo clínico.

Medical Policy

2. *Cochlear implant devices for patients with hearing test scores of greater than 40 % to less than or equal to 60% hearing provided in a clinical trial setting that is billed with the QR modifier.*
3. *Other services related to cochlear implantation, but not the device itself, for patients with hearing test scores of greater than 60% hearing who are in a clinical trial. (These services must be identified with a QV modifier.)*
4. *Services for patients with hearing test scores of greater than 40% to less than or equal to 60% hearing who are in a prospective, controlled comparative trial approved by CMS. (These services must be billed with the QR modifier.)*
5. *Any covered diagnostic audiology or therapy services related to the cochlear implant. (The QR or QV does not need to be applied to HCPCS 92601-92604 and 92506 and 92507)*

Also, when billing FIs for cochlear implantations, follow these additional instructions:

1. *Submit claims on the following bill types (TOB):*
 - a. 11x
 - b. 12x
 - c. 13x
 - d. 83x (for non-OPPS providers)
 - e. 85x
2. *Report diagnosis code V70.7 (Examination of participant in clinical trial) as the second or subsequent diagnosis code, along with the appropriate principal diagnosis code, for patients in a clinical trial.*

Cont. on next page

Política Médica

Códigos HCPCS asociados con Implantaciones Cocleares

Algunos de los códigos HCPCS que se utilizan para facturar por los servicios relacionados con implantaciones cocleares y los aparatos provistos por audiólogos o médicos y para los servicios de los códigos 92506 y 92507 provistos por patólogos del habla incluyen:

1. 69930 – Cochlear device implantation, with or without mastoidectomy.
2. L8614 – Cochlear Device/System
3. L8619 – Cochlear implant external speech processor, replacement.
4. L7500 – Repair of prosthetic device, hourly rate (excludes V5335 repair of oral laryngeal prosthesis or artificial larynx).
5. L7510 – Repair of prosthetic device, repair or replace minor parts.
6. 92506 – Evaluation of speech, language, voice, communication, auditory processing, and/or aural rehabilitation status.
7. 92507 – Treatment of speech, language, voice, communication, and/or auditory processing disorder (includes aural rehabilitation); individual.
8. 92601 – Diagnostic analysis of cochlear implant, patient under 7 years of age; with programming.
9. 92602 – Diagnostic analysis of cochlear implant, patient under 7 years of age; subsequent programming. **(No facture el 92602 en conjunto con el 92601).**
10. 92603 – Diagnostic analysis of cochlear implant, age 7 years or older; with programming.

NOTA: LOS CÓDIGOS 92601 Y 92603 DESCRIBEN UN ANÁLISIS POS OPERATORIO Y LA TOMA DE LA MEDIDA PARA APARATOS EXTERNOS PREVIAMENTE COLOCADOS; LA CONEXIÓN AL IMPLANTE COCLEAR Y LA PROGRAMACIÓN DEL ESTIMULADOR.

Los códigos 92602 y 92604 describen sesiones subsiguientes para medidas y ajustes del transmisor externo y la reprogramación del estimulador interno.

Medical Policy

HCPCS Associated with Cochlear Implantation

Some of the Healthcare Common Procedural Coding System (HCPCS) codes used when billing for cochlear implant services and devices provided by audiologists or physicians, and for the services of 92506 and 92507, by speech language pathologists include:

1. 69930 – Cochlear device implantation, with or without mastoidectomy.
2. L8614 – Cochlear Device/System
3. L8619 – Cochlear implant external speech processor, replacement.
4. L7500 – Repair of prosthetic device, hourly rate (excludes V5335 repair of oral laryngeal prosthesis or artificial larynx).
5. L7510 – Repair of prosthetic device, repair or replace minor parts.
6. 92506 – Evaluation of speech, language, voice, communication, auditory processing, and/or aural rehabilitation status.
7. 92507 – Treatment of speech, language, voice, communication, and/or auditory processing disorder (includes aural rehabilitation); individual.
8. 92601 – Diagnostic analysis of cochlear implant, patient under 7 years of age; with programming.
9. 92602 – Diagnostic analysis of cochlear implant, patient under 7 years of age; subsequent programming. **(Do not report 92602 in addition to 92601).**
10. 92603 – Diagnostic analysis of cochlear implant, age 7 years or older; with programming.

NOTE: CODES 92601 AND 92603 DESCRIBE POST-OPERATIVE ANALYSIS AND FITTING OF PREVIOUSLY PLACED EXTERNAL DEVICES, CONNECTION TO THE COCHLEAR IMPLANT, AND PROGRAMMING OF THE STIMULATOR.

Codes 92602 and 92604 describe subsequent sessions for measurements and adjustment of the external transmitter and re-programming of the internal stimulator.

Cont. on next page

Política Médica

Los beneficiarios de Medicare que no cumplen con todos los criterios especificados anteriormente para la implantación coclear, o los criterios de cubierta específicos para el implante de cóclea en el contexto de un ensayo o estudio clínico, también especificado anteriormente, se consideran no elegibles para cubierta de Medicare bajo la sección 1862(a)(1)(A) de la Ley del Seguro Social.

Una revisión a la Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) aplica a todos los contratistas de la Parte B, FI's, organizaciones de mejoramiento de calidad (QIO por sus siglas en inglés), organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs por sus siglas en inglés), planes médicos competitivos (CMPs por sus siglas en inglés), planes prepagados del cuidado de la salud (HCPP por sus siglas en inglés), el Consejo de Apelaciones de Medicare y los jueces de ley administrativa (ALJ por sus siglas en inglés) (vea 42 CFR sección 405.732, 405.860). Debido a que se expande la cubierta, el NCD también aplica en una organización de "Medicare Advantage". Además, un ALJ no puede revisar un NCD. (Vea sección 1869 f((1)(a)(i) de la Ley del Seguro Social.)

Implantación

La fecha de implantación para este cambio es el 25 de julio de 2005.

Información Adicional

La instrucción oficial emitida a su contratista o DMERC sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR deseado.

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

Medical Policy

Medicare beneficiaries not meeting all of the coverage criteria for cochlear implantation specified above, or the specific coverage criteria for cochlear implantation in the context of a clinical trial/study, also specified above, are deemed not eligible for Medicare coverage under section 1862(a)(1)(A) of the Social Security Act.

A National Coverage Determination revision is binding on all carriers, FIs, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, health care prepayment plans, the Medicare Appeals Council, and administrative law judges (see 42 CFR section 405.732, 405.860). Because it expands coverage, the NCD is also binding on a Medicare advantage organization. In addition, an administrative law judge may not review an NCD. (See section 1869(f)(1)(A)(i) of the Social Security Act.)

Implementation

The implementation date for this change is July 25, 2005.

Additional Information

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

From that web page, look for the CR NUM column on the right, and click on the file(s) for that CR.

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

Pub. MM3796 / Trans. 42 & 601 / CR-3796/ 8-1-2005 / ML / RRC

Cont. on next page

Política Médica

REQUISITOS ACTUALIZADOS PARA TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MEDULARES (AUSCT) PARA AMILOIDOSIS

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a Contratistas e Intermediarios de Medicare por concepto de AuSCT.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo está basado en información contenida en la Petición de Cambio (CR por sus siglas en inglés) 3797, el cual informa a médicos y proveedores que, con vigencia para servicios en o después del 15 de marzo de 2005, Mefalan (Mephalan) en Altas Dosis (HDM) y trasplante autólogo de células medulares (AuSCT) es razonable y necesario para todos los beneficiarios de Medicare con amiloidosis primaria de cadena amiloide lumínica que satisfacen los siguientes criterios:

1. Deposición Amiloide en dos órganos o menos; y
2. Fracción de expulsión (EF) mayor del 45 por ciento, del ventrículo cardíaco izquierdo.

Amiloidosis primaria (AL) está cubierta para todos los beneficiarios que cumplen con estos criterios sin importar la edad. Todas las formas de amiloidosis no primarias permanecen sin cubierta.

Trasfondo

El trasplante de células madres es un proceso mediante el cual la células medulares son recolectadas de la médula ósea del propio paciente o del donante (o de sangre periferal) para infusión intravenosa. El trasplante de células medulares autológicas (AuSCT) es una técnica para restaurar las células medulares del paciente utilizando las propias células del paciente previamente almacenadas (Código de procedimiento ICD-9-CM 41.01, 41.04, 41.07 y 41.09 y el código CPT-4; 38241). AuSCT **debe** utilizarse para efectuar reconstitución hematopoyética luego de dosis severas de quimioterapia mielotóxica (Quimioterapia de Alta Dosificación (HDCT)) y/o radioterapia utilizada para tratar varias

Medical Policy

UPDATED REQUIREMENTS FOR AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANTATION (AUSCT) FOR AMYLOIDOSIS

Provider Types Affected

Physicians and providers billing Medicare carriers and intermediaries for AuSCT

Provider Action Needed

This article is based on information contained in Change Request (CR) 3797, which informs physicians and providers that, effective for services on or after March 15, 2005, High Dose Mephalan (HDM) and Autologous Stem Cell Transplantation (AuSCT) is reasonable and necessary for all Medicare beneficiaries with primary Amyloid Light chain (AL) amyloidosis who meet the following criteria:

1. *Amyloid deposition in two or fewer organs; and*
2. *Cardiac left ventricular ejection fraction (EF) greater than 45 percent.*

Primary AL amyloidosis is covered for all beneficiaries who meet the above criteria regardless of age. All forms of non-primary (AL) amyloidosis remain non-covered.

Background

*Stem cell transplantation is a process by which stem cells are harvested from either a patient's or a donor's bone marrow (or peripheral blood) for intravenous infusion. Autologous Stem Cell Transplantation (AuSCT) is a technique for restoring a patient's stem cells using the patient's own previously stored cells (ICD-9-CM procedure code 41.01, 41.04, 41.07, and 41.09 and CPT-4 code 38241). AuSCT **must** be used to effect hematopoietic reconstitution following severely myelotoxic doses of chemotherapy (High Dose Chemotherapy (HDCT)) and/or radiotherapy used*

Cont. on next page

Política Médica

malignidades. El trasplante de células medulares autogénico puede utilizarse para restaurar la función en receptores que tienen una deficiencia o defecto hereditario o adquirido.

Cambios en la Política de Cubierta

Para los beneficiarios de Medicare de 64 años de edad o mayores que tienen una amiloidosis primaria de cadena amiloide lumínica (ICD-9-CM 277.3), los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) previamente tenían una política nacional de no cubierta para Mefalan (Empalan) en Alta Dosificación (HDM), junto con Trasplante Autológico de Células Medulares (AuSCT). Esta política de no cubierta estaba basada en la falta de datos suficientes para establecer conclusiones definitivas en relación a la eficacia de AuSCT. Para esos beneficiarios de 63 años o menos la cubierta de HDM/AuSCT fue delegada a la discreción del Contratista o Intermediario de Medicare local.

Sin embargo, el CR3797 le informa a los médicos, proveedores y suplidores que (con vigencia para servicios en o después del 15 de marzo de 2005) cuando se emplean factores de riesgo reconocidos para seleccionar pacientes para trasplante, HDM junto a AuSCT es razonable y necesario para beneficiarios de Medicare y para **cualquier grupo de edad** que con amiloidosis AL Primaria que satisfacen los siguientes criterios:

- Deposición amiloide en 2 órganos o menos; y
- Fracción de expulsión (EF) mayor del 45 por ciento, del ventrículo cardíaco izquierdo. La amiloidosis AL primaria está cubierta para todos los beneficiarios que satisfacen los criterios, sin importar la edad, y todas las formas de amiloidosis (AL) no primaria, permanecen fuera de la cubierta.

Para aclarar la cubierta existente, AuSCT debe ser utilizada para efectuar reconstitución hematopoyética luego de dosis severas de quimioterapia con dosis mielotóxicas (dosis alta de quimioterapia (HCDT)) y/o radioterapia utilizada para tratar varias malignidades.

Favor de referirse al Manual de Determinaciones de Cubierta Nacional (Pub. 100-03), Sección 110.8.1 para las guías completas de cubierta; y al

Medical Policy

to treat various malignancies. Allogeneic stem cell transplant may also be used to restore function in recipients who have an inherited or acquired deficiency or defect.

Coverage Policy Changes

For Medicare beneficiaries age 64 years or older who have primary Amyloid Light chain (AL) amyloidosis (ICD-9-CM 277.3), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) previously had a national non coverage policy for High-Dose Melphalan (HDM), together with Autologous Stem Cell Transplantation (AuSCT). This non-coverage policy was based on the lack of sufficient data to establish definitive conclusions regarding the efficacy of AuSCT, and for those beneficiaries age 63 years or younger, coverage of HDM/AuSCT was left to the local Medicare carrier's/intermediary's discretion.

*However, CR3797 informs physicians, providers, and suppliers that (effective for services on or after March 15, 2005) when recognized clinical risk factors are employed to select patients for transplantation, HDM together with AuSCT is reasonable and necessary for Medicare beneficiaries of **any age group** with primary AL amyloidosis who meet the following criteria:*

- *Amyloid deposition in 2 or fewer organs; and*
- *Cardiac left ventricular Ejection Fraction (EF) greater than 45 percent. Primary AL amyloidosis is covered for all beneficiaries who meet the above criteria regardless of age, and all forms of non-primary (AL) amyloidosis remain noncovered.*

To clarify existing coverage, AuSCT must be used to effect hematopoietic reconstitution following severely myelotoxic doses of chemotherapy (high dose chemotherapy (HDCT)) and/or radiotherapy used to treat various malignancies.

Please refer to the National Coverage Determinations Manual (Pub. 100-03), Section 110.8.1 for complete coverage guidelines; and the Medicare Claims Processing Manual

Cont. on next page

Política Médica

Manual de Procesamiento de Facturas de Medicare (Pub. 100-04), Capítulo 3, Sección 90.3.2 (FI), además del Capítulo 32, Sección 90-90.6 (Contratista) para orientación completa sobre facturación.

Actualizaciones a Manual de Procesamiento de Facturas de Medicare

El CR 3797 actualiza el Manual de Procesamiento de Facturas de Medicare (Pub. 100-04), Capítulo 3 Sección 90.3.2 (reclamaciones de FIs) y Capítulo 32, Sección 90.3 (reclamaciones de contratistas) con las nuevas guías de cubierta para la cadena lumínica amiloide primaria (AL) amiloidosis para altas dosis de mefalan (Empalan) junto con trasplante de células madres autólogas (HDM/AuSCT).

El criterio para mieloma múltiple (Durie-Salmon) dentro de la sección de Intermediario Fiscal (FI) también se revisó para coincidir con el Manual Nacional de Determinación de Cubierta (NCD) (Pub. 100-03), Sección 110.8.1 y las guías de no cubierta han sido actualizadas para remover el lenguaje de requisito por edad en el Capítulo 32, Sección 90.3.2.

Además, el CMS removió la referencia al código de ingreso 0891 en el Manual de Medicare de Procesamiento de Facturas (Pub. 100-04, Capítulo 3, Sección 90.3.3), debido a que el código de ingreso ya no existe. CMS también ha removido la referencia a los médicos ya que esta no pertenece a este capítulo que es de hospital. El resto de la información en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones permanece igual.

Implementación

La fecha de implantación para este cambio es el 16 de mayo de 2005.

Información Adicional

La instrucción oficial emitida a los contratistas sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR deseado.

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

Medical Policy

(Pub. 100-04), Chapter 3, Section 90.3.2 (FI), plus Chapter 32, Section 90-90.6 (Carrier) for complete claims processing guidance.

Updates to Medicare Claims Processing Manual

CR3797 updates the Medicare Claims Processing Manual (Pub.100-04), Chapter 3, Section 90.3.2 (FI claims) and Chapter 32, Section 90.3 (carrier claims) with the new coverage guidelines for primary amyloid light chain (AL) amyloidosis for high-dose melphalan together with autologous stem cell transplantation (HDM/AuSCT).

The criteria for multiple myeloma (Durie-Salmon) within the Fiscal Intermediary (FI) section is also revised to coincide with the Nation Coverage Determination Manual (NCD) (Pub. 100-03), Section 110.8.1 and the non-coverage guidelines have been updated to remove the age requirement language to in Chapter 32, Section 90.3.2.

In addition, CMS removed reference to revenue code 0891 in the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04, Chapter 3, Section 90.3.3), since that revenue code no longer exists. CMS also removed the reference to physicians that does not belong in the hospital chapter. All other information within the claims processing manual remains the same.

Implementation

The implementation date for this instruction is May 16, 2005.

Additional Information

For complete details (including the manual updates listed in the previous section), please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

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

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

Pub. MM3797 / Trans. 32 / CR-3797 / 04-15-2005 / ML RRC

Política Médica

GUÍAS DE CODIFICACIÓN REVISADAS PARA CÓDIGOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NOTA: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 28 DE ABRIL DE 2005 PARA ACLARAR EL LENGUAJE RELACIONADO A LA FECHA DE VIGENCIA Y PARA ENFATIZAR QUE LOS CONTRATISTAS DE LA PARTE B DE MEDICARE NO IMPLEMENTARÁN ESTOS CAMBIOS HASTA EL 16 DE MAYO DE 2005.

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan por procedimientos de administración de drogas.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo y la petición de cambio (CR por sus siglas en inglés) 3818 relacionada, proveen información sobre las revisiones a las guías de codificación del 2005 para la administración de medicamentos. La implementación de estas guías con codificación revisada le ayudará a Medicare a realizar pagos rápidos y correctos para los servicios de administración de medicamentos.

Trasfondo

Desde la emisión del "Transmittal" 129 (CR 3631 sobre el tema de Revisiones de Codificación para la Administración de Medicamentos 2005) el 10 de diciembre de 2004, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) han recibido un número de preguntas en relación a los Códigos "G" y las reglas para los códigos revisados de administración de medicamentos. Puede acceder el CR 3631 en el siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R129OTN.pdf

Además, encontrará un artículo de Medlearn Matters (MM3631) sobre este tema en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3631.pdf>

Medical Policy

REVISED CODING GUIDELINES FOR DRUG ADMINISTRATION CODES

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON APRIL 28, 2005, TO CLARIFY LANGUAGE REGARDING THE EFFECTIVE DATE AND TO EMPHASIZE THAT MEDICARE CARRIERS WILL NOT IMPLEMENT THESE CHANGES UNTIL MAY 16, 2005.

Provider Types Affected

Physicians and providers billing carriers for drug administration procedures

Provider Action Needed

This article and related CR 3818 provide information on revisions to the 2005 drug administration coding guidelines. Implementation of these revised coding guidelines will help Medicare make prompt and correct payments for drug administration services.

Background

Since the release of Transmittal 129 (CR3631, on the subject of 2005 Drug Administration Coding Revisions) on December 10, 2004, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has received a number of questions pertaining to the G codes and the rules for the revised drug administration codes. CR 3631 may be accessed at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R129OTN.pdf

In addition, a Medlearn Matters article (MM3631) is available on this issue at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3631.pdf>

Cont. on next page

Política Médica

De acuerdo a la Sección 303 del *Medicare Modernization Act* (MMA), el cual le requiere al Secretario que evalúe prontamente los códigos de administración de drogas para garantizar la exactitud de los informes y en la facturación, se le pidió al Panel Editorial de Terminología Común de Procedimientos (CPT por sus siglas en inglés) que atendiera estas preguntas y que considerara hacer revisiones apropiadas a las guías de codificación de administración de medicamentos. Ese panel aprobó guías revisadas de codificación de administración de medicamentos.

Como resultado, el CMS ha aprobado revisiones a las guías de codificación para la administración de medicamentos para resolver las problemáticas de implementación asociadas con el “*Transmittal*” 129. Un resumen de cambios a las guías de codificación para la administración de drogas, los cuales tienen vigencia a partir del 15 de marzo de 2005, se provee en la siguiente tabla:

Medical Policy

In accordance with Section 303 of the Medicare Modernization Act (MMA), which requires the Secretary to promptly evaluate existing drug administration codes to ensure accurate reporting and billing, the Common Procedural Terminology (CPT) Editorial Panel was asked to address these questions and consider appropriate revisions to the drug administration coding guidelines. That panel approved revised drug administration coding guidelines.

As a result, CMS has approved revisions to the drug administration coding guidelines to resolve implementation issues associated with Transmittal 129. A summary of changes to the drug administration coding guidelines, which are effective as of March 15, 2005, is provided in the following chart:

Cambio	Guía de Codificación
Infusión de corta duración	Un empuje intravenoso o intra arterial ahora se define como una inyección en la cual el profesional de la salud que administra la sustancia o medicamento se encuentra presente continuamente para administrar la inyección y observar al paciente; o una infusión de 15 minutos o menos. La guía anterior establecía 30 minutos o menos para infusiones.
Infusiones Concurrentes	Comenzando el 15 de marzo de 2005, los contratistas de Medicare permitirán el pago para solamente una infusión concurrente (Código G0350) por paciente, por encuentro. Si se factura más de una infusión concurrente en el mismo encuentro, el contratista denegará el pago del encuentro subsiguiente y enviará un Código de Comentario de Remesa de Pago “N20” para denotar que esa infusión no es pagadera con otro servicio prestado en esa misma fecha. Además, el contratista de Medicare no pagará por el código G0350 (Infusión intravenosa, para terapia/diagnóstico; infusión concurrente) si éste se factura con modificador “59”, a menos que este procedimiento se provea durante un segundo encuentro con el paciente en ese mismo día, y esté respaldado con documentación médica.

Cont. on next page

Cambio	Guía de Codificación
Código Inicial	<p>La definición del término “código inicial” ha sido enmendada para establecer que este código inicial describe mejor la razón principal o primaria para el encuentro y debe siempre informarse, sin importar el orden en que las infusiones o inyecciones fueron administradas. Esta es una aclaración de la definición en el “Transmittal” 129 que establece que el código inicial es “el código que mejor describe el servicio que el paciente está recibiendo y que los códigos adicionales son secundarios al código inicial.” Si se factura por más de un código inicial, el contratista denegará el segundo código inicial enviando un Código de Comentario de Remesa de Pago “M86” para indicar que este servicio no es pagadero a menos que el paciente tenga que regresar a ver el médico para un Servicio separados identificable en el mismo día, o tiene dos líneas intravenosas por cada protocolo.</p>
Terapia de Hidratación	<p>El “Transmittal” 129 establecía incorrectamente: “informe el código G0346 para identificar el servicio de hidratación brindado de manera concurrente con el código G0359”. Para ser uniforme con la sección 30.5 C, Capítulo 12 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, esta aseveración debe leer: “Informar el código G0346 para identificar servicio de hidratación <u>no provisto concurrentemente</u> con el código G0359”. Se permite el pago por separado por concepto de terapia de hidratación e infusión de quimioterapia si éstos se proveen de manera secuencial el mismo día, pero no al mismo tiempo.</p>
Servicios Separados Identificables	<p>El “Transmittal” 129 establecía, “Si el paciente tiene que regresar para recibir un servicio separado identificable el mismo día, o tiene dos líneas intravenosas por protocolo, estos servicios son pagaderos separadamente y se informan con el Modificador 76”. CMS ha revisado esta aseveración para reflejar que es más que apropiado utilizar el modificador 59 en esta situación.</p>

Cont. on next page

Change	Coding guideline
Short duration infusion	An intravenous or intra-arterial push is now defined as an injection in which the healthcare professional who administers the substance/drug is continuously present to administer the injection and observe the patient; or an infusion of 15 minutes or less. The previous guideline stated 30 minutes or less for infusions.
Concurrent infusions	Beginning March 15, 2005, Medicare carriers will allow payment for only one concurrent infusion (code G0350) per patient per encounter. If more than one concurrent infusion is billed for the same encounter, the carrier will deny the subsequent encounter and a remittance advice remark code of N20 will be returned to denote the service is not payable with other service rendered on the same date. Also, the Medicare carrier will not pay for G0350 (Intravenous infusion, for therapy/diagnosis; concurrent infusion) if it is billed with modifier 59 unless this procedure is provided during a second encounter on the same day with the patient and accompanied by supporting medical documentation.
Initial code	The definition of "initial code" is amended to state that the initial code best describes the key or primary reason for the encounter and should always be reported irrespective of the order in which the infusions or injections occur. This is a clarification of the Transmittal 129 definition that the initial code is "the code that best describes the service the patient is receiving and the additional codes are secondary to the initial code." If more than one initial service code is billed, the carrier will deny the second initial service code using remittance advice remark code of M86 to show that it is not payable unless the patient has to return for a separately identifiable service on the same day or has two IV lines per protocol.
Hydration therapy	Transmittal 129 incorrectly stated: "Report G0346 to identify hydration furnished concurrent with G0359." To be consistent with section 30.5 C, Chapter 12 of the Medicare Claims Processing Manual, this statement should read, "Report G0346 to identify hydration not furnished concurrent with G0359." Separate payment is allowed for hydration therapy and chemotherapy infusion if they are provided sequentially on the same day, but not at the same time.
Separately identifiable services	Transmittal 129 stated, "If the patient has to come back for a separately identifiable service on the same day, or has 2 IV lines per protocol, these services are separately payable and reported with modifier 76." CMS has revised this statement to show that it is more appropriate to use modifier 59 in this situation.

Cont. on next page

Política Médica

Su contratista de Medicare no implantará estos cambios en el sistema hasta el 16 de mayo de 2005. Ellos no harán ajustes a facturas que se procesaron y pagaron bajo las guías anteriores a menos que usted solicite atención sobre las mismas. Estas guías están vigentes para las fechas de servicio en o después del 15 de marzo de 2005.

Para ver la instrucción oficial en relación a las revisiones del 2005 para las guías de codificación de administración de medicamentos diríjase a: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Implementación

La fecha de implementación para este cambio es el 16 de mayo de 2005.

Información Adicional

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

Medical Policy

Your Medicare carrier will not implement these changes in the system until May 16, 2005. They will not make any adjustments to claims that were processed and paid under the previous guidelines unless you call their attention to such claims. These guidelines are effective for dates of services on or after March 15, 2005.

To see the official instruction regarding revisions to the 2005 drug administration coding guidelines, go to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Implementation

The implementation date for this change is May 16, 2005.

Additional Information

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

Pub. MM3818 / Trans. 148 / CR-3818 / 04-22-05 / ML RRC

EXPANSIÓN DE LA CUBIERTA PARA LA ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (PTA)

Proveedores Afectados

Hospitales, médicos y suplidores que facturan a contratistas de Medicare o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) para servicios de Angioplastía Transluminal Percutánea (PTA por sus siglas en inglés) provistos a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El Artículo MM3811 y la petición de cambio (CR por sus siglas en inglés) relacionada, 3811 anuncian la expansión de la cubierta de Medicare para PTA de la arteria carótida.

Lo Que Necesita Saber

Con fecha de vigencia del 17 de marzo de 2005, Medicare revisó su cubierta de PTA de la arteria carótida, según se detalla en este artículo y el CR 3811.

EXPANSION OF COVERAGE FOR PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA)

Provider Types Affected

Hospitals, physicians, and suppliers billing Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (FIs) for Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) services provided to Medicare beneficiaries

Provider Action Needed

MM 3811 and related CR 3811 announce the expansion of Medicare coverage for PTA of the carotid artery.

What you Need to Know

Effective March 17, 2005, Medicare revised its coverage of PTA of the carotid artery as detailed in this article and CR 3811.

Cont. on next page

Política Médica

Lo Que Necesita Hacer

Si usted es un proveedor de servicios de PTA, debe estar consciente de los cambios de cubierta y asegurarse de que su personal de facturación tiene conocimiento sobre la cubierta nacional expandida permitida para beneficiarios de Medicare que reciben servicios de PTA.

Trasfondo

Con vigencia para las fechas de servicio en o después del 1ro de julio de 2001, Medicare cubre la PTA de la arteria carótida concurrente con la implantación de un “stent” carótido cuando se satisfacen todos los requisitos estipulados por las políticas aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para ensayos clínicos de la Categoría B que tienen Exención Para Aparatos Bajo Investigación (IDE por sus siglas en inglés).

Para fechas de servicio a partir del 12 de octubre de 2005, la PTA de arteria carótida concurrente con la implantación de un “stent” carótido aprobado por la FDA y para una indicación aprobada por el FDA, está cubierta cuando se satisfacen todos los requisitos estipulados por las políticas aprobadas por la FDA para estudios posteriores a una aprobación.

Cubierta Expandida

Con vigencia a partir del 17 de marzo de 2005, los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) expandieron su cubierta para la PTA de la arteria carótida, concurrente con la implantación de un “stent” con protección embólica aprobado por la FDA, para las siguientes situaciones:

- Pacientes que están en alto riesgo para endarterectomía carótida (CEA por sus siglas en inglés) y que también tienen estenosis sintomática de la arteria carótida \geq a un 70%. La cubierta está limitada a los procedimientos realizados que utilizan sistemas de “stent” de la arteria carótida y aparatos de protección embólica aprobados por la FDA.

Medical Policy

What You Need to Do

If you are a provider of PTA services, be aware of the coverage changes and make certain that your billing staff is aware of the expanded national coverage allowed to Medicare beneficiaries receiving PTA services.

Background

Medicare covers PTA of the carotid artery concurrent with carotid stent placement when all the requirements stipulated by the Food and Drug Administration (FDA)-approved policies for Category B Investigational Device Exemption (IDE) clinical trials are met, effective for dates of service on or after July 1, 2001.

PTA of the carotid artery concurrent with the placement of an FDA-approved carotid stent for an FDA approved indication is covered, when all the requirements stipulated by the FDA-approved policies for postapproval studies are met, for dates of service on or after October 12, 2004.

Expanded Coverage

Effective March 17, 2005, The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) expanded the coverage of PTA of the carotid artery concurrent with placement of an FDA-approved carotid stent with embolic protection for the following:

- *Patients who are at high risk for carotid endarterectomy (CEA) and who also have symptomatic carotid artery stenosis \geq 70%. Coverage is limited to procedures performed using FDA-approved carotid artery stenting systems and embolic protection devices;*

Cont. on next page

Política Médica

- Pacientes que están en alto riesgo para CEA y que tienen estenosis sintomática de la arteria carótida entre 50% y 70% de acuerdo a la reglamentación de ensayos clínicos del IDE de la Categoría B (42 CFR 405.201), como un gasto de rutina bajo la política de ensayos clínicos (Manual de Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) de Medicare, Sección 310.1), o de acuerdo al NCD para estudios posteriores a una aprobación para el “stenting” de la arteria carótida (CAS por sus siglas en inglés) (Manual NCD de Medicare, Sección 20.7); y
- Pacientes que están en alto riesgo para un CEA y tienen estenosis asintomática de la arteria carótida \geq a un 80% [de acuerdo a la reglamentación de ensayos clínicos de IDE de la Categoría B (42 CFR 405.201)], como un gasto de rutina bajo la política de ensayos clínicos (Manual de Medicare NCD 310.1), o de acuerdo al NCD para los estudios posteriores a la aprobación de CAS (Manual NCD de Medicare, Sección 20.7).

CMS define pacientes de alto riesgo como aquellos que tienen comorbilidades significativas y/o factores de riesgo anatómicos y se consideran por un cirujano como candidatos pobres para un CEA. Las comorbilidades significativas incluyen, pero no están limitadas a, aquellas enumeradas en la Sección 20.7 del Manual de NCD de Medicare como sigue:

- Fallo cardíaco congestivo (CHF) clase III/IV
- Fracción de expulsión ventricular izquierda (LVEF) <30%
- Angina inestable
- Oclusión carótida contralateral
- Infarto al Miocardio Reciente (MI)
- CEA Previo con estenosis recurrente;
- Tratamiento previo de radiación al cuello; y

Medical Policy

- *Patients who are at high risk for CEA and have symptomatic carotid artery stenosis between 50% and 70% in accordance to the Category B IDE clinical trials regulation (42 CFR 405.201), as a routine cost under the clinical trials policy (Medicare National Coverage Determination (NCD) Manual, Section 310.1), or according to the NCD on carotid artery stenting (CAS) post-approval studies (Medicare NCD Manual, Section 20.7); and*
- *Patients who are at high risk for CEA and have asymptomatic carotid artery stenosis \geq 80% (according to the Category B IDE clinical trials regulation (42 CFR 405.201)), as a routine cost under the clinical trials policy (Medicare NCD Manual 310.1), or according to the NCD on CAS post-approval studies (Medicare NCD Manual, Section 20.7).*

CMS defines high risk patients as those having significant comorbidities and/or anatomic risk factors and are considered by a surgeon to be poor candidates for CEA. The significant comorbidities, include, but are not limited to, those listed in Section 20.7 of the Medicare NCD Manual as follows:

- *Congestive heart failure (CHF) class III/IV;*
- *Left ventricular ejection fraction (LVEF) <30%;*
- *Unstable angina;*
- *Contralateral carotid occlusion;*
- *Recent myocardial infarction (MI);*
- *Previous CEA with recurrent stenosis ;*
- *Prior radiation treatment to the neck; and*

Cont. on next page

Política Médica

- Otras condiciones que fueron utilizadas para identificar pacientes de alto riesgo para CEA en ensayos y estudios CAS previos, tales como ARCHER, CABERNET, SAPPHIRE, BEACH, y MAVERIC II.

Síntomas de estenosis de la arteria carótida incluyen ataques transitorios isquémicos de las carótidas (disfunción neurológica marcada que persiste menos de 24 horas), isquemia focal cerebral que produce un derrame no incapacitante (escala modificada de Rankin < 3 con síntomas por 24 horas o más), ceguera molecular transitoria (amaurosis fugax). Pacientes que han tenido un derrame incapacitante (escala modificada de Rankin ≥ 3) estarían excluidos de la cubierta.

La documentación apropiada que confirma que un paciente está en alto riesgo para un CEA y los expedientes del paciente sobre los síntomas de estenosis de la arteria carótida deben estar disponibles en el expediente médico del paciente antes de realizar cualquier procedimiento. El grado de estenosis de la arteria carótida debe medirse por ultrasonido *Doppler Duplex* o *Angiografía* de la arteria carótida y documentado en los expedientes médicos del paciente. Si la estenosis se mide por ultrasonido antes del procedimiento, entonces el grado de estenosis debe estar confirmado por angiografía al comienzo del procedimiento. Si se determina que la estenosis es menor que 70% por la angiografía, no se debe proceder con el CAS.

- El “stenting” de la arteria carótida con protección embólica es razonable y necesaria sólo si se realiza en facilidades que se ha determinado que son competentes para realizar la evaluación, el procedimiento y el seguimiento necesario para garantizar resultados óptimos para el paciente. Todas las instalaciones deben satisfacer los estándares mínimos delineados en la Pub. 100-03, Sección 20.7 del Manual de NCD para recibir la cubierta por CAS para pacientes de alto riesgo.

Medical Policy

- *Other conditions that were used to determine patients at high risk for CEA in the prior CAS trials and studies, such as ARCHER, CABERNET, SAPPHIRE, BEACH, and MAVERIC II.*

Symptoms of carotid artery stenosis include carotid transient ischemic attack (distinct focal neurologic dysfunction persisting less than 24 hours), focal cerebral ischemia producing a non-disabling stroke (modified Rankin scale < 3 with symptoms for 24 hours or more), and transient molecular blindness (amaurosis fugax). Patients who have had a disabling stroke (modified Rankin ≥ 3) would be excluded from coverage.

The appropriate documentation confirming that a patient is at high risk for CEA and records of the patient’s symptoms of carotid artery stenosis should be available in the patient medical records prior to performing any procedure. The degree of carotid artery stenosis should be measured by duplex Doppler ultrasound or carotid artery angiography and recorded in the patient medical records. If the stenosis is measured by ultrasound prior to the procedure, then the degree of stenosis must be confirmed by angiography at the start of the procedure. If the stenosis is determined to be less than 70% by angiography, the CAS should not proceed.

- *Carotid artery stenting with embolic protection is reasonable and necessary only if performed in facilities that have been determined to be competent in performing the evaluation, procedure, and follow-up necessary to ensure optimal patient outcomes. All facilities must at least meet the minimum standards outlined in Pub 100-03, Section 20.7 of the NCD Manual in order to receive coverage for CAS for high-risk patients.*

Cont. on next page

Política Médica

Brevemente, las instalaciones deben tener equipo de imagen de rayos X de alta calidad, inventario de aparatos, personal e infraestructura para apoyar a un programa CAS dedicado.

- Monitoría avanzada fisiológica, incluyendo equipo de monitoría fisiológico, hemodinámico, y de ritmo cardiaco, de tiempo real y de almacenamiento de datos; y personal asociado de apoyo capaz de interpretar los hallazgos y responder apropiadamente.
- Equipo y sistemas para el manejo de emergencias fácilmente disponibles, tales como equipo de resucitación, un defibrilador, drogas vasocativas y antiarrítmicas, capacidad de entubación endotraqueal, así como apoyo de anestesia
- Un programa delineado claramente para otorgar privilegios de CAS y para monitorizar la calidad de los interventores individuales y del programa en su totalidad. Al comité revisor para este programa se le alienta a aplicar estándares publicados por sociedades nacionales especializadas reconocidas por la Junta Americana de Especialidades Médicas para determinar las cualificaciones médicas apropiadas. Ejemplos de guías de estándares y competencias clínicas incluyen aquellas publicadas el 18 de agosto de 2004 en la Revista del Colegio Americano de Cardiología.
- Un sistema de recolección de datos mantenido por la instalación o su contratista sobre todos los procedimientos de CAS realizados en dicha instalación. Los datos se deben analizar rutinariamente para garantizar la seguridad del paciente (la frecuencia la debe determinar la facilidad pero no debe ser menos frecuente que a intervalos de 6 meses), serán utilizados en la reacreditación de las instalaciones, y debe ponerse a la disposición de CMS según lo requiera.

Medical Policy

Briefly, facilities must have high quality X-ray imaging equipment, device inventory, staffing, and infrastructure to support a dedicated CAS program.

- *Advanced physiologic monitoring, including real time and archived physiologic, hemodynamic, and cardiac rhythm monitoring equipment, and associated support staff capable of interpreting findings and responding appropriately.*
- *Readily available emergency management equipment and systems, such as resuscitation equipment, a defibrillator, vasocative and antiarrhythmic drugs, endotracheal intubation capability, and anesthesia support.*
- *A clearly delineated program for granting CAS privileges and for monitoring the quality of the individual interventionists and the program as a whole. The oversight committee for this program is encouraged to apply published standards from national specialty societies recognized by the American Board of Medical Specialties to determine appropriate physician qualifications. Examples of standards and clinical competence guidelines include those published in the December 2004 edition of the American Journal of Neuroradiology and those published in the August 18, 2004, Journal of the American College of Cardiology.*
- *A data collection system maintained by the facility or its contractor on all CAS procedures done at that facility. The data must be analyzed routinely to ensure patient safety (to be determined by the facility but should not be less frequent than 6-month intervals), will be used in re-credentialing the facility, and must be made available to CMS upon request.*

Cont. on next page

Política Médica

Para propósitos de evaluación, todas las instalaciones deben proveer documentación escrita a CMS indicando que satisfacen uno de los siguientes criterios:

- Fue una instalación aprobada por el FDA que suscribió pacientes en ensayos IDE de CAS anteriores, tales como SAPPHIRE, y ARCHER;
- Es una instalación aprobada por el FDA que está participando y suscribiendo a pacientes en ensayos IDE de CAS en proceso, tales como CREST;
- Es una instalación aprobada para uno o más estudios posteriores a la aprobación del FDA;
- Ha provisto una declaración jurada al CMS, afirmando que la instalación satisface los estándares mínimos para tales efectos. La declaración jurada debe incluir el nombre de la instalación y la dirección completa, el número de proveedor de Medicare, el nombre y número de telefónico del punto de contacto, el mecanismo de recolección de datos de procedimientos CAS, y la firma de un oficial administrativo principal. (Note que se requiere una nueva declaración jurada cada dos años). La declaración jurada se debe enviada a:

Director, Coverage and Analysis Group

7500 Security Boulevard, Mail-stop C1-09-06

Baltimore, MD 21244

NOTA: LA REALIZACIÓN DEL PTA PARA TRATAR LESIONES DE OBSTRUCCIÓN DE LAS ARTERIAS VERTEBRALES Y CEREBRALES PERMANECE NO CUBIERTAS. TODAS LAS OTRAS INDICACIONES DE PTA PARA LAS CUALES EL CMS NO HA INDICADO CUBIERTA ESPECÍFICAMENTE, PERMANECEN NO CUBIERTAS.

Implementación

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

Información Adicional

Todos los proveedores deben notar que la siguiente información se relaciona a servicios realizados a partir del 17 de marzo de 2005:

Medical Policy

For evaluation purposes, all facilities must provide written documentation to CMS indicating it meets one of the following criteria:

- *Was a FDA-approved site that enrolled patients in prior CAS IDE trials, such as SAPPHIRE, and ARCHER;*
- *Is a FDA-approved site that is participating and enrolling patients in ongoing CAS IDE trials, such as CREST;*
- *Is a FDA-approved site for one or more FDA post-approval studies; or*
- *Has provided a written affidavit to CMS affirming that the facility meets the minimum facility standards.*
- *The affidavit must include the facility's name and complete address, Medicare provider number, point-of-contact name and telephone number, CAS procedure data collection mechanism, and a senior facility administrative official's signature. (Note that a new affidavit is required every 2 years.) The affidavit should be sent to:*

NOTE: PERFORMANCE OF PTA TO TREAT OBSTRUCTIVE LESIONS OF THE VERTEBRAL AND CEREBRAL ARTERIES REMAINS NONCOVERED. ALL OTHER INDICATIONS OF PTA FOR WHICH CMS HAS NOT SPECIFICALLY INDICATED COVERAGE REMAIN NONCOVERED.

Implementation

The implementation date for this change is July 5, 2005.

Additional Information

All providers should note that the following relate to services on or after March 17, 2005:

Cont. on next page

Política Médica

- Los FIs y los Contratistas solamente le pagarán a proveedores que están en la lista de instalaciones aprobadas que se encuentra en: <http://www.cms.hhs.gov/coverage/carotid-stent-facilities.asp>.
- Los contratistas de la parte B pagarán reclamaciones que contengan el código ICD-9 CM 433.10 y cualquiera de los siguientes códigos de procedimientos: 37215, 37216, 0075T o 0076T, para los beneficiarios que cumplan con los criterios de alto riesgo especificados previamente.
- Los FIs pagarán reclamaciones que contengan el código ICD-9 CM 433.10 y ambos procedimientos 00.61 y el 00.63
- Los FIs rechazarán reclamaciones que no tengan ambos códigos, 00.61 y 00.63
- Los FIs y los contratistas denegarán servicios CAS para pacientes de alto riesgo si el código de diagnóstico apropiado no está en la reclamación y usarán el mensaje y el código de la razón del ajuste en la reclamación apropiado del resumen de Medicare (MSN por sus siglas en inglés).
- Los FIs y los contratistas denegarán reclamaciones en las que el servicio se llevó a cabo en una instalación no aprobada y usarán el mensaje y el código de la razón del ajuste en la reclamación apropiado.

Nota: LOS PROVEEDORES (HOSPITALES) TAMBIÉN DEBERÁN FACTURAR CON EL CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO V70.7 (EXAM – CLINICAL TRIAL) COMO DIAGNÓSTICO SECUNDARIO PARA LAS RECLAMACIONES CON FECHAS CON UN “DESDE” (FROM) **ANTES** DEL 1 DE OCTUBRE DE 2005. LOS PROVEEDORES DEBEN FACTURAR CON EL CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO V.70.7 PARA EVITAR CORRECCIONES NO INTENCIONADAS DEL “MEDICARE CODE EDITOR” (MCE).

Para las reclamaciones con fechas con un “desde” (from) **a partir** del 1 de octubre de 2005, a los hospitales no se les requerirá facturar con el código V70.7 ya que la correcciones no intencionales del MCE estarán corregidas.

El artículo Medlearn Matters 3489 y la petición de cambio (CR por sus siglas en inglés) 3489

Medical Policy

- *FIs and carriers will only pay CAS claims from providers who are listed on the approved facility list which is at: <http://www.cms.hhs.gov/coverage/carotid-stent-facilities.asp>.*
- *Carriers will pay claims containing ICD-9 CM 433.10 and any of the following procedure codes: 37215, 37216, 0075T, or 0076T, for beneficiaries meeting the high risk criteria previously specified.*
- *FIs will pay claims containing ICD-9 CM 433.10 and both procedures codes 00.61 and 00.63.*
- *FIs will reject claims that do not have both procedure codes 00.61 and 00.63*
- *FIs and carriers will deny CAS services for patients at high risk if the appropriate diagnosis code is not on the claim and use the appropriate Medicare Summary Notice (MSN) message and claim adjustment reason code in doing so.*
- *FIs and carriers will deny claims where the service was performed in an unapproved facility and use the appropriate MSN message and claim adjustment reason code in doing so.*

NOTE: PROVIDERS MUST ALSO BILL V70.7 (EXAM – CLINICAL TRIAL) AS A SECONDARY DIAGNOSIS FOR CLAIMS WITH “FROM” DATES **BEFORE** OCTOBER 1, 2005. PROVIDERS MUST BILL V70.7 IN ORDER TO AVOID UNINTENTIONAL MEDICARE CODE EDITOR (MCE) EDITING.

*For claims that have “From” dates **on or after** October 1, 2005, hospitals are not required to bill V70.7 as the unintentional MCE editing will be corrected.*

You may also want to review the following Medlearn Matters article 3489 and CR 3489

Cont. on next page

Política Médica

contienen información adicional sobre la cubierta del PTA por Medicare. Estos están disponibles en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3489.pdf> y http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R314CP.pdf

La instrucción oficial emitida a los contratistas sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR deseado.

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

Pub. MM3811 / Trans. 33 & 531 / CR-3811/ 04-22-05 / ML RRC

Medical Policy

for additional information relating to Medicare coverage of PTA. They are available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/MM3489.pdf> and http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R314CP.pdf

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

From that web page, look for CR 3811 in the CR NUM column on the right, and then click on the files for that CR.

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

CUBIERTA Y FACTURACIÓN DE ESTIMULADORES DE ULTRASONIDO EN EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS NO CONSOLIDADAS

Nota: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 15 DE JULIO DE 2005 PARA MOSTRAR QUE, VIGENTE PARA SERVICIOS REALIZADOS A PARTIR DEL 27 DE ABRIL DE 2005, QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE CUBIERTA ESTABLECIDOS PARA EL CÓDIGO CPT 20979, EL PAGO SE EFECTUARÁ POR LOS CONTRATISTAS DE LA PARTE B DE MEDICARE Y POR RHHIs. ORIGINALMENTE, EL ARTÍCULO INDICABA INCORRECTAMENTE QUE EL PAGO SERÍA EFECTUADO POR LOS CONTRATISTAS DE LA PARTE B Y LOS INTERMEDIARIOS FISCALES (FIs POR SUS SIGLAS EN INGLÉS).

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a contratistas de la Parte B e Intermediarios de Medicare, incluyendo a Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) y Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) por concepto de estimuladores osteogénicos de ultrasonido.

COVERAGE AND BILLING FOR ULTRASONIC STIMULATORS FOR NONUNION FRACTURE HEALING

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON JULY 15, 2005, TO SHOW THAT, EFFECTIVE FOR SERVICES PERFORMED ON OR AFTER APRIL 27, 2005 THAT MEET THE COVERAGE CRITERIA FOR CPT CODE 20979, PAYMENT WILL BE MADE BY MEDICARE CARRIERS AND RHHIs. ORIGINALLY, THE ARTICLE INCORRECTLY SAID CARRIERS AND FIs.

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers billing Medicare carriers and intermediaries, including Regional Home Health Intermediaries (RHHIs) and Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), for ultrasonic osteogenic stimulators

Cont. on next page

Política Médica

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo está basado en la petición de cambio (CR por sus siglas en inglés) 3836, la cual informa a médicos, proveedores y suplidores que los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) anunciaron una reconsideración de la Determinación de Cubierta Nacional (NCD por sus siglas en inglés) para cubrir el uso de Estimuladores Osteogénicos de Ultrasonido, con vigencia el 27 de abril de 2005.

Lo Que Necesita Saber

Al reconsiderar la política vigente, CMS determinó que el uso de estimulación por ultrasonido para el tratamiento de fracturas no consolidadas continuará con cubierta con una ampliación de cubierta para pacientes sin cirugías previas en la fractura no consolidada.

Lo Que Necesita Hacer

Refiérase a la sección **Trasfondo** de este artículo para más detalles sobre este cambio.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS) anunciaron una reconsideración a la Determinación de Cubierta Nacional (NCD) que cubre el uso de Estimuladores Osteogénicos de Ultrasonido, con vigencia el 27 de abril de 2005.

Un estimulador osteogénico de ultrasonido es un aparato no-invasivo que emite una señal pulsada de baja intensidad que estimula la consolidación de fracturas. Este aparato se aplica a la superficie de la piel en el área de la fractura y las ondas de ultrasonido se emiten por medio de un gel conductor del acoplador que estimula la unión de la fractura. El estimulador osteogénico de ultrasonido:

- No se puede utilizar de manera concurrente con otro aparato osteogénico no-invasivo, y
- Debe utilizarse con yeso inmovilizador

Medical Policy

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 3836, which informs physicians, providers, and suppliers that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced a reconsideration of the National Coverage Determination (NCD) covering the use of Ultrasonic Osteogenic Stimulators, effective April 27, 2005.

What You Need to Know

Upon reconsideration of the existing policy, CMS determined that Ultrasound Stimulation for Nonunion Fracture Healing will remain covered with an additional expansion of coverage to patients without prior surgeries to the non-healing fracture.

What You Need to Do

See the Background section of this article for further details regarding this change.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announced a Reconsideration of the National Coverage Determination (NCD) covering the use of Ultrasonic Osteogenic Stimulators, effective April 27, 2005.

An ultrasonic osteogenic stimulator is a non-invasive device that emits low intensity, pulsed ultrasound signal to stimulate fracture healing. The device is applied to the surface of the skin at the fracture site and ultrasound waves are emitted via a conductive coupling gel to stimulate fracture healing. An ultrasonic osteogenic stimulator:

- *Is not to be used concurrently with other non-invasive osteogenic devices; and*
- *Is intended for use with cast immobilization.*

Cont. on next page

Política Médica

Indicaciones con Cubierta Nacional

Los estimuladores osteogénicos de ultrasonido están cubiertos como médicamente razonables y necesarios para el tratamiento de fracturas no consolidadas, siempre que se pueda demostrar lo siguiente:

- Que se ha obtenido un mínimo de dos (2) grupos de radiografías previo al comienzo del tratamiento con el estimulador osteogénico, con una separación mínima de 90 días entre cada grupo. Cada grupo de radiografías debe incluir vistas múltiples del lugar de la fractura y deben estar acompañados por la interpretación por escrito de un médico que indique que no hay evidencia clínica significativa de unión de la fractura al comparar el primer grupo de radiografías con el segundo.

La política nacional de no cubierta del uso de estimuladores osteogénicos de ultrasonido para fracturas recientes y para uniones retrasadas continúa en vigor. Además, las fracturas no consolidadas en el cráneo, vértebras o relacionadas a tumores están excluidas de la cubierta.

Con vigencia para servicios realizados en o después del 27 de abril de 2005, Medicare cubrirá el uso de estimuladores osteogénicos de ultrasonido para beneficiarios que cumplen con los criterios descritos anteriormente. Los Contratistas de la Parte B y los RHHIs aprobarán el pago de estimuladores osteogénicos de ultrasonido con el siguiente código CPT:

- 20979 Estimulación Ultrasonido de Baja Intensidad para ayudar en la consolidación del hueso, no-invasivo (no-operatorio).
- Los DMERCs aprobarán el pago para estimuladores osteogénicos de ultrasonido con los siguientes códigos HCPCS:
 - ♦ Código HCPCS (Healthcare Common Procedure Coding System):
 - E0760 para ultrasonido de baja intensidad, o
 - E1399 para otro tipo de estimulación por ultrasonido.

Medical Policy

Nationally Covered Indications

Ultrasonic osteogenic stimulators are covered as medically reasonable and necessary for the treatment of non-union fractures when the following is demonstrated:

- *A minimum of two sets of radiographs is obtained prior to starting treatment with the osteogenic stimulator, each separated by a minimum of 90 days. Each radiograph must include multiple views of the fracture site accompanied by a written interpretation by a physician stating that there has been no clinically significant evidence of fracture healing between the two sets of radiographs.*

The national noncoverage policy relating to ultrasonic osteogenic stimulators for fresh fractures and delayed unions remains in place. In addition, nonunion fractures of the skull, vertebrae and tumor-related fractures are excluded from coverage.

Effective for services performed on or after April 27, 2005 Medicare will cover an osteogenic stimulator for beneficiaries who meet the criteria described above. Carriers & RHHIs will allow payment for an osteogenic stimulator with the following CPT Code:

- *20979 Low intensity ultrasound stimulation to aid bone healing, noninvasive (nonoperative)*
- *Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs) will allow payment for osteogenic stimulators with the following HCPCS Codes :*
 - ♦ *Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes:*
 - *E0760 for low intensity ultrasound, or*
 - *E1399 for other ultrasound stimulation.*

Cont. on next page

Política Médica

- Los RHHIs pagarán por el Estimulador Osteogénico de Ultrasonido solamente cuando ese servicio se someta en Tipos de Facturas (TOBs por sus siglas en inglés) 32X, 33X ó 34X.
- Las **Agencias de Servicio en el Hogar (HHAs por sus siglas en inglés) deben saber** que el Estimulador Osteogénico de Ultrasonido debe estar incluido en el plan de cuidado en el hogar del paciente, si es que se factura en TOBs 32X ó 33X. HHAs que facturan en TOBs 32X, 33X y 34X por el estimulador osteogénico recibirán el pago basado en las tarifas fijas de Equipo Medico Duradero, Protéticos, Ortóticos y Suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés).
- Los **Hospitales deben saber** que no pueden facturar por el Estimulador Osteogénico de Ultrasonido. Los hospitales sólo pueden educar a los pacientes sobre el uso del Estimulador Osteogénico de Ultrasonido, pero **no pueden** proveer el equipo.

Implementación

La fecha de implantación para este cambio es el 1 de agosto de 2005.

Información Adicional

Véase el Manual de Determinaciones Nacionales de Medicare (Pub. 100-03), Sección 160.11 (Estimuladores Osteogénicos) en el siguiente sitio Web: http://www.cms.hhs.gov/manuals/103_cov_determ/ncd103c1_Part2.pdf.

Para más información sobre la cubierta médica de los ensayos clínicos vea el siguiente sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/coverage/8d.asp>

La instrucción oficial emitida a los contratistas sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR deseado.

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

Medical Policy

- Regional Home Health Intermediaries (RHHIs) pay for the Ultrasonic Osteogenic Stimulator only when the services are submitted on types of bills (TOBs) 32X, 33X, or 34X.
- **Home Health Agencies (HHAs) need to know** that this Ultrasonic Osteogenic Stimulator must be in the patient's home health plan of care if billed on TOBs 32X or 33X. HHAs billing on TOBs 32X, 33X and 34X for the osteogenic stimulator will be paid based on the Durable Medical Equipment Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) fee schedule.
- **Hospitals need to know** that they can not bill for the Ultrasonic Osteogenic Stimulator. Hospitals may only instruct patients on how to use the Ultrasonic Osteogenic Stimulator and **not** provide the Ultrasonic Osteogenic Stimulator.

Implementation

The implementation date for this change is August 1, 2005.

Additional Information

See the Medicare National Determinations Manual (Pub. 100-03), Section 160.11 (Osteogenic Stimulators) at the following CMS web site: http://www.cms.hhs.gov/manuals/103_cov_determ/ncd103c1_Part2.pdf.

For more information about the medical coverage of clinical trials, see the following CMS web site: <http://www.cms.hhs.gov/coverage/8d.asp>.

For complete details on this change, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

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

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

Pub. MM3836 / Trans. 41 & 597 / CR-3836/06-24-05/ML RRC

Política Médica

NUEVOS CÓDIGOS HCPCS Y ÉDITOS DE SISTEMA PARA SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE APARATOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR (VADS) REEMPLAZO TOTAL DEL CR 3761

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que facturan a Contratistas de la Parte B o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por concepto de suministros y accesorios para aparatos de asistencia ventricular (VADs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Esta instrucción y la petición de cambio (CR por sus siglas en inglés) 3931 relacionada, anuncian nuevos códigos del Sistema de Codificación de Procedimientos para el Cuidado de la Salud (HCPCS por sus siglas en inglés) e implementa éditos relacionados en los sistemas computadorizados de Medicare para accesorios y suministros de reemplazo de los VADs. Estos están cubiertos bajo la sección de beneficios de aparatos protéticos en la sección 1834(h) de la Ley del Seguro Social (Social Security Act). **Esto fue notificado previamente a los proveedores por medio del CR 3761 y del artículo Medlearn MM3761.**

Lo Que Necesita Saber

Los proveedores y suplidores que brindan accesorios y suministros de reemplazo para VADs deben estar al tanto de los códigos añadidos vigentes a partir del 1 de octubre de 2005.

Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese de que el personal encargado de facturación en su oficina esté informado de aquellos cambios que afectan la facturación de esos servicios a partir del 1ro de octubre de 2005.

Medical Policy

NEW HCPCS CODES AND SYSTEM EDITS FOR SUPPLIES AND ACCESSORIES FOR VENTRICULAR ASSIST DEVICES FULL REPLACEMENT OF CR3761

Provider Types Affected

Providers and suppliers who bill Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (FIs) for supplies and accessories for ventricular assist devices

Provider Action Needed

*This instruction and related CR 3931 announce new Health Care Common Procedure Coding System (HCPCS) codes and implement related Medicare system edits for replacement accessories and supplies for implanted Ventricular Assist Devices (VADs) that are covered under the prosthetic device benefit in section 1834(h) of the Social Security Act. **This was previously communicated to providers as CR3761** and via Medlearn Matters article MM3761.*

What You Need to Know

Providers and suppliers furnishing replacement accessories and supplies for VADs should be aware of the new codes that are being added, effective October 1, 2005.

What You Need to Do

Be sure your billing staff is aware of these changes that affect billing for these services on or after October 1, 2005.

Cont. on next page

Política Médica

Trasfondo

Las tarifas de pago que utiliza Medicare para efectuar pagos por concepto de Equipo Médico Duradero, Equipo Protético, Ortótico, y Suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés), se actualizan trimestralmente para establecer tarifas fijas para códigos nuevos y para revisar las tarifas de códigos existentes, según sea necesario. La Ley del Seguro Social (Secciones 1834 (a), (h)(i)) requiere que los pagos por concepto de DMEPOS se efectúen basados en tarifas fijas.

Este artículo provee los nuevos códigos a ser añadidos al HCPCS para accesorios y suministros de reemplazo de VADs. Estos códigos estarán vigentes a partir del 1 de octubre de 2005. Las instrucciones de la implementación de las tarifas fijas de estos códigos se incluirán en la actualización trimestral de octubre de las tarifas fijas de DMEPOS.

A continuación encontrará los códigos que describen los accesorios y suministros de reemplazo para VADs que se añadirán al HCPCS con vigencia a partir del 1 de octubre de 2005.

Medical Policy

Background

The fee schedules, which Medicare uses to pay for Durable Medical Equipment, Prosthetics, and Orthotics (DMEPOS), are updated on a quarterly basis in order to implement fee schedule amounts for new codes and to revise, as necessary, any fee schedule amounts for existing codes. The Social Security Act (Sections 1834 (a), (h)(i)) requires that payment for DMEPOS be made on a fee schedule basis.

This article provides the new codes that are being added to HCPCS edits for replacement accessories and supplies for (VADs), effective October 1, 2005. Instructions regarding the implementation of the fee schedule amounts for these codes will be included in the October quarterly DMEPOS fee schedule update instructions.

Following are the codes which describe replacement accessories and supplies for VADs that are being added to the HCPCS effective October 1, 2005:

Código / Code	Descripción del Código / Description of Code
Q0480	Driver for use with pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0481	Microprocessor control unit for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0482	Microprocessor control unit for use with electric/pneumatic combination ventricular assist device, replacement only
Q0483	Monitor/display module for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0484	Monitor/display module for use with electric electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0485	Monitor control cable for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0486	Monitor control cable for use with electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0487	Leads (pneumatic/electrical) for use with any type electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0488	Power pack base for use with electric ventricular assist device, replacement only

Cont. on next page

Política Médica

Medical Policy

Código / Code	Descripción del Código / Description of Code
Q0489	Power pack base for use with electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0490	Emergency power source for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0491	Emergency power source for use with electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0492	Emergency power supply cable for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0493	Emergency power supply cable for use with electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0494	Emergency hand pump for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0495	Battery/power pack charger for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0496	Battery for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0497	Battery clips for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0498	Holster for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0499	Belt/vest for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0500	Filters for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only - Note: Replacement filters described by 0500 are furnished in boxes of varying quantities by different manufacturers. Thus, the base unit for code 0500 for billing purposes is per each filter.
Q0501	Shower cover for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0502	Mobility cart for pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0503	Battery for pneumatic ventricular assist device, replacement only, each
Q0504	Power Adapter for pneumatic ventricular assist device, replacement only, vehicle type
Q0505	Miscellaneous supply or accessory for use with ventricular assist device

El pago de Medicare por concepto de VADs se hace bajo la Parte A de Medicare, debido a que los mismos se le implantan al beneficiario como paciente hospitalizado. El pago por concepto de suministros y accesorios, incluyendo todos los accesorios necesarios para el funcionamiento del VAD, que se le proveen al paciente durante la hospitalización, están incluidos en el pago de la Parte A que hace el Intermediario Fiscal (FI por sus siglas en inglés) Medicare.

Medicare payment for VADs is made under Medicare Part A, since they are implanted in the beneficiary in an inpatient setting. Payment for supplies and accessories, including all the accessories necessary for the VAD to function, that are provided in the inpatient setting, are included in the Part A payment made by the Medicare FI.

Cont. on next page

Política Médica

El pago de Medicare por concepto de accesorios y suministros de reemplazo médicamente necesarios, se puede hacer bajo la Parte B, por los Contratistas de la Parte B o por los FIs, una vez el paciente se da de alta del hospital. Las reclamaciones de los suplidores por reemplazo de suministros y accesorios para los VADs se les deben facturar a los Contratistas locales de la Parte B. Las reclamaciones por el reemplazo de suministros y accesorios suplidos por proveedores (i.e., departamentos ambulatorios dentro de un hospital) se le deben facturar a los FIs.

Basado en la información provista a los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) por los fabricantes de equipos VAD, CMS ha determinado que la vida útil de las baterías es de seis (6) meses y en el resto de los accesorios es de un (1) año. Por tanto, CMS implementará éditos para denegar reclamaciones sometidas por el reemplazo de suministros y accesorios antes del tiempo de expiración (6 ó 12 meses, a partir de la fecha de alta del hospital o del pago anterior hecho por la Parte B de Medicare para el reemplazo de ese artículo).

Hay circunstancias en las que los accesorios y suministros de reemplazo deben estar cubiertos aún cuando la vida útil del artículo no haya expirado (por ejemplo, casos de pérdida de artículos, robo o daño irreparable). En estas situaciones, el Contratista local de la Parte B o el Intermediario Fiscal es responsable de establecer si esos artículos estarán cubiertos, aún cuando los mismos no hayan expirado. Se le requiere a los suplidores y a los hospitales que añadan el modificador HCPCS "RP" (Reemplazo y Reparación/Replacement and Repair) para someter reclamaciones con los códigos del Q0480 hasta Q0499, y del Q0501 hasta el Q0504, cuando el reemplazo es necesario antes de la expiración de la vida útil del artículo.

Además, Medicare procesará reclamaciones por concepto de reemplazo de suministros y accesorios en situaciones en las que el VAD no fue cubierto por la Parte A, por ejemplo, cuando

Medical Policy

Medicare payment can be made under Medicare Part B by carriers or FIs, for the medically necessary supplies and replacement accessories after the patient is discharged from the hospital. Claims for replacement of supplies and accessories used with the VAD that are furnished by suppliers should be billed to the local carriers. Claims for replacement of supplies and accessories that are furnished by providers (e.g., hospital outpatient departments) should be billed to the FIs.

Based on information provided to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) by VAD manufacturers, CMS has determined that the lifetime of the batteries is 6 months and the lifetime of all other accessories is 1 year. Thus, CMS will implement edits to deny claims for replacement supplies and accessories before the lifetime of the item has expired (6 or 12 months following discharge from the hospital or previous Part B payment for replacement of the item).

There are instances where replacement supplies and accessories HCPCS should be covered before the lifetime of the item has expired (i.e. cases where the item is lost, stolen, or irreparably damage). In these situations, the local carrier or FI is responsible for determining if these items should be covered before the lifetime of the item has expired. Suppliers and hospitals are required to add HCPCS modifier "RP" (replacement and repair) to the claim with codes Q0480 thru Q0499 and Q0501 thru Q0504, in those instances where replacement is needed before the lifetime of the item has expired.

Also, Medicare will process claims for replacement of supplies and accessories in instances where the VAD was not covered by Part A, for example, where the patient did not

Cont. on next page

Política Médica

el paciente no tenía cubierta de la Parte A de Medicare, pero tiene cubierta de la Parte B. En estos casos, el proveedor deberá facturar bajo el código L9900 y su Contratista de la Parte B o Intermediario Fiscal de Medicare determinará si el pago se justifica.

También, los hospitales deben facturar los códigos HCPCS del Q0480 hasta el Q0505 junto al código de ingreso (“revenue code”) 274.

Implantación

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

Información Adicional

El proceso de actualizaciones trimestrales para las tarifas de pago de DMEPOS se encuentran en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, Pub. 100-04, Capítulo 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements), Sección 60 (Durable Medical Equipment Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule), el cual puede verse en el siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c23.pdf

La instrucción oficial emitida a los contratistas sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR deseado.

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

Medical Policy

have Medicare Part A coverage, but does have Part B. In these cases, the provider should bill under code L9900 and your Medicare carrier or FI will determine if payment is warranted.

Also, Hospitals must bill HCPCS codes Q0480 through Q0505 with revenue code 274.

Implementation Date

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

Additional Information

The quarterly updates process for the DMEPOS fee schedule is located in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements), Section 60 (Durable Medical Equipment Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule), which can be reviewed at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c23.pdf

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

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

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

Pub. MM3931 / Trans. 613 / CR-3931/ 07-22-05 / ML RRC

Política Médica

CONSEJERIA PARA CESAR EL HÁBITO DE FUMAR Y EL USO DEL TABACO

Nota: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 15 DE JULIO DE 2005 PARA DEMOSTRAR QUE LOS HOSPITALES DE CUIDADO AGUDO (CAHS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) QUE FACTURAN UTILIZANDO EL MÉTODO II. LOS CAHS DEBEN USAR LOS CÓDIGOS 096X AL 098X AL MOMENTO DE REPORTAR SERVICIOS DE CONSEJERÍA PARA CESAR EL HÁBITO DE FUMAR Y EL USO DEL TABACO.

Proveedores Afectados

Médicos, profesionales de la salud reconocidos por Medicare, y proveedores que facturan a Intermediarios Fiscales de Medicare (FIs por sus siglas en inglés), Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), y contratistas por servicios de consejería para cesar el hábito de fumar y el uso del tabaco.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

La Parte B de Medicare provee cubierta para dos nuevos niveles de consejería, *intermedia* e *intensiva*, a partir de 22 de marzo de 2005, para cesar el hábito de fumar y el uso del tabaco. Esta cubierta está limitada a beneficiarios que usan tabaco y que padecen de alguna enfermedad o efecto adverso a la salud encontrado por el Cirujano General de los Estados Unidos que este relacionado al uso del tabaco, o a aquellas personas que estén bajo tratamiento de ciertos agentes terapéuticos cuya metabolización o dosis se afecte debido al uso del tabaco, basándose en información aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés). Los pacientes deben estar competente y alerta en el momento en que los servicios sean provistos. Se cubren dos intentos al año, cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones de terapias intermedias o intensivas. Se cubren un máximo de ocho (8) sesiones al año.

Lo Que Necesita Saber

CMS ha establecido dos nuevos códigos "G" para la facturación de estos nuevos niveles de consejería para cesar el hábito de fumar y el uso del tabaco, que entrará en vigor para fechas de servicio del 22 de marzo de 2005 en adelante.

Medical Policy

SMOKING AND TOBACCO USE CESSATION COUNSELING

Note: THIS ARTICLE WAS REVISED ON JULY 15, 2005, TO SHOW THAT CRITICAL ACCESS HOSPITALS (CAHS) WHO BILL AS METHOD II CAHS SHOULD USE THE APPROPRIATE REVENUE CODE IN THE RANGE OF 096X THROUGH 098X WHEN REPORTING SMOKING AND TOBACCO-USE CESSATION COUNSELING SERVICES.

Provider Types Affected

Physicians, other Medicare-recognized practitioners, and providers billing Medicare Fiscal intermediaries (FIs), Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), and carriers for smoking and tobacco use cessation counseling

Provider Action Needed

Medicare Part B covers two new levels of counseling, intermediate and intensive, for smoking and tobacco use cessation, effective March 22, 2005. The coverage is limited to beneficiaries who use tobacco and have a disease or adverse health effect found by the U.S. Surgeon General to be linked to tobacco use or who are taking certain therapeutic agents whose metabolism or dosage is affected by tobacco use as based on FDA-approved information. Patients must be competent and alert at the time that services are provided. Two attempts are covered each year; each attempt may include a maximum of four intermediate or intensive sessions. Maximum 8 sessions in one year are covered.

What You Need to Know

CMS has established two new "G" codes for billing for the new levels of smoking and tobacco use cessation counseling, effective for dates of service on or after March 22, 2005.

Cont. on next page

Política Médica

Nota: PARA EL PERÍODO INTERINO DEL 22 DE MARZO DE 2005 HASTA EL 4 DE JULIO DE 2005, AL FACTURAR POR CONCEPTO DE CONSEJERÍA PARA CESAR EL HABITO DE FUMAR Y EL USO DEL TABACO, USE EL CÓDIGO NO ESPECIFICO 99199. DEL 5 DE JULIO DE 2005 EN ADELANTE CUANDO FACTURE POR LAS CONSERJERÍAS, ASEGÚRESE DE UTILIZAR EL NUEVO CÓDIGO "G" CORRESPONDIENTE. INCLUYA UNA (1) UNIDAD DE SERVICIO POR CADA SESIÓN EN EL CAMPO DE UNIDADES EN EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.

Lo Que Necesita Hacer

Asegúrese de que el personal a cargo de la facturación esté enterado de los códigos nuevos, así como los requisitos de facturación durante el periodo interino, al momento de someter reclamaciones por concepto de servicios de consejería para cesar el hábito de fumar y el uso de tabaco, en servicios ofrecidos del 22 de marzo de 2005 en adelante.

Trasfondo

Conforme en una petición realizada en el 2004 por la organización "Partnership for Prevention" para que se revisara este asunto para una Determinación de Cobertura/Cubierta Nacional (NCD por su siglas en inglés), CMS determinó que la evidencia presentada era adecuada como para concluir que la consejería para cesantear el hábito de fumar y el uso del tabaco, basado en las guías del Servicio de Salud Publica [PHS por sus siglas en inglés]), es razonable y necesaria para ciertos individuos que fuman y que tienen alguna enfermedad o condición de salud causada o complicada por el uso del tabaco. Los pacientes deben estar alerta y en su completo juicio al momento en que los servicios son provistos.

¿Qué está cubierto?

Cuando se cumple con ciertas condiciones de la cubierta, como lo son la frecuencia u otras limitaciones, la consejería para cesantear el hábito de fumar y uso del tabaco estará cubierta bajo la Parte B de Medicare. La cubierta de la Parte B de Medicare incluye dos (2) intentos por año.

Medical Policy

NOTE: FOR THE INTERIM PERIOD OF MARCH 22, 2005, THROUGH JULY 4, 2005, WHEN BILLING FOR SMOKING AND TOBACCO USE CESSATION COUNSELING, USE THE UNLISTED CODE 99199. ON AND AFTER JULY 5, 2005, WHEN BILLING FOR THIS COUNSELING, USE THE APPROPRIATE NEW "G" CODES. INCLUDE ONE UNIT PER SESSION IN THE UNIT'S FIELD OF THE CLAIM.

What You Need to Do

Make sure your billing staff is aware of the new codes and the interim coding requirements when submitting claims for the smoking and tobacco use cessation counseling services you provide on or after March 22, 2005.

Background

Based on a 2004 request from the Partnership for Prevention to review the issue for a national coverage determination (NCD), CMS determined that the evidence is adequate to conclude that smoking and tobacco use cessation counseling, based on current Public Health Service (PHS) guidelines, is reasonable and necessary for certain individuals who use tobacco and have a disease or an adverse health effect caused or complicated by tobacco use. Patients must be competent and alert at the time that services are provided.

What Is Covered?

When certain coverage conditions, frequency and other limitations are met, smoking and tobacco cessation counseling is covered under Medicare Part B. Medicare Part B coverage includes 2 attempts each year.

Cont. on next page

Política Médica

Cada intento debe incluir un máximo de 4 sesiones de terapias intermedias o intensivas. Cubre un total de 8 sesiones en un período de 12 meses. El profesional de la salud cualificado y el paciente tendrán la flexibilidad de escoger entre estrategias de terapias “intermedia” o “intensiva” durante cada sesión de consejería.

Códigos de Facturación

Los siguientes códigos nuevos del Sistema de Codificación De Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS por sus siglas en inglés) han sido creados para estos dos niveles de consejería para cesar el hábito de fumar y el uso del tabaco que ahora están cubiertos por Medicare:

- **G0375** – Visita de Consejería para cesar el hábito de fumar y el uso del tabaco; intermedio, más de 3 minutos hasta un máximo de 10 minutos. Descripción Breve: Consejería Fumador/Usó del tabaco 3-10.
- **G0376** – Visita de Consejería para cesar el hábito del fumar y el uso del tabaco; intensivo; más de 10 minutos. Descripción Breve: Consejería del Fumador/Usó del tabaco, más de 10.

Debido a que estos nuevos códigos “G” no estarán en el sistema de Medicare hasta el 5 de julio de 2005, durante el período interino entre el 22 de marzo hasta el 4 de julio de 2005, haga uso del código no específico “99199” cuando se disponga a facturar por concepto de consejería para cesar el hábito de fumar y el uso del tabaco. Indique una (1) unidad por sesión en el campo de unidades del formulario de reclamación. A partir del 5 de julio de 2005, todas las reclamaciones recibidas por Medicare deberán indicar los códigos G0375 o G0376 (retroactivo al 22 de marzo de 2005, la nueva fecha de cubierta de estos códigos).

NOTA: EL PRECIO DEL CÓDIGO 99199 LO ESTABLECE EL CONTRATISTA. ADEMÁS, LOS PROVEEDORES CUYAS RECLAMACIONES ESTÉN SUJETAS AL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVO PARA PACIENTES AMBULATORIOS (OPPS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEBEN UTILIZAR LOS CÓDIGOS “G” EN LUGAR DEL CÓDIGO 99199. TALES RECLAMACIONES SERÁN RETENIDAS POR SU INTERMEDIARIO FISCAL (FI) HASTA EL 5 DE JULIO DE 2005, MOMENTO EN QUE SERÁN PROCESADAS.

Medical Policy

Each attempt may include a maximum of 4 intermediate or intensive sessions. A total of 8 sessions are covered in a 12-month period. The qualified practitioner and the patient have flexibility to choose between intermediate or intensive cessation strategies for each session.

Billing Codes

The following two new Health Common Procedure Coding System (HCPCS) codes have been created for billing for the two new levels of smoking and tobacco-use cessation counseling Medicare now covers:

- **G0375** - Smoking and tobacco-use cessation counseling visit; intermediate, greater than 3 minutes up to 10 minutes. **Short Descriptor:** Smoke/Tobacco counseling 3-10.
- **G0376** - Smoking and tobacco-use cessation visit; intensive, greater than 10 minutes. **Short Descriptor:** Smoke/Tobacco counseling greater than 10.

Because these new “G” codes will not be in the Medicare system until July 5, 2005, for the interim period of March 22, 2005, through July 4, 2005, use the unlisted code 99199 when billing for smoking and tobacco use cessation counseling. Include one unit per session in the units field of the claim. Effective for claims received by Medicare on or after July 5, 2005, the claim should reflect HCPCS codes G0375 or G0376 (effective back to March 22, 2005, the effective date of the new coverage).

NOTE: CODE 99199 IS CARRIER PRICED. ALSO, PROVIDERS WHOSE CLAIMS ARE SUBJECT TO PAYMENT UNDER THE OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS) SHOULD USE THE G CODES INSTEAD OF 99199. SUCH CLAIMS WILL BE HELD BY YOUR FI UNTIL JULY 5, AT WHICH TIME THEY WILL BE PROCESSED.

Cont. on next page

Política Médica

Esta cubierta adicional, según los códigos HCPCS G0375 y G0376 antes descritos, no cambia la cubierta actual de consejería mínima para cesar (definida como terapia de 3 minutos o menos de duración) la cual está incluida dentro de la visita normal de Evaluación y Manejo (Visitas E/M).

Los códigos de diagnósticos apropiados deberán utilizarse en las reclamaciones por la consejería para cesar el hábito de fumar y el uso del tabaco. Estos códigos de diagnóstico deben reflejar la condición que padece el paciente la cual se ha afectada de manera adversa por el uso del tabaco, o la condición por la cual el paciente se está tratando con un agente terapéutico cuyo efecto se malogra o dosis se afecta por el uso del tabaco.

NOTA: SE RECUERDA A LOS PROVEEDORES QUE DEBEN MANTENER DOCUMENTACIÓN ADECUADA EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE PARA DEMOSTRAR QUE SE HA CUMPLIDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR MEDICARE PARA CUBRIR CONSEJERÍA PARA EL HÁBITO DE FUMAR Y CESAR EL USO DEL TABACO.

Los médicos y otros profesionales de la salud reconocidos por Medicare que vayan a facturar por concepto de servicios de E&M (Evaluación y Manejo) en la misma fecha en que brindaron servicios de consejería para cesar el hábito de fumar, deben asegurarse de utilizar el código HCPCS 99201-99215 y el modificador 25 para evidenciar que los servicios de E&M son un servicio separado e identificable del servicio de consejería para cesar el hábito de fumar y el uso de tabaco.

Las reclamaciones recibidas de médicos u otros proveedores donde no se acepte la asignación están sujetas al cargo límite de Medicare, lo cual significa que los cargos al beneficiario no podrán ser mayores del 115% de la cantidad permitida.

Los servicios de consejería para cesar el hábito de fumar y el uso de tabaco pueden facturarse a los FIs y los RHHs en los tipos de factura (TOB por sus siglas en inglés) que se mencionan a continuación: 12X, 13X, 14X, 22X, 23X, 34X, 71X, 73X, 74X, 75X, 83X, y 85X. En los TOBs 71X y 73X (Rural Health Clinics [RHCs] y Federally Qualified Health Centers [FQHCs]), los Intermediarios Fiscales (FIs) pagarán por reclamaciones con el

Medical Policy

This additional coverage, as described by the above HCPCS codes G0375 and G0376 does not change the existing coverage for minimal cessation counseling (defined as 3 minutes or less in duration) bundled into the normal Evaluation and Management (E/M) visit.

Smoking and tobacco use cessation counseling claims are to be submitted with the appropriate diagnosis code. Diagnosis codes should reflect the condition the patient has that is adversely affected by the use of tobacco or the condition the patient is being treated for with a therapeutic agent whose metabolism or dosing is affected by the use of tobacco.

NOTE: PROVIDERS ARE REMINDED THAT THEY SHOULD KEEP ON FILE APPROPRIATE DOCUMENTATION IN THE PATIENT'S MEDICAL RECORDS TO ADEQUATELY DEMONSTRATE THAT MEDICARE COVERAGE CONDITIONS WERE MET FOR ANY SERVICES PROVIDED AND BILLED TO MEDICARE FOR SMOKING AND TOBACCO USE CESSATION COUNSELING.

Physicians and other Medicare-recognized practitioners who need to bill for E&M services on the same day as smoking cessation services are billed should use the appropriate HCPCS code in the 99201-99215 range AND modifier 25 to show that the E&M service is a separately identifiable service from a smoking and tobacco-use cessation counseling service.

Claims from physicians or other providers where assignment was not taken are subject to the Medicare limiting charge, meaning charges to the beneficiary may be no more than 115% of the allowed amount.

Smoking and tobacco use cessation counseling services may be billed to FIs and RHHs on types of bills (TOB) 12X, 13X, 14X, 22X, 23X, 34X, 71X, 73X, 74X, 75X, 83X, and 85X. On TOBs 71X and 73X (Rural Health Clinics (RHCs) and Federally Qualified Health

Cont. on next page

Política Médica

código de ingreso (revenue code) "052X". Para los TOBs 13X (Indian Health Service [HIS]), los Intermediarios Fiscales (FIs) deberán aceptar el código de ingreso "0510".

Los proveedores bajo el Método II en CAH deben hacer uso del código de ingreso apropiado desde 096X" hasta el 098X cuando vayan a reportar servicios de consejería para cesar el hábito de fumar y el uso de tabaco. Para otros TOBs, en reclamaciones recibidas del 5 de julio del 2005 en adelante, los FIs y los RHHIs pagarán los códigos "G0375" y "G0376" cuando éstos estén acompañados del código "0942" (otros servicios terapéuticos; educación/adiestramiento).

El pago a ser realizado por FIs y RHHIs es como sigue:

Medical Policy

Centers (FQHCs)), FIs will pay for claims with revenue code 052X. For TOB 13X (Indian Health Service (HIS)), FIs shall accept revenue code 0510.

CAH Method II providers should use the appropriate revenue code in the range of 096X through 098X when reporting smoking and tobacco-use cessation counseling services. For other TOBs, on claims received on or after July 5, 2005, FIs and RHHIs will pay for G0375 and G0376 codes when accompanied by revenue code 0942 (other therapeutic services; education/training).

Payment by FIs/RHHIs is as follows:

Type of Facility	Method of Payment
RHCs/FQHCs	All-inclusive rate (AIR) for the encounter
IHS/Tribally owned or operated hospitals and hospital based facilities	AIR
IHS/Tribally owned or operated non-hospital based facilities	Medicare Physician Fee Schedule (MPFS)
IHS/Tribally owned or operated Critical Access Hospitals (CAHs)	Facility Specific Visit Rate
Hospitals subject to the Outpatient Prospective Payment System (OPPS)	Ambulatory Payment Classification (APC)
Hospitals not subject to OPPS	Payment is made under current methodologies
Skilled Nursing Facilities (SNFs) Note: Included in Part A PPS for skilled patients.	Medicare Physician Fee Schedule (MPFS)
Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORFs)	MPFS
Home Health Agencies (HHAs)	MPFS
CAHs	Method I: Technical services are paid at 101% of reasonable cost; Method II: Professional services are paid at 115% of the MPFS Data Base
Maryland Hospitals	Payment is based according to the Health Services Cost Review Commission (HSCRC). That is 94% of submitted charges subject to any unmet deductible, coinsurance, and non-covered charges policies.

Implementación

La fecha de implementación del CR3834 es el 5 de julio de 2005

Implementation

The implementation date for CR3834 is July 5, 2005.

Cont. on next page

Política Médica

Información Adicional

NOTA: CUANDO ESTOS SERVICIOS SEAN PROPORCIONADOS POR UNA ENFERMERA CLÍNICA ESPECIALISTA EN UN RHC/FQHC, LOS SERVICIOS SE CONSIDERAN INCIDENTAL Y NO CONSTITUYE EN UNA VISITA QUE SE PUEDE FACTURAR. ADEMÁS, MEDICARE NO CUBRIRÁ SERVICIOS DE CONSERJERÍA PARA CESAR EL USO DEL TABACO CUANDO LA CESACIÓN DEL USO DEL TABACO SEA LA RAZÓN PRIMORDIAL POR LA HOSPITALIZACIÓN.

Para detalles completos, favor de ver la instrucción oficial emitida por el contratista/FI/RHHI/ en relación con este cambio en el siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página electrónica, busque el CR3834 en la columna derecha, y seleccione el archivo para este CR. Encontrará dos documentos con el CR3834 en dicha columna. El archivo con el número de transmisión 36 contiene la información del NCD y el documento con el número de transmisión 562 contiene los cambios a los requisitos de Medicare para el proceso de las reclamaciones.

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

Medical Policy

Additional Information

NOTE: WHEN THESE SERVICES ARE PROVIDED BY A CLINICAL NURSE SPECIALIST IN THE RHC/FQHC SETTING, THE SERVICES ARE CONSIDERED "INCIDENT TO" AND DO NOT CONSTITUTE A BILLABLE VISIT. IN ADDITION, MEDICARE WILL **NOT** COVER TOBACCO CESSATION SERVICES FOR PATIENTS IN AN INPATIENT HOSPITAL STAY IF TOBACCO CESSATION IS THE PRIMARY REASON FOR THE INPATIENT STAY.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/FI/RHHI regarding this change, which may be found by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3834 in the CR NUM column on the right, and then click on the files for that CR. You will note two documents with CR 3834 in that column. The file with transmittal number 36 will contain the NCD information and the one with transmittal number 562 will contain the changes to Medicare claims processing requirements.

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

Pub. MM3834/Trans. 36 & 562/CR-3834/ Rev. 09/14/2005/ab-js-dg

SERVICIOS RADIOLÓGICOS ("PET SCAN" + ISÓTOPO RADIOACTIVO)

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) han transmitido una Petición de Cambio para actualizar y clarificar la política de pago sobre los servicios cubiertos de Tomografía por Emisión de Positrones (PET Scan, por sus siglas en inglés). Las nuevas directrices establecen que todo servicio de escán TEP cubierto realizado del 28 de febrero de 2005 en adelante debe de ser codificado con el código de procedimiento (CPT, por sus siglas en inglés) apropiado al tipo de tomografía ejecutada y aparte el código del manual de sistema de salud común (HCPCS, por sus siglas en inglés) que le corresponde para el marcador radioactivo utilizado durante el servicio para poder lograr obtener la imagen del área bajo estudio.

RADIOLOGICAL SERVICES (PET SCAN + RADIOACTIVE TRACER)

The Centers for Medicare and Medicaid Services have transmitted a Change Request regarding various updates related to payment policy for Positron Emission Tomography Scan services. The new regulations establish that all covered PET Scan services performed on January 28, 2005 and thereafter must be coded with the appropriate CPT code for the type of tomography performed and aside the corresponding HCPCS tracer code for the utilization of the radiopharmaceutical diagnostic imaging agent, which is used to obtain the image of the area under study.

Transmittal 628/08-05-05/CF

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN A LA BASE DE DATOS DE LA TARIFA FIJA DE MÉDICOS OCTUBRE 2005

Los cambios a la Actualización a la Base de Datos de la Tarifa Fija de Médicos para octubre de 2005 son:

Billing Policies

OCTOBER UPDATE TO THE 2005 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE

Changes included in the October Update to the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database are as follows:

CPT/HCPCS	ACTION
0016T	Multiple Procedure Indicator = 2
0017T	Multiple Procedure Indicator = 2
0037T	Multiple Procedure Indicator = 2
19297	Bilateral Indicator = 0
19340	Multiple Procedure Indicator = 2
20931	Multiple Procedure Indicator = 2 Bilateral Indicator = 0
20937	Multiple Procedure Indicator = 2 Bilateral Indicator = 0
20938	Multiple Procedure Indicator = 2 Bilateral Indicator = 0
22216	Bilateral Indicator = 0
22226	Bilateral Indicator = 0
27358	Bilateral Indicator = 0
27692	Bilateral Indicator = 0
28285	Bilateral Indicator = 1
29866	Multiple Procedure Indicator = 2
29867	Multiple Procedure Indicator = 2
29868	Multiple Procedure Indicator = 2
32000	Bilateral Indicator = 1
32002	Bilateral Indicator = 1

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS

ACTION

32501	Bilateral Indicator = 0
33141	Bilateral Indicator = 0
33508	Bilateral Indicator = 0
35390	Bilateral Indicator = 0
35500	Bilateral Indicator = 0
35600	Bilateral Indicator = 0
35681	Bilateral Indicator = 0
35685	Bilateral Indicator = 0
35686	Bilateral Indicator = 0
35700	Bilateral Indicator = 0
36215	Bilateral Indicator = 0
36216	Bilateral Indicator = 0
36217	Bilateral Indicator = 0
36476	Multiple Procedure Indicator = 0
36479	Multiple Procedure Indicator = 0
37208	Bilateral Indicator = 0
43240	Endoscopic Base Code = 43235
49568	Bilateral Indicator = 0
50320	Multiple Procedure Indicator = 2
54640	Assistant at Surgery Indicator = 0
57267	Bilateral Indicator = 0
61609	Bilateral Indicator = 0
61610	Bilateral Indicator = 0
61611	Bilateral Indicator = 0

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS

ACTION

61612	Bilateral Indicator = 0
61864	Bilateral Indicator = 0
61868	Bilateral Indicator = 0
63035	Bilateral Indicator = 0
63043	Bilateral Indicator = 0
63044	Bilateral Indicator = 0
63304	Co-Surgery Indicator = 1
63308	Co-Surgery Indicator = 1
64450	Bilateral Indicator = 1
64480	Bilateral Indicator = 0
64484	Bilateral Indicator = 0
66990	Bilateral Indicator = 0
67320	Bilateral Indicator = 0
67331	Bilateral Indicator = 0
67332	Bilateral Indicator = 0
67334	Bilateral Indicator = 0
67335	Bilateral Indicator = 0
67340	Bilateral Indicator = 0
69300	Multiple Procedure Indicator = 2
73706	Bilateral Indicator = 3
73706-TC	Bilateral Indicator = 3
73706-26	Bilateral Indicator = 3
G0289	Multiple Procedure Indicator = 2
Q1001	Short Descriptor: Ntiol category 1 Procedure Status = I

Nota: Vigente para servicios el 19 de mayo de 2005 en adelante.

Note: Effective for services performed on or after May 19, 2005.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS

ACTION

Q1002 Short Descriptor: Ntiol category 2
Procedure Status = I

Nota: Vigente para servicios el 19 de mayo de 2005 en adelante.
Note: Effective for services performed on or after May 19, 2005.

Q4080 Long Descriptor: Iloprost, inhalation solution, administered through DME,
20 mcg
Short Descriptor: Iloprost inhalation solution
Procedure Status = E
WRVU = 0.00
Non-Facility PE RVU = 0.00
Facility PE RVU = 0.00
Malpractice RVU = 0.00
PC/TC = 9
Site of Service = 9
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 9
Bilateral Surgery Indicator = 9
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co-Surgery Indicator = 9
Team Surgery Indicator = 9
Diagnostic Indicator = 09
Type of Service = 1

Nota: Vigente para servicios el 1 de julio de 2005 en adelante.
Note: Effective for services performed on or after July 1, 2005.

Q9958 Long Descriptor: High osmolar contrast material, up to 149 mg/ml iodine
concentration, per ml
Short Descriptor: HOCM<=149mg/ml iodine, 1ml
Procedure Status = B
WRVU = 0.00
Non-Facility PE RVU = 0.00
Facility PE RVU = 0.00
Malpractice RVU = 0.00
PC/TC = 9
Site of Service = 9
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 9
Bilateral Surgery Indicator = 9
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co-Surgery Indicator = 9
Team Surgery Indicator = 9
Diagnostic Indicator = 09
Type of Service = 4

Nota: Vigente para servicios el 1 de julio de 2005 en adelante.
Note: Effective for services performed on or after July 1, 2005.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS

ACTION

Q9959 Long Descriptor: High osmolar contrast material, 150 – 199 mg/ml iodine concentration, per ml
Short Descriptor: HOCM 150-199mg/ml iodine,1ml
Procedure Status = B
WRVU = 0.00
Non-Facility PE RVU = 0.00
Facility PE RVU = 0.00
Malpractice RVU = 0.00
PC/TC = 9
Site of Service = 9
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 9
Bilateral Surgery Indicator = 9
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co-Surgery Indicator = 9
Team Surgery Indicator = 9
Diagnostic Indicator = 09
Type of Service = 4

Nota: Vigente para servicios el 1 de julio de 2005 en adelante.
Note: Effective for services performed on or after July 1, 2005.

Q9960 Long Descriptor: High osmolar contrast material, 200 – 249 mg/ml iodine concentration, per ml
Short Descriptor: HOCM 200-249mg/ml iodine,1ml
Procedure Status = B
WRVU = 0.00
Non-Facility PE RVU = 0.00
Facility PE RVU = 0.00
Malpractice RVU = 0.00
PC/TC = 9
Site of Service = 9
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 9
Bilateral Surgery Indicator = 9
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co-Surgery Indicator = 9
Team Surgery Indicator = 9
Diagnostic Indicator = 09
Type of Service = 4

Nota: Vigente para servicios el 1 de julio de 2005 en adelante.
Note: Effective for services performed on or after July 1, 2005.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS

ACTION

Q9961 Long Descriptor: High osmolar contrast material, 250 – 299 mg/ml iodine concentration, per ml
Short Descriptor: HOCCM 250-299mg/ml iodine,1ml
Procedure Status = B
WRVU = 0.00
Non-Facility PE RVU = 0.00
Facility PE RVU = 0.00
Malpractice RVU = 0.00
PC/TC = 9
Site of Service = 9
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 9
Bilateral Surgery Indicator = 9
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co-Surgery Indicator = 9
Team Surgery Indicator = 9
Diagnostic Indicator = 09
Type of Service = 4

Nota: Vigente para servicios el 1 de julio de 2005 en adelante.

Note: Effective for services performed on or after July 1, 2005.

Q9962 Long Descriptor: High osmolar contrast material, 300 – 349 mg/ml iodine concentration, per ml
Short Descriptor: HOCCM 300-349mg/ml iodine,1ml
Procedure Status = B
WRVU = 0.00
Non-Facility PE RVU = 0.00
Facility PE RVU = 0.00
Malpractice RVU = 0.00
PC/TC = 9
Site of Service = 9
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 9
Bilateral Surgery Indicator = 9
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co-Surgery Indicator = 9
Team Surgery Indicator = 9
Diagnostic Indicator = 09
Type of Service = 4

Nota: Vigente para servicios el 1 de julio de 2005 en adelante.

Note: Effective for services performed on or after July 1, 2005.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

CPT/HCPCS

ACTION

Q9963 Long Descriptor: High osmolar contrast material, 350 – 399 mg/ml iodine concentration, per ml
Short Descriptor: HO CM 350-399mg/ml iodine, 1ml
Procedure Status = B
WRVU = 0.00
Non-Facility PE RVU = 0.00
Facility PE RVU = 0.00
Malpractice RVU = 0.00
PC/TC = 9
Site of Service = 9
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 9
Bilateral Surgery Indicator = 9
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co-Surgery Indicator = 9
Team Surgery Indicator = 9
Diagnostic Indicator = 09
Type of Service = 4

Nota: Vigente para servicios el 1 de julio de 2005 en adelante.
Note: Effective for services performed on or after July 1, 2005.

Q9964 Long Descriptor: High osmolar contrast material, 400 or greater mg/ml iodine concentration, per ml
Short Descriptor: HO CM >=400mg/ml iodine, 1ml
Procedure Status = B
WRVU = 0.00
Non-Facility PE RVU = 0.00
Facility PE RVU = 0.00
Malpractice RVU = 0.00
PC/TC = 9
Site of Service = 9
Global Surgery = XXX
Multiple Procedure Indicator = 9
Bilateral Surgery Indicator = 9
Assistant at Surgery Indicator = 9
Co-Surgery Indicator = 9
Team Surgery Indicator = 9
Diagnostic Indicator = 09
Type of Service = 4

Nota: Vigente para servicios el 1 de julio de 2005 en adelante.
Note: Effective for services performed on or after July 1, 2005.

Más adelante se fijarán las tarifas en nuestro sitio Web y se publicarán en el próximo boletín.

We will post the fees on our Web later on and publish them in the next bulletin.

Pub 100-04-Trans. 652/CR-4031/August 19, 2005/ELS-MRM

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LA INICIATIVA DE CODIFICACIÓN CORRECTA (CCI), VERSIÓN 11.3, VIGENTE 1 DE OCTUBRE 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 11.3 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 11.3, entrará en vigor el 1 de octubre 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 11.3, EFFECTIVE OCTOBER 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 11.3 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 11.3, is effective on October 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

CR3995/Trans. 657/Pub. 100-04 MCP/August 26, 2005/els-moa

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

ACTUALIZACIÓN ANUAL A LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, 9NA REVISIÓN, MODIFICACIÓN CLÍNICA POR EL CONTRATISTA DE MEDICARE

Nota: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 1 DE JULIO DE 2005. EL ARTÍCULO ORIGINAL INDICABA QUE EL CAPITULO 23, SECCIÓN 10.2 DEL MANUAL DE MEDICARE SOBRE EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES FUE REVISADO COMO RESULTADO DEL CR 3888. EN REALIDAD EL MANUAL NO FUE REVISADO, SOLO HACE REFERENCIA AL CR #3888.

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores, hospitales y otros proveedores facturando a los contratistas de Medicare (contratistas, Contratista Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC, por sus siglas en inglés) e Intermediarios Fiscales (FI, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Próximamente Medicare emitirá la actualización anual a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9na Revisión, Modificación Clínica (ICD-9-CM, por sus siglas en inglés) a los contratistas de Medicare. Esta actualización aplicará a reclamaciones con fechas de servicio del 1 de octubre de 2005 en adelante y altas y estadías fechas del 1 de octubre de 2005 para proveedores institucionales.

MEDICARE CONTRACTOR ANNUAL UPDATE OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, NINTH REVISION, CLINICAL MODIFICATION (ICD-9-CM)

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON JULY 1, 2005. THE ORIGINAL ARTICLE INDICATED THAT CHAPTER 23, SECTION 10.2 OF THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL WAS REVISED AS A RESULT OF CR3888. IN FACT, THE MANUAL WAS NOT REVISED, BUT WAS ONLY REFERENCED BY CR3888.

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, hospitals and other providers billing Medicare contractors (carriers, Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), and Fiscal Intermediaries (FIs)

Provider Action Needed

Medicare will soon issue the annual update of the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) to Medicare contractors. This update will apply for claims with service dates on or after October 1, 2005 and discharges and through dates on or after October 1, 2005 for institutional providers.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Lo Que Necesita Saber

Un código ICD-9-CM es requerido para toda reclamación profesional, ejemplo, médicos, profesionales de la salud, laboratorios clínicos independientes, terapistas ocupacionales y físicos, instalaciones independientes de pruebas diagnosticas, audiólogo, centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés) y para toda reclamación institucional pero **no** para reclamaciones de servicios de ambulancia. Recuerda que desde el 1 de octubre de 2004, Medicare no provee un periodo de gracia de 90 días para médicos, profesionales de la salud y suplidores que utilicen códigos de diagnósticos ICD-9-CM discontinuados.

Lo Que Necesita Hacer

Estar listo para utilizar los códigos actualizados el 1 de octubre de 2005. Favor de referirse a las secciones de Trasfondo e Información Adicional de este artículo para más detalles con respecto a esta instrucción.

Trasfondo

Esta instrucción es un recordatorio de que los contratistas de Medicare, DMERC, e Intermediarios Fiscales utilizaran la actualización de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9na Revisión, Modificación Clínica efectiva para:

- Fechas de servicio del 01 de octubre en adelante, y
- Altas y estadías del 01 de octubre de 2005 para proveedores institucionales.

El uso de los códigos ICD-9-CM ha evolucionado como prosigue:

- Comenzando 1979, los códigos ICD-9-CM se convirtieron en mandatorios para reportar servicios de proveedores en la forma CMS-1450.
- En el 1 de abril de 1989, el uso de códigos de diagnostico ICD-9-CM se convirtió mandatorio para todos los servicios médicos sometidos en la forma CMS-1500.

Billing Policies

What You Need to Know

*An ICD-9-CM code is required for all professional claims, e.g., physicians, non-physician practitioners, independent clinical diagnostic laboratories, occupational and physical therapists, independent diagnostic testing facilities, audiologist, ambulatory surgical centers (ASCs), and for all institutional claims, but **not** for ambulance supplier claims. Remember that as of October 1, 2004, Medicare no longer provides a 90-day grace period for physicians, practitioners and suppliers to use in billing discontinued ICD-9-CM diagnosis codes.*

What You Need to Do

Be ready to use the updated codes on October 1, 2005. Please refer to the Background and Additional Information sections of this article for further details regarding this instruction.

Background

This instruction is a reminder that Medicare carriers, DMERCS, and Fiscal Intermediaries will use the annual International classification of diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) coding update effective for:

- *Dates of service on or after October 1, 2005, and*
- *Discharges and through dates on or after October 1, 2005 for institutional providers*

The use of ICD-9-CM codes at The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has evolved as follows:

- *Beginning in 1979, ICD-9-CM codes became mandatory for reporting provider services on Form CMS-1450.*
- *On April 1, 1989, the use of ICD-9-CM diagnosis codes became mandatory for all physician services submitted on Form CMS-1500.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Al 01 de octubre de 2003, un código de diagnóstico ICD-9-CM fue requerido en todas las reclamaciones en papel o electrónicas facturadas a los contratistas de Medicare con la excepción de reclamaciones de ambulancias (tipo de especialidad 59) (ver Solicitud de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 2725, fechado 06 de junio de 2003, en http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/B03045.pdf)

NOTA IMPORTANTE: A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2004, LOS CENTROS PARA SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CMS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEJARON DE PROVEER UN PERIODO DE GRACIA DE 90 DÍAS PARA MÉDICOS, PROFESIONALES Y SUPLIDORES QUE UTILICEN CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICOS ICD-9-CM DESCONTINUADOS EN RECLAMACIONES DE MEDICARE. LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) REQUIERE QUE LOS CONJUNTOS DE CÓDIGOS MÉDICOS ESTÉN BAJO CUMPLIMIENTO CON LA FECHA DE SERVICIO, Y LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO ICD-9-CM SON UN CONJUNTO DE CÓDIGOS MÉDICOS (VER CR 3094, FECHADO 6 DE FEBRERO DE 2004 EN http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R95CP.pdf)

Información Adicional

Publicación de códigos ICD-9-CM

- Los Códigos ICD-9-CM actualizados son publicados en el "Federal Register" en abril/mayo de cada año como parte de los cambios propuestos al Sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Hospitalizados, y son vigentes cada primero de octubre. Médicos, profesionales de la salud, y suplidores deben de utilizar el código válido y actual vigente el 1 de octubre de 2005.
- Luego de que los códigos ICD-9-CM sean publicados en el "Federal Register", CMS va a añadir los códigos de diagnóstico nuevos, revisados y discontinuados en el siguiente portal electrónico: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>. La actualización debe estar disponible en junio.

Billing Policies

- *Effective October 1, 2003, an ICD-9-CM diagnosis code was required on all paper and electronic claims billed to Medicare carriers with the exception of ambulance claims (specialty type 59) (see Change Request (CR) 2725, dated June 6, 2003, at http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/B03045.pdf).*

IMPORTANT NOTE: EFFECTIVE FOR DATES OF SERVICE ON AND AFTER OCTOBER 1, 2004, CMS NO LONGER PROVIDED A 90-DAY GRACE PERIOD FOR PHYSICIANS, PRACTITIONERS AND SUPPLIERS TO USE IN BILLING DISCONTINUED ICD-9-CM DIAGNOSIS CODES ON MEDICARE CLAIMS. THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA) REQUIRES THAT MEDICAL CODE SETS BE DATE-OF-SERVICE COMPLIANT, AND ICD-9-CM DIAGNOSIS CODES ARE A MEDICAL CODE SET (SEE CR 3094, DATED FEBRUARY 6, 2004 AT: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R95CP.pdf)

Additional Information

Publication of ICD-9-CM Codes

- *Updated ICD-9-CM codes are published in the Federal Register in April/May of each year as part of the Proposed Changes to the Hospital Inpatient Prospective Payment System, and are effective each October first. Physicians, practitioners, and suppliers must use the current and valid diagnosis code that is in effect beginning October 1, 2005.*
- *After the ICD-9-CM codes are published in the Federal Register, CMS places the new, revised, and discontinued codes on the following web site: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/icd9code.asp>. The update should be available at this site in June.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Los códigos de diagnóstico actualizados (ICD-9-CM) también pueden ser accedidos a través del portal electrónico del Centro Nacional de Estadísticas del Cuidado de la Salud (NCHS, por sus siglas en inglés) <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm>. El anuncio debe de estar disponible en junio.
- Los proveedores son también exhortados a comprar un nuevo libro de ICD-9-CM o CD-ROM en una base anual.

Implementación

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

Instrucciones Relacionadas

Los códigos ICD-9-CM son actualizados anualmente como esta emitido en el Manual de Medicare para Procesamiento de Reclamaciones, Pub. 100-04, Capítulo 23 (Administración de Tarifa Fija y Requisitos de Codificación), Sección 10.2 (Relación de los códigos ICD-9-CM y la Fecha de Servicio). El manual puede ser accedido en http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp bajo el portal electrónico de CMS.

La instrucción oficial emitida a su contratista puede ser encontrada al acceder el siguiente portal electrónico: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde este portal electrónico, busca el CR 3888 en la columna de CR NUM localizada a la derecha y oprime en el archivo para dicho CR.

Para información adicional relacionada a esta directriz, favor de contactarnos al 1-877-715-1921.

Billing Policies

- *The updated ICD-9-CM diagnosis codes can also be viewed at the National Center for Health Statistics (NCHS) web site at: <http://www.cdc.gov/nchs/icd9.htm>. This posting should be available at this site in June.*
- *Providers are also encouraged to purchase a new ICD-9-CM book or CD-ROM on an annual basis.*

Implementation

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

Related Instructions

The ICD-9-CM codes are updated annually as stated in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements), Section 10.2 (Relationship of ICD-9-CM Codes and Date of Service). That manual may be accessed at http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp on the CMS web site.

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

From that web site, look for CR3888 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.

CR3888/June 24, 2005 Revised/Tans. 591/CF-dg

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN DE JULIO A LA BASE DE DATOS DE LAS TARIFAS FIJAS DE MEDICARE PARA MÉDICOS DEL 2005

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores que facturan a Contratistas o Intermediarios Fiscales de Medicare por concepto de servicios pagados bajo las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Médicos, suplidores y proveedores deben estar informados sobre los cambios en la base de datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos de modo que puedan identificar aquellos cambios que tengan impacto en sus respectivas prácticas médicas.

Trasfondo

El CR3870 enmienda los archivos de pago emitidos a los contratistas de la Parte B basados en la Reglamentación Final publicada el 15 de noviembre de 2004 de la base de datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos para el 2005. Los cambios principales incluyen dos nuevos códigos "G" (G0375 y G0376) relacionados a la Determinación de Cubierta Nacional de Medicare (NCD por sus siglas en inglés) referente al tratamiento para dejar el hábito de fumar, que entró en vigor el 22 de marzo de 2005 y los valores de costos de práctica para los códigos del *Current Procedural Terminology* (CPT) 97810, 97811, 97813 y 97814. Estos códigos CPT, que se relacionan a procedimientos de acupuntura, no están cubiertos bajo las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos.

Información Adicional

Los cambios efectuados a las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos afectan a un gran número de códigos CPT o HCPCS. Mientras que muchos de estos cambios entran en vigor retroactivo a enero 1 de 2005, por favor note que su Contratista o Intermediario Fiscal no procesará reclamaciones nuevamente si éstas ya han sido procesadas, a menos que usted someta se lo solicite.

Billing Policies

JULY UPDATE TO THE 2005 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE

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, suppliers, 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 3870 amends payment files issued to carriers based upon the November 15, 2004, Final Rule for the 2005 Medicare Physician Fee Schedule Database. Key changes include two new G codes (G0375 and G0376) related to Medicare's National Coverage Determination for smoking cessation, which was effective March 22, 2005, and practice expense values for Current Procedural Terminology (CPT) codes 97810, 97811, 97813 and 97814. These CPT codes, which relate to acupuncture, are non-covered under the Medicare Physician Fee Schedule.

Additional Information

The changes to the fee schedule involve numerous CPT/HCPCS codes. While many of these changes are effective retroactive to January 1, 2005, please note that your carrier/FI will not reprocess claims already processed, unless you request them to do so.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Los detalles completos relacionados con los cambios contenidos en la actualización de julio a la base de datos de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos se describen en el anejo al CR 3870, lo cual constituye la instrucción oficial emitida para Contratistas y Fls. Puede ver esta instrucción en el siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR deseado.

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

Billing Policies

The complete details of these changes to the July update to the 2005 Medicare Fee Schedule Database are described in an attachment to CR 3870, which is the official instruction issued to your carrier/Fl. That instruction may be viewed by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3870 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. MM3870 / Trans. 558 / CR-3870/ 05-06-05 / ML / RRC

IMPLEMENTACIÓN DE LA DECCISIÓN 05-01 DE LOS CMS RELACIONADA A LENTES INTRAOCULARES CORRECTORES DE PRESBIOPIA PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores, y suplidores facturando a los contratistas e Intermediarios Fiscales de Medicare para Lentes Intraoculares Correctores de Presbiopía (IOL, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

En una decisión reciente, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) clarificaron políticas de pagos que le permiten a los beneficiarios de Medicare tener la opción de recibir IOL-presbiopía. Un beneficiario puede solicitar inserción de lente intraocular corrector de presbiopía en lugar de un IOL-presbiopía convencional seguido de una cirugía de cataratas.

Lo que Necesita Hacer

El beneficiario es responsable por el pago de la porción del cargo por los Lentes Intraoculares Correctores de Presbiopía y

IMPLEMENTATION OF THE CMS RULING 05-01 REGARDING PRESBYOPIA-CORRECTING INTRAOCULAR LENSES (IOLS) FOR MEDICARE BENEFICIARIES

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers billing Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (Fls) for IOLs

Provider Action Needed

In a recent ruling, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) clarified payment rules that enable Medicare beneficiaries to have the choice of receiving presbyopia-correcting intraocular lenses (IOLs). A beneficiary may request insertion of a presbyopia-correcting IOL in place of a conventional IOL following cataract surgery.

What You Need to Know

The beneficiary is responsible for payment of that portion of the charge for the presbyopia-

Cont. on next page

Políticas de Pago

aquellos servicios relacionados que exceden el cargo por la inserción de un IOL-presbiopía convencional seguido de una cirugía de cataratas.

Ver las secciones de Trasfondo e Información Adicional de este artículo para más detalles relacionado a este cambio.

Trasfondo

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) anunciaron recientemente una decisión (Determinación de CMS 05-01 de mayo de 2005) que clarifica sus políticas de pago para presentar a los beneficiarios con la opción de recibir IOL-presbiopía. Antes de esta determinación, limitaciones sobre el pago de Medicare previnieron a los beneficiarios de recibir estos lentes. Ahora, aquellos beneficiarios que prefieran comprar este servicio adicional podrán hacerlo, si éstos asumen la responsabilidad por el gasto adicional de dicho servicio.

Nota: LA DETERMINACIÓN 05-01 DE CMS ESTA INCLUIDA MÁS ABAJO EN LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN ADICIONAL DE ESTE ARTICULO DE EDICIÓN ESPECIAL.

Lentes Intraoculares Correctores de Presbiopía (IOL)

La Presbiopía es un tipo de error refractivo que resulta en la pérdida progresiva del poder de enfoque del lente del ojo, causando dificultad observando objetos a una distancia cercana, o en primer plano. La Presbiopía ocurre mientras el lente natural del ojo se vuelve más grueso y menos flexible con el tiempo.

Un solo Lente Intraocular Corrector de Presbiopía (IOL, por sus siglas en inglés) puede proveer lo que sería realizado si no por dos recursos aparte:

- Un Lente Intraocular Corrector de Presbiopía convencional que corrige visión lejana; y
- Espejuelos o lentes de contacto que corrigen para la presbiopía

Nota: EL REGLAMENTO ESPECÍFICAMENTE EXCLUYE CORRECCIÓN DE ERRORES REFRACTIVOS COMUNES DE LA CUBIERTA DE MEDICARE.

Billing Policies

correcting IOL and associated services that exceed the charge for insertion of a conventional IOL following cataract surgery.

What You Need to Do

See the Background and Additional Information sections of this article for further details regarding this change.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) recently announced a ruling (CMS Ruling 05-01 dated May 2005) that clarified its payment rules to present beneficiaries with the choice to receive presbyopia-correcting intraocular lenses (IOLs). Prior to this ruling, limitations on Medicare payment prevented beneficiaries from receiving these lenses. Now beneficiaries who choose to purchase this additional feature will be able to do so, provided they assume liability for the additional expense of that feature.

NOTE: CMS RULING 05-01 IS INCLUDED BELOW IN THE ADDITIONAL INFORMATION SECTION OF THIS SPECIAL EDITION ARTICLE.

Presbyopia-Correcting IOL

Presbyopia is a type of age-associated refractive error that results in progressive loss of the focusing power of the lens of the eye, causing difficulty seeing objects at near distance, or close-up. Presbyopia occurs as the natural lens of the eye becomes thicker and less flexible with age.

A single presbyopia-correcting IOL can provide what would otherwise be achieved by two separate items:

- *An implantable conventional IOL that restores far vision; and*
- *Eyeglasses or contact lenses that correct for presbyopia.*

NOTE: THE STATUTE SPECIFICALLY EXCLUDES CORRECTION OF COMMON REFRACTIVE ERRORS FROM MEDICARE COVERAGE.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Reglamentación de Cubierta

El pago para IOL convencionales realizados en una instalación de pacientes no hospitalizados está cubierto por Medicare. Sin embargo, los proveedores generalmente no le han ofrecido a los beneficiarios los IOL-presbiopía porque el costo por esta tecnología avanzada excede sustancialmente el pago de Medicare.

Esta decisión por los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) **clarifica que un beneficiario puede solicitar inserción de un IOL-presbiopía en lugar de un IOL-presbiopía convencional seguido de una cirugía de catarata.**

El beneficiario es responsable por el pago de la porción del cargo por el IOL-presbiopía y servicios relacionados que excedan el cargo por la inserción de un IOL-presbiopía convencional seguido de una cirugía de cataratas.

Efectivo para servicios realizados en o después del 03 de mayo de 2005, los siguientes son considerados "IOL correctores de Presbiopía" por CMS:

- Crystalens™, manufacturado por Eyonics, Inc.
- AcrySof RESTOR™, manufacturado por Alcon Laboratories, Inc.
- ReZoom™, manufacturado por Advanced Medical Optics, Inc.

Como resultado de la decisión 05-01 de CMS, las siguientes políticas pueden ser señaladas:

Política de Pago para Servicios en Instituciones y Suministros:

- Para un lente intraocular insertado seguido de la extracción de una catarata en un hospital, en cualquiera de las bases de paciente no hospitalizado u hospitalizado, que es pagado bajo el Sistema de Pago Prospectivo por servicios ambulatorios (OPPS, por sus siglas en inglés) o el Sistema de Pago por pacientes hospitalizados (IPPS, por sus siglas en inglés) respectivamente; o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare que es pagado bajo el Manual de Tarifa Fija del ASC:

Billing Policies

Coverage Ruling

Payment for conventional IOLs furnished in an outpatient setting is covered by Medicare. However, providers have generally not offered beneficiaries presbyopia-correcting IOLs because the costs for this advanced technology substantially exceed Medicare's payment.

*This ruling by CMS clarifies that a **beneficiary may request insertion of a presbyopia-correcting IOL in place of a conventional IOL following cataract surgery.***

The beneficiary is responsible for payment of that portion of the charge for the presbyopia-correcting IOL and associated services that exceed the charge for insertion of a conventional IOL following cataract surgery.

Effective for services furnished on or after May 3, 2005, the following are considered "presbyopia-correcting IOLs" by CMS:

- Crystalens™, manufactured by Eyonics, Inc.
- AcrySof RESTOR™, manufactured by Alcon Laboratories, Inc.
- ReZoom™, manufactured by Advanced Medical Optics, Inc.

As a result of CMS ruling 05-01, the following policies may be stated:

Payment Policy for Facility Services and Supplies:

- *For an IOL inserted **following removal of a cataract** in a hospital, on either an outpatient or inpatient basis, that is paid under the hospital outpatient prospective payment system (OPPS) or the inpatient prospective payment system (IPPS), respectively; or in a Medicare-approved ambulatory surgical center (ASC) that is paid under the ASC fee schedule:*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- El pago por el Lente Intraocular corrector de Presbiopía (IOL, por sus siglas en inglés) esta incluido en el pago por la extracción quirúrgica de catarata/procedimiento de reemplazo del lente. Medicare no hace pago separado al hospital o al ASC por un IOL- presbiopía insertado seguido de la extracción de una catarata.
- Cualquier persona o ASC, que presenta o causa ser presentada una factura o solicitud para pago por un IOL insertado seguido de la extracción de una catarata por el cual pago es hecho bajo el Manual de Tarifa Fija del ASC, está sujeto a una penalidad civil monetaria.
- Para un Lente IOL- presbiopía insertado **seguido de la extracción de una catarata** en un hospital, en cualquiera de las bases de paciente no hospitalizado u hospitalizado, que es pagado bajo el OPPS o el IPPS, respectivamente; o en un ASC aprobado por Medicare que es pagado bajo el Manual de Tarifa Fija del ASC:
 - La facilidad facturará por la extracción de una catarata con la inserción de un IOL convencional, a pesar de si se introdujo un IOL convencional o IOL corrector de Presbiopía. Cuando un beneficiario recibe un IOL corrector de Presbiopía **seguido de la extracción de una catarata**, hospitales y ASC deberán de reportar el mismo código CPT que es utilizado para indicar la eliminación de una catarata con la inserción de un IOL- presbiopía convencional (ver "Codificación" más abajo).
 - No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita pago por cargos de facilidad para servicios y suministros requeridos para insertar y ajustar un IOL corrector de Presbiopía seguido de la eliminación de una catarata que exceden los cargos de la facilidad por servicios y suministros requeridos para la inserción y el ajuste de un IOL- presbiopía convencional.

Billing Policies

- *Payment for the IOL is packaged into the payment for the surgical cataract extraction/lens replacement procedure. Medicare does not make separate payment to the hospital or the ASC for an IOL inserted following removal of a cataract.*
- *Any person or ASC, who presents or causes to be presented a bill or request for payment for an IOL inserted following removal of a cataract for which payment is made under the ASC fee schedule, is subject to a civil money penalty.*
- *For a presbyopia-correcting IOL inserted **following removal of a cataract** in a hospital, on either an outpatient or inpatient basis, that is paid under the OPPS or the IPPS, respectively; or in a Medicareapproved ASC that is paid under the ASC fee schedule:*
 - *The facility will bill for removal of a cataract with insertion of a conventional IOL, regardless of whether a conventional or presbyopia-correcting IOL is inserted. When a beneficiary receives a presbyopia-correcting IOL **following removal of a cataract**, hospitals and ASCs shall report the same CPT code that is used to report removal of a cataract with insertion of a conventional IOL (see "Coding" below).*
 - *There is no Medicare benefit category that allows payment of facility charges for services and supplies required to insert and adjust a presbyopia-correcting IOL **following removal of a cataract** that exceed the facility charges for services and supplies required for the insertion and adjustment of a conventional IOL.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita pago por cargos de institución para tratamientos, servicios, suministros requeridos para examinar y monitorear el beneficiario que recibe un IOL corrector de Presbiopía seguido de la eliminación de una catarata que exceden los cargos de la institución por tratamientos, servicios y suministros subsiguientes requeridos para examinar y monitorear un beneficiario luego de una cirugía de catarata seguido de la inserción de un Lente Intraocular corrector de Presbiopía (IOL, por sus siglas en inglés) convencional.

Política de Pago por Servicios y Suministros Médicos

- Por un IOL-presbiopía introducido seguido de la extracción de una catarata en la oficina de un médico:
 - Medicare hace pago separado, basado en cargos razonables, por un IOL-presbiopía insertado seguido de la eliminación de una catarata que es realizada en la oficina de un médico.
- Por un IOL corrector de Presbiopía introducido seguido de la eliminación de una catarata en la oficina de un médico:
 - Un médico debe de facturar por un IOL-presbiopía convencional, irrespectivo de la inserción de un IOL convencional o IOL corrector de Presbiopía (ver "Codificación", más debajo).
 - No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita pago por cargos médicos para servicios y suministros requeridos para insertar y ajustar un IOL corrector de Presbiopía seguido de la eliminación de una catarata que exceden los cargos médicos y suministros requeridos para la inserción y el ajuste de un IOL-presbiopía convencional.

Billing Policies

- *There is no Medicare benefit category that allows payment of facility charges for subsequent treatments, services and supplies required to examine and monitor the beneficiary who receives a presbyopia-correcting IOL **following removal of a cataract** that exceed the facility charges for subsequent treatments, services and supplies required to examine and monitor a beneficiary **after cataract surgery** followed by insertion of a conventional IOL.*

Payment Policy for Physician Services and Supplies

- *For an IOL inserted following removal of a cataract in a physician's office:*
 - *Medicare makes separate payment, based on reasonable charges, for an IOL inserted following removal of a cataract that is performed at a physician's office.*
- *For a presbyopia-correcting IOL inserted following removal of a cataract in a physician's office:*
 - *A physician shall bill for a conventional IOL, regardless of whether a conventional or presbyopicorrecting IOL is inserted (see "Coding," below).*
 - *There is no Medicare benefit category that allows payment of physician charges for services and supplies required to insert and adjust a presbyopia-correcting IOL **following removal of a cataract** that exceed the physician charges for services and supplies for the insertion and adjustment of a conventional IOL.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita pago por cargos médicos para tratamientos, servicios, suministros requeridos para examinar y monitorear al beneficiario **seguido de la extracción de una catarata** con inserción de un IOL corrector de presbiopía que exceda los cargos médicos por servicios y suministros para examinar y monitorear un beneficiario **seguido de la eliminación de una catarata** con inserción de un IOL-presbiopía convencional.
- Para un IOL- presbiopía insertado **seguido de la eliminación de una catarata** en un hospital o Centro de Cirugía Amulatoria (ASC, por sus siglas en inglés):
 - Un médico no podrá facturar a Medicare por un IOL- presbiopía insertado durante el procedimiento de una catarata realizado en dichos escenarios porque el pago por el lente está incluido en el pago hecho a la institución por el procedimiento completo.
 - No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita pago por cargos médicos para servicios y suministros requeridos para insertar y ajustar un IOL corrector de Presbiopía **seguido de la eliminación de una catarata** que exceden los cargos médicos por servicios y suministros requeridos para la inserción de un IOL- presbiopía convencional.
 - No existe una categoría de beneficio de Medicare que permita pago por cargos médicos para tratamientos, servicios, suministros subsiguientes requeridos para examinar y monitorear al beneficiario **seguido de la extracción de una catarata** con la inserción de un Lente Intraocular corrector de Presbiopía (IOL, por sus siglas en inglés) corrector de Presbiopía que exceda los cargos médicos por servicios y suministros para examinar y monitorear a un beneficiario **seguido de una cirugía de catarata** con inserción de un IOL- presbiopía convencional.

Billing Policies

- *There is no Medicare benefit category that allows payment of physician charges for subsequent treatments, services and supplies required to examine and monitor a beneficiary **following removal of a cataract** with insertion of a presbyopia-correcting IOL that exceed the physician charges for services and supplies to examine and monitor a beneficiary **following removal of a cataract** with insertion of a conventional IOL.*
- *For a presbyopia-correcting IOL inserted **following removal of a cataract** in a hospital or ASC:*
 - *A physician may not bill Medicare for a presbyopia-correcting IOL inserted during a cataract procedure performed in those settings because payment for the lens is included in the payment made to the facility for the entire procedure.*
 - *There is no Medicare benefit category that allows payment of physician charges for services and supplies required to insert and adjust a presbyopia-correcting IOL **following removal of a cataract** that exceed physician charges for services and supplies required for the insertion of a conventional IOL.*
 - *There is no Medicare benefit category that allows payment of physician charges for subsequent treatments, services and supplies required to examine and monitor a beneficiary **following removal of a cataract** with insertion of a presbyopia-correcting IOL that exceed the physician charges for services and supplies required to examine and monitor a beneficiary **following cataract surgery** with insertion of a conventional IOL.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

Requisitos de Codificación

- En este momento no se están estableciendo nuevos códigos para identificar un IOL corrector de Presbiopía o procedimientos y servicios relacionados.
- Los hospitales, Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés) y médicos deben de utilizar uno de los códigos CPT siguientes para poder facturarle a Medicare por la extracción de una catarata con inserción de un IOL:
 - 66982 Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification), complex, requiring devices or techniques not generally used in routine cataract surgery (e.g., iris expansion device, suture support for intraocular lens, or primary posterior capsulorrhexis) or performed on patients in the amblyogenic developmental stage
 - 66983 Intracapsular cataract extraction with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure)
 - 66984 Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification)
- Los médicos insertando un IOL o un IOL corrector de Presbiopía en un ambiente de oficina médica únicamente, pueden facturar el código V2632 (cámara posterior del lente intraocular) para el IOL o el IOL corrector de Presbiopía, el cual es pagado basado en un cargo razonable. Los médicos deben de recordar que solamente pueden facturar por los servicios profesionales y no el lente en si mismo cuando se realiza cirugía de catarata en un ambiente de ASC o de servicios de pacientes no hospitalizados. En estos ambientes, el pago por el lente está incluido en el pago de la institución para la extracción de la catarata.

Billing Policies

Coding Requirements

- *No new codes are being established at this time to identify a presbyopia-correcting IOL or procedures and services related to a presbyopia-correcting IOL.*
- *Hospitals, ASCs, and physicians should use one of the following CPT codes to bill Medicare for removal of a cataract with IOL insertion:*
 - 66982 *Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification), complex, requiring devices or techniques not generally used in routine cataract surgery (e.g., iris expansion device, suture support for intraocular lens, or primary posterior capsulorrhexis) or performed on patients in the amblyogenic developmental stage*
 - 66983 *Intracapsular cataract extraction with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure)*
 - 66984 *Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification)*
- *Physicians inserting an IOL or a presbyopia-correcting IOL in a **physician's office setting only**, may bill code V2632 (posterior chamber intraocular lens) for the IOL or the presbyopia-correcting IOL, which is paid on a reasonable charge basis. **Physicians must remember that they may only bill for professional services and not the lens itself when performing cataract surgery in an ASC or outpatient setting. In these settings, payment for the lens is packaged into the facility payment for the cataract extraction.***

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Los hospitales, Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés) y médicos deben de utilizar los siguientes códigos CPT para facturarle a Medicare por servicios de evaluación y manejo usualmente asociados con servicios seguido de cirugía de extracción de catarata:
 - 92002 Ophthalmological services; medical examination and evaluation with initiation of diagnostic treatment program; intermediate, new patient
 - 92004 Ophthalmological services; medical examination and evaluation with initiation of diagnostic treatment program; comprehensive, new patient, one or more visits
 - 92012 Ophthalmological services; medical examination and evaluation with initiation or continuation of diagnostic and treatment program; intermediate, established patient
 - 92014 Ophthalmological services; medical examination and evaluation with initiation or continuation of diagnostic and treatment program; comprehensive, established patient, one or more services

Las reclamaciones de servicios ambulatorios de hospital deben de ser sometidas en el tipo de factura (TOB) 12X, 13X, 83X, o 85X, según apropiado.

Responsabilidad del Beneficiario

- Cuando el beneficiario requiere o recibe un Lente Intraocular corrector de Presbiopía (IOL, por sus siglas en inglés) en vez de un IOL convencional **seguido de la extracción de una catarata**, el beneficiario es responsable del pago por cargos médicos y de institución atribuible a la funcionalidad del corrector de Presbiopía del IOL corrector de Presbiopía:
 - En la determinación de la responsabilidad del beneficiario, la institución y el médico pueden tomar en cuenta cualquier trabajo y recurso adicional requerido para inserción, ajuste, prueba para agudeza

Billing Policies

- *Hospitals, ASCs, and physicians should use the following CPT codes to bill Medicare for evaluation and management services usually associated with services following cataract extraction surgery:*
 - *92002 Ophthalmological services; medical examination and evaluation with initiation of diagnostic an treatment program; intermediate, new patient*
 - *92004 Ophthalmological services; medical examination and evaluation with initiation of diagnostic an treatment program; comprehensive, new patient, one or more visits*
 - *92012 Ophthalmological services; medical examination and evaluation with initiation or continuation of diagnostic and treatment program; intermediate, established patient*
 - *92014 Ophthalmological services; medical examination and evaluation with initiation or continuation of diagnostic and treatment program; comprehensive, established patient, one or more services*

Hospital outpatient claims should be submitted on type of bill (TOB) 12X, 13X, 83X, or 85X, as appropriate.

Beneficiary Liability

- *When the beneficiary requests and receives a presbyopia-correcting IOL instead of a conventional IOL **following removal of a cataract**, the beneficiary is responsible for payment of facility and physician charges for services and supplies attributable to the presbyopia-correcting functionality of the presbyopia-correcting IOL:*
 - *In determining the beneficiary's liability, the facility and physician may take into account any additional work and resources required for insertion,*

Cont. on next page

Políticas de Pago

visual, y monitoreo del IOL corrector de Presbiopía que excede el trabajo y recursos atribuibles a la inserción de un IOL convencional.

- El médico y la institución no pueden cobrar por la extracción de la catarata con la inserción de un IOL corrector de Presbiopía a menos que el beneficiario solicite este servicio.
- El médico y la institución no pueden requerirle al beneficiario un IOL corrector de Presbiopía como condición para realizar una extracción de catarata con inserción de IOL-presbiopía.

Requisitos de la Notificación del Proveedor

- Cuando un beneficiario solicita inserción de un IOL corrector de Presbiopía en vez de uno convencional seguido de la extracción de una catarata:
 - Antes del procedimiento de remover un lente con cataratas e insertar un IOL corrector de Presbiopía, la facilidad y el médico deben de informar al beneficiario que Medicare no hará ningún pago por servicios que son específicos a la inserción, ajuste u otros tratamientos subsiguientes relacionados a la funcionalidad correctora de Presbiopía del IOL.
 - La funcionalidad correctora de Presbiopía de un IOL corrector de Presbiopía no cae bajo una categoría de beneficio de Medicare, y por lo tanto, no está cubierta. Por lo tanto, la institución y el médico no están obligados a proveer una Notificación Previa a Recibir un Servicio de Salud (ABN, por sus siglas en inglés) a los beneficiarios que soliciten un IOL corrector de Presbiopía.
 - Aunque no está requerido, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recomiendan a las instituciones y médicos a emitir una Notificación de Exclusión de los Beneficios de Medicare a los

Billing Policies

fitting, vision acuity testing, and monitoring of the presbyopia-correcting IOL that exceeds the work and resources attributable to insertion of a conventional IOL.

- *The physician and the facility may not charge for cataract extraction with insertion of a presbyopiocorrecting IOL unless the beneficiary requests this service.*
- *The physician and the facility may not require the beneficiary to request a presbyopia-correcting IOL as a condition of performing a cataract extraction with IOL insertion.*

Provider Notification Requirements

- *When a beneficiary requests insertion of a presbyopia-correcting IOL instead of a conventional IOL following removal of a cataract:*
 - *Prior to the procedure to remove a cataractous lens and insert a presbyopia-correcting IOL, the facility and the physician must inform the beneficiary that Medicare will not make payment for services that are specific to the insertion, adjustment or other subsequent treatments related to the presbyopia-correcting functionality of the IOL.*
 - *The presbyopia-correcting functionality of a presbyopia-correcting IOL does not fall into a Medicare benefit category, and therefore, is not covered. Therefore, the facility and physician are not required to provide an Advanced Beneficiary Notice (ABN) to beneficiaries who request a presbyopia-correcting IOL*
 - *Although not required, CMS strongly encourages facilities and physicians to issue a Notice of Exclusion from Medicare Benefits to beneficiaries in order to clearly identify the non-payable aspects of a presbyopia-*

Cont. on next page

Políticas de Pago

beneficiarios para poder identificar claramente los aspectos no reembolsables de la inserción de un Lente Intraocular Corrector de Presbiopía (IOL, por sus siglas en inglés). Esta notificación puede ser encontrada en inglés en http://cms.hhs.gov/medicare/bni/20007_English.pdf y en español a través de http://cms.hhs.gov/medicare/bni/20007_Spanish.pdf bajo el portal electrónico de CMS.

Información Adicional

La determinación de CMS puede ser encontrada en <http://www.cms.hhs.gov/rulings/CMSR0501.pdf> bajo el portal electrónico de CMS.

Para detalles más completos, favor de referirse a la instrucción oficial emitida a su contratista o intermediario perteneciente a este cambio, el cual puede ser encontrado en la siguiente página electrónica http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp bajo el portal electrónico de CMS.

Bajo esta última dirección busque el CR 3927 en la columna de CR localizada a mano derecha y oprima en el archivo para dicho CR.

Si tiene preguntas, favor de comunicarse con nosotros al 1-877-715-1921.

Billing Policies

correcting IOL insertion. This notice may be found in English language at http://cms.hhs.gov/medicare/bni/20007_English.pdf and in Spanish at http://cms.hhs.gov/medicare/bni/20007_Spanish.pdf on the CMS web site.

Additional Information

The actual CMS ruling may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/rulings/CMSR0501.pdf> on the CMS web site.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier or intermediary regarding this change, which may be found by going to http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp on the CMS web site.

From that web page, look for CR 3927 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.

CR3927/Trans. 636/May 3, 2005

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE JULIO A LAS TARIFAS FIJAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉTICOS, ORTÓTICOS Y SUMINISTROS (DMEPOS)

Nota: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 11 DE MAYO DE 2005 PARA PROVEER LOS DESCRIPTORES DE CÓDIGO CORRECTO PARA LOS CÓDIGOS K0731 Y K0732.

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a contratistas de Medicare incluyendo Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo está basado en el CR 3779 y provee información específica en relación a la actualización trimestral de julio del 2005 para las tarifas fijas de Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés), Protéticos, Ortóticos y Suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés).

Trasfondo

Las tarifas fijas de DMEPOS se actualizan trimestralmente para implementar las cantidades de las tarifas fijas para los códigos nuevos y para revisar cualquier tarifa de códigos existentes que se calcularon incorrectamente.

La Ley del Seguro Social (Sección 1834 (a),(h) e (i), requiere que el pago para DME, prostéticos, ortóticos y vendajes quirúrgicos esté basado en unas tarifas fijas. Además, el *Code of Federal Regulations* (42 CFR 414.102) requiere que el pago para la nutrición enteral y parenteral (PEN por sus siglas en inglés) se base también en unas tarifas fijas.

El CR 3779 provee los siguientes detalles específicos sobre la actualización trimestral de julio del 2005 para las tarifas fijas DMEPOS:

Baterías utilizadas con aparatos de implante coclear

El código **L8620** con la descripción "Lithium Ion Battery for Use with the Cochlear Implant Device"

Billing Policies

JULY QUARTERLY UPDATE FOR 2005 DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS) FEE SCHEDULE

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON MAY 11, 2005, TO PROVIDE THE CORRECT CODE DESCRIPTORS FOR K0731 AND K0732.

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs) and/or Fiscal Intermediaries (FIs)

Provider Action Needed

This article is based on CR 3779 and provides specific information regarding the July quarterly update of the 2005 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) fee schedule.

Background

The DMEPOS fee schedules are updated on a quarterly basis in order to implement fee schedule amounts for new codes and to revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error.

Payment on a fee schedule basis is required for Durable Medical Equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by the Social Security Act (Section 1834 (a), (h), and (i), and payment of a fee schedule basis is required for parenteral and enteral nutrition (PEN) by regulations contained in the Code of Federal Regulations (42 CFR 414.102). CR 3779 provides specific details regarding the July quarterly update for the 2005 DMEPOS fee schedule, which are as follows:

Batteries Used with Cochlear Implant Devices

*Code **L8620** with the description of "Lithium Ion Battery for Use with the Cochlear Implant"*

Cont. on next page

Políticas de Pago

fue añadido al HCPCS con fecha de vigencia del 1ro de enero de 2005. Cuando se calcularon y se implementaron las tarifas fijas para este código el 1ro de enero de 2005, la información de precio para los diferentes tipos de baterías utilizadas en aparatos de implante coclear, no se incluyó.

La tarifa fija para el código **L8620** se revisó como parte de la actualización trimestral para incluir la información de precios para los diferentes tipos de baterías de ión de litio utilizadas en aparatos de implante coclear. CMS revisó los pagos del código utilizando los procedimientos estándares para fijar tarifas. Por lo tanto, los contratistas locales no tendrán necesidad de fijar tarifa para este código.

NOTA: FACTURAS PREVIAMENTE PAGADAS PARA EL **L8620** CON FECHAS DE SERVICIOS DESDE ENERO 1RO DE 2005 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2005 SERÁN AJUSTADAS SI SE VUELVEN A SOMETER POR LOS SUPLIDORES COMO AJUSTES EN O ANTES DEL 1RO DE JULIO DE 2005.

El código **L8620** se está invalidando para facturas de Medicare con fechas de servicio a partir del 1ro de julio de 2005.

Los siguientes códigos se añadieron al HCPCS para fechas de servicio a partir del 1ro de julio de 2005.

- **K0731**-Lithium Ion Battery for Use With Cochlear Implant Device Speech Processor, Other than Ear Level, Replacement, Each; **Short Description:** Lith ion batt cid, non-ear level
- **K0732** Lithium Ion Battery for Use With Cochlear Implant Device Speech Processor, Ear Level, Replacement, Each; **Short Description:** Lith ion batt cid, ear level

Estos códigos se utilizarán para facturar baterías de reemplazo provistas a partir del 1 de julio de 2005 y que anteriormente se codificaban con el código **L8620**. Además, por favor note que los códigos **L8110** y **L8120** no cumplen con la definición de Medicare para aparatos protéticos.

Sistema de Administración de Medicamentos de Inhalación con Dosis Controlada

El siguiente código también se añadió al HCPCS el 1ro de julio de 2005 y está vigente

Billing Policies

Device” was added to the HCPCS effective January 1, 2005. When the fee schedule amounts were calculated and implemented for this code on January 1, 2005, pricing information for the different types of batteries used with cochlear implant devices was not included.

*The fee schedule amounts for **L8620** are being revised as part of the quarterly update to include pricing information for the different types of lithium ion batteries used with cochlear implant devices. CMS is revising the fee schedule for the code using the standard gap-filling process. Local carriers, therefore, do not need to gap fill fees for this code.*

NOTE: PREVIOUSLY PAID CLAIMS FOR **L8620** WITH DATES OF SERVICE FROM **JANUARY 1, 2005 THRU JUNE 30, 2005** WILL BE ADJUSTED IF RESUBMITTED BY SUPPLIERS AS ADJUSTMENTS ON OR AFTER **JULY 1, 2005**.

*Code **L8620** is being made invalid for Medicare claims with the dates of service on or after July 1, 2005.*

The following codes are being added to the HCPCS effective for dates of service on or after July 1, 2005:

- **K0731**-Lithium Ion Battery for Use With Cochlear Implant Device Speech Processor, Other than Ear Level, Replacement, Each; **Short Description:** Lith ion batt cid, non-ear level
- **K0732** Lithium Ion Battery for Use With Cochlear Implant Device Speech Processor, Ear Level, Replacement, Each; **Short Description:** Lith ion batt cid, ear level.

*These codes are to be used to bill for replacement batteries previously coded under **L8620** that are furnished on or after July 1, 2005. Also, please note that codes **L8110** and **L8120** do not meet the Medicare definition of prosthetic devices.*

Controlled Dose Inhalation Drug Delivery System

The following code is also added to the HCPCS on July 1, 2005 and is effective for claims with

Cont. on next page

Políticas de Pago

para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1ro de abril de 2005: **K0730** - Sistema de Administración de Medicamentos de Inhalación con Dosis Controlada.

NOTA: LA CANTIDAD PERMITIDA DE PAGO DEL ALQUILER PARA ESTE APARATO SE BASA EN LA CONSIDERACIÓN INDIVIDUAL DE SU CONTRATISTA DE MEDICARE PARA CADA FACTURA HASTA QUE SE PUEDA ESTABLECER LA TARIFA FIJA PARA ESTE CÓDIGO NUEVO.

El Código **K0670** se añadió al HCPCS con fecha de vigencia del 1 de abril de 2005, pero la cantidad del pago para K0670 se basó en información incorrecta y se revisó con este cambio. Su DMERC o FI ajustará facturas previamente procesadas para el código K0670 con fechas de servicios a partir del 1ro de abril de 2002, **solamente** si se vuelve a someter la factura para ajuste.

Equipo y suministros para Nutrición Parenteral y Enteral (PEN)

No hay cambios en la tarifa fija de PEN para julio de 2005.

Implementación

La fecha de implantación para esta directriz es el 5 de julio de 2005.

Información Adicional

El proceso de las actualizaciones trimestrales para las tarifas fijas de DMEPOS están localizadas en el Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Capítulo 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements), Sección 60 (DMEPOS Fee Schedule) y puede verlo en el siguiente sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c23.pdf

La instrucción oficial emitida a los contratistas sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR deseado.

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

Billing Policies

service dates on or after April 1, 2005: **K0730**- Controlled Dose Inhalation Drug Delivery System.

NOTE: THE ALLOWED RENTAL PAYMENT AMOUNT FOR THIS DEVICE IS BASED ON YOUR MEDICARE CONTRACTOR'S INDIVIDUAL CONSIDERATION OF EACH CLAIM UNTIL FEE SCHEDULE AMOUNTS CAN BE ESTABLISHED FOR THIS NEW CODE.

Code **K0670** was added to the HCPCS effective on April 1, 2005, but the fee schedule amount for K0670 was based on incorrect information and the amount is revised with this change. Your DMERC or FI will adjust previously processed claims for code K0670 with dates of service on or after April 1, 2005, but **only** if you resubmit the claim for adjustment.

Parenteral and Enteral Nutrition (PEN) Equipment and Supplies

There are no changes to the PEN fee schedule file for July 2005.

Implementation

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

Additional Information

The quarterly updates process for the DMEPOS fee schedule is located in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 23 (Fee Schedule Administration and Coding Requirements), Section 60 (Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule), which can be reviewed at the following CMS web site: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104c23.pdf

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

From that web page, look for CR 3779 in the CR NUM column on the right, and click on the file for the desired CR.

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

Pub. MM3779 / Trans. 536 / CR-3779 / 5-11-2005 / ML / RRC

Medicamentos

NUEVOS CÓDIGOS HCPCS PARA MEDICAMENTOS

NOTA: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 1 DE JULIO DE 2005 DEBIDO A CAMBIOS HECHOS AL CR3847, EL CUAL FUE EMITIDO EL 30 DE JUNIO DE 2005. EL ARTÍCULO FUE REVISADO PARA INCLUIR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FACTURACIÓN SEGÚN DENOTAN LOS TRES PUNTOS RESALTADOS EN NEGRILLAS.

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a contratistas de Medicare, incluso Contratistas Regionales de Equipo Médico Durable (DMERCs por sus siglas en inglés), o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) por material de alto contraste osmolar y soluciones de inhalación Iloprost.

Lo Que Debe Hacer

El 1 de julio de 2005, para servicios prestados del 1 de julio de 2005 en adelante se añadieron a la lista de códigos HCPCS, el código HCPCS Q4080 (solución de inhalación Iloprost), así como los códigos HCPCS Q9953 – Q9964 (material de alto contraste osmolar). Asegúrese de utilizar los nuevos códigos al momento de facturar a Medicare por concepto de solución de inhalación Iloprost y por material de alto contraste osmolar.

Información Adicional

A partir del 1 de julio de 2005, los siguientes códigos se añadieron a la lista de códigos HCPCS por concepto de solución de inhalación Iloprost y por material de alto contraste osmolar.

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

Cont. on next page

Drugs

NEW HCPCS DRUG CODES

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON JULY 1, 2005, BECAUSE OF CHANGES MADE TO CR3847, WHICH WAS RE-ISSUED ON JUNE 30, 2005. THE ARTICLE WAS REVISED TO INCLUDE ADDITIONAL BILLING INFORMATION AS NOTED BY THE THREE BULLET POINTS (IN BOLD PRINT).

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers billing Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), or Fiscal Intermediaries (FIs) for high osmolar contrast material and iloprost inhalation solution.

Provider Action Needed

Effective July 1, 2005, for dates of service on or after July 1, 2005, HCPCS code Q4080, for iloprost inhalation solution, and HCPCS codes Q9958 – Q9964, for high osmolar contrast material, are being added to the HCPCS. Be aware of the new codes for iloprost inhalation solution and high osmolar contrast material when reporting these services to Medicare.

Additional Information

Effective July 1, 2005, the following codes are being added to the HCPCS for iloprost inhalation solution and high osmolar contrast material.

Medicamentos

Además, tome nota de lo siguiente:

- Según se señala en la Sección 30 del Capítulo 13 del Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare (Publicación 100-04), el pago de HOCMs está incluido en el pago del procedimiento y no serán procesados por separado.
- Como se señala en el CR3846, el límite de pago permitido para nuevas drogas y productos biológicos no incluidos en el Precio Promedio de Venta (ASP, por sus siglas en inglés) del Archivo de Precios de Medicamentos de Medicare Parte B, ni en el Archivo de Precios NOC (Not Otherwise Classified) es basado en el 106% del Costo de Adquisición de venta al por mayor (WAC, por sus siglas en inglés). Puede referirse al artículo de *Medlearn Matters* MM3846, relacionado a este tema, disponible en el siguiente enlace bajo el portal electrónico de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3846.pdf>
- Aquellos contratistas que facturan a Medicare podrán notar que el código Q4080 será asignado al indicador de estatus "E" y los códigos Q9958-Q9964 serán asignados al indicador de estatus "B" dentro de la base de datos del Manual de Pagos de Medicare para Médicos.
- **Siempre que resulte apropiado, el código de ingreso (revenue code) #0636 debe ser asignado al facturar estos códigos HCPCS para material de alto contraste osmolar.**
- **Los departamentos de cuidado ambulatorio dentro de los hospitales de cuidado agudo deben facturar los códigos Q4080 y códigos Q9958-Q9964 utilizando el tipo de factura (TOB) 85X. El pago de dichos servicios se hará a base del costo razonable y para estos aplica el deducible y co-aseguro.**

Drugs

Also, please note the following:

- *As stated in Section 30 of Chapter 13 of the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04), payment for HOCMs is included in the payment for the procedure and separate payment for the HOCMs is not allowed.*
- *As stated in CR3846, the payment allowance limits for new drugs and biologicals not included in the Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing File or Not Otherwise Classified (NOC) Pricing File are based on 106 per cent of the Wholesale Acquisition Cost (WAC). A Medlearn Matters article related to CR3846 is available at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3846.pdf> on the CMS web site.*
- *Those billing Medicare carriers may note that code Q4080 will be assigned to status indicator "E" and codes Q9958-Q9964 will be assigned status indicator "B" in the Medicare Physician Fee Schedule Database.*
- *While Medicare carriers and DMERCs will accept Q4080 to report iloprost inhalation solution, only Medicare DMERCs will make payment for Q4080.*
- ***Where appropriate, revenue code 0636 should be assigned when billing these HOCM HCPCS codes.***
- ***Critical Access Hospital outpatient departments should bill for codes Q4080 and Q9958-Q9964 using type of bill (TOB) 85X. Payment for such services will be based on reasonable cost and beneficiary deductible and coinsurance does apply.***

Cont. on next page

Medicamentos

- **Los Centros de Enfermería Especializada (SNFs por sus siglas en inglés) que facturan bajo la Parte B de Medicare deben utilizar el TOB 22X (Parte B; paciente hospitalizado) y el TOB 23X (ambulatorio) para los códigos Q4080 y Q9958-Q9964. Los pagos a los SNFs también se harán a base del costo razonable y aplica el deducible y co-aseguro.**

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

Pub. MM3847 / Trans. 600 / CR-3847/ Rev. JS-DG/09/15/05

Drugs

- ***Skilled Nursing Facilities billing under Medicare Part B should use TOB 22X (for inpatient Part B) and 23X (outpatient) for codes Q4080 and Q9958-Q9964. Payments to the SNFs will also be made on a reasonable cost basis and beneficiary deductible and coinsurance does apply.***

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

Remesa de Pago

ACTUALIZACIÓN A LOS CÓDIGOS DE COMENTARIO DE LA REMESA DE PAGO Y LOS CÓDIGOS DE RAZÓN DEL AJUSTE A LAS RECLAMACIONES

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a contratistas de Medicare por concepto de servicios. Estos contratistas son: Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) y Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

La lista completa de los Códigos de Comentarios de la Remesa de Pago y de los Códigos de Razón del Ajuste de la Reclamación de la transacción electrónica X12N 835, puede encontrarse en el siguiente enlace: <http://www.wpc-edi.com/codes>

Esta lista incluye los cambios realizados entre el 1 de noviembre de 2004 hasta el 28 de febrero de 2005.

Lo Que Necesita Saber

Refiérase a la sección de **Información Adicional** de este artículo para los cambios en los Códigos de Comentario y Razón de Ajuste aprobados el 28 de febrero de 2005.

Lo Que Necesita Hacer

Notifique al personal de facturación sobre estos cambios.

Trasfondo

Es necesario utilizar dos conjuntos de códigos, los Códigos de Comentarios de la Remesa de Pago y los Códigos de Razón de Ajuste de la Reclamación. Deben utilizarse para informar ajustes en pagos, derechos de apelación e información relacionada para la transacción 835 (Health Care Claim Payment/Advice), la transacción 837 (Coordination of Benefits) y la remesa de pago estándar en papel. Los contratistas de Medicare están obligados a utilizar códigos

Remittance Advice

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who submit claims to Medicare contractors (carriers, Fiscal Intermediaries, Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), and Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs)) for services

Provider Action Needed

The complete list, including changes made from November 1, 2004 through February 28, 2005, of X12N 835 Health Care Remittance Advice Remark Codes and X12N 835 Health Care Claim Adjustment Reason Codes can be found at: <http://www.wpc-edi.com/codes>

What You Need to Know

*Please refer to the **Additional Information** section of this article for remark and reason code changes approved February 28, 2005.*

What You Need to Do

Be sure your staff is aware of these changes.

Background

Two code sets, reason and remark code sets, must be used to report payment adjustments, appeal rights, and related information for transactions 835 (Health Care Claim Payment/Advice), 837 Coordination of Benefits (COB), and on standard paper remittance advice. Medicare contractors must use currently valid codes. An updated code list is published 3 times per year. Medicare

Cont. on next page

Remesa de Pago

vigentes. Se publica una lista actualizada de códigos 3 veces por año. A los contratistas de Medicare se les notifica sobre los cambios por medio de actualizaciones a las listas de códigos [por ejemplo, este artículo y la solicitud de cambio (CR por sus siglas en inglés) 3923 relacionada a este artículo]. La notificación también puede ser por medio de un CR específico que describe el cambio en la política que resultó en el cambio al código.

CMS le da mantenimiento a **la lista de ódigos de comentarios de la remesa de pago**. Sin embargo, las adiciones, desactivaciones y modificaciones a la lista de códigos las pueden iniciar Medicare o entidades separadas de Medicare.

- Los contratistas de Medicare deben utilizar **códigos modificados** para aquellos códigos actualmente utilizados por Medicare, aun si esa modificación fue iniciada por una entidad separada de Medicare.
- Los contratistas de Medicare no tienen que utilizar los **códigos nuevos** iniciados por entidades separadas de Medicare, a menos que Medicare indique **que sí tienen que usarlos**.
- Los contratistas de Medicare deben dejar de usar aquellos códigos que hayan sido desactivados, ya sea en la fecha de vigencia de tal desactivación o en la fecha de vigencia establecida en el CR de actualización de códigos.

Un Comité Nacional de Actualización de Códigos (National Code Maintenance Committee) le da mantenimiento a la lista de **Códigos de Razón de Ajuste de la Reclamación del Cuidado de la Salud**. Este comité se reúne tres veces por año cuando el comité X12 se reúne para llevar a cabo sus reuniones trimestrales en las que toma decisiones referentes a adiciones, modificaciones y el retiro de códigos de razón existentes. Esta lista actualizada se publica tres veces por año.

- Las solicitudes de cambio a los Códigos de Razón sometidas por Medicare pueden incluirse en una instrucción de Medicare, además de hacerlo en la notificación regular de actualización de códigos.

Remittance Advice

contractors are informed of these changes through recurring code updates (such as this article and corresponding CR3923), and/or through a specific CR that describes the change in policy that resulted in the code change.

The remittance advice remark code list is maintained by CMS. However additions, deactivations, and modifications to the code list may be initiated by Medicare and non-Medicare entities.

- *Medicare contractors must use **modified codes** for codes currently used by Medicare even if the modification was initiated by an entity other than Medicare.*
- *Medicare contractors do not have to use **new codes** initiated by an entity other than Medicare, unless otherwise instructed by Medicare.*
- *Medicare contractors must stop using a code that has been deactivated either by the effective date of deactivation, or the effective date established by the code update CR.*

The health care claim adjustment reason code list is maintained by a national Code Maintenance committee that meets three times a year when X12 meets for their trimester meetings to make decisions about additions, modifications, and retirement of existing reason codes. This updated list is posted thrice per year.

- *Reason code changes requested by Medicare may be included in a Medicare instruction in addition to the regular code update notification.*

Cont. on next page

Remesa de Pago

- Los códigos de razón se pueden retirar si los mismos ya no aplican, o si es que existe un código similar.
- El retiro de códigos tiene vigencia en versiones futuras y sucesivas, sin embargo los Contratistas de Medicare también pueden discontinuar el uso de códigos retirados en versiones previas.
- La notificación regular de actualización de códigos establecerá una fecha límite para que los Contratistas de Medicare retiren un código de razón que pudiera ser anterior a la versión publicada en el Washington Publishing Company (WPC).

Información Adicional

Los cambios en los códigos de comentarios y de razón aprobados por Medicare el 28 de febrero de 2005 incluyen:

Remittance Advice

- Reason codes may be retired if they are no longer applicable, or if a similar code exists.
- Retirements are effective for a specified future and succeeding versions, but Medicare contractors can also discontinue use of retired codes in prior versions.
- The regular code update notification will establish the deadline for Medicare contractors to retire a reason code that could be earlier than the version specified in the Washington Publishing Company (WPC) posting.

Additional Information

Remark and reason code changes approved by Medicare February 28, 2005 include:

Code Type	Code	New/Modified/ Deactivated/ Retired	Current Narrative	Comment
Remark	N345	New	Date range not valid with units submitted	Not Medicare Initiated
Remark	N346	New	Missing/incomplete/invalid oral cavity designation code	Not Medicare Initiated
Remark	N347	New	Your claim for a referred or purchased service cannot be paid because payment has already been made for this same service to another provider by a payment contractor representing the payer.	Medicare Initiated
Remark	MA100	Modified	Missing/incomplete/invalid date of current illness or symptoms	Modified effective
Remark	MA128	Modified	Missing/incomplete/invalid FDA approval number	Modified effective on March 30, 2005
Reason	166	New	These services were submitted after this payer's responsibility for processing claims under this plan ended.	New as of February, 2005

NOTA: TAMBIÉN SE IDENTIFICARON ERRORES TIPOGRÁFICOS Y LOS MISMOS FUERON CORREGIDOS EN LOS CÓDIGOS 52, 57, 70, 76 Y 146. NO SE RETIRÓ NINGÚN CÓDIGO.

Implementación y Vigencia

La fecha de implementación para este cambio es el 3 de octubre de 2005.

NOTE: TYPOGRAPHIC ERRORS WERE ALSO IDENTIFIED AND CORRECTED IN REASON CODES 52, 57, 70, 76 AND 146. NO CODES WERE RETIRED.

Implementation

The implementation date for this change is October 3, 2005.

Cont. on next page

Remesa de Pago

Para más información sobre la remesa de pago favor de referirse a: *Understanding the Remittance Advice (RA): A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers, and Billers* en el enlace http://www.hhs.gov/medlearn/RA_Guide_05-27-05.pdf

La instrucción oficial emitida a su contratista, Intermediario Fiscal, RHHI o DMERC sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR3923.

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

Pub. MM3923 / Trans. 609 / CR-3923 / 07-22-05 / ML / RRC

Remittance Advice

For additional information about Remittance Advice, please refer to: Understanding the Remittance Advice (RA): A Guide for Medicare Providers, Physicians, Suppliers, and Billers at http://www.cms.hhs.gov/medlearn/RA_Guide_05-27-05.pdf

The official instruction issued to your FI/ carrier/DMERC/RHHI regarding this change may be found by going to http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. From that web page, look for

CR3923 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Reclamaciones

LA NATURALEZA Y EL EFECTO DE LA ASIGNACIÓN EN LAS RECLAMACIONES SOMETIDAS AL CONTRATISTA DE LA PARTE B

Tipo de Proveedores Afectados

Médicos y suplidores los cuales son médicos/suplidores participantes del programa de Medicare y médicos/suplidores no participantes los cuales les son requeridos por ley el aceptar la asignación (pago directo) de los contratistas de Medicare, incluso los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero para servicios, equipo y materiales cubiertos por la parte B.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los proveedores deben de estar consientes que el 1 de enero de 2005, las regulaciones de Medicare en el 42 C.F.R. 424.55 fueron enmendadas para eliminar el requisito de que los beneficiarios tuviesen que asignar formalmente las reclamaciones a los suplidores cuando los suplidores están requeridos por ley de aceptar la asignación. En otras palabras, el beneficiario no necesita asignar la reclamación al médico o suplidor para que una asignación proceda en situaciones de asignación obligatoria.

Trasfondo

Esta acción afirma el patrón que ha surgido a través del tiempo mientras el Acta del Seguro Social era enmendada en varias secciones para requerir a los suplidores aceptar la asignación para servicios de Medicare cubiertos sin importar si el beneficiario realmente asignó la reclamación al suplidor. Lo siguiente es una sinopsis del CR 3897 y las instrucciones revisadas del Manual de Medicare para Procesamiento de Reclamaciones (Capítulo 1, Sección 30.3.2) que están adjunto al CR 3897:

- El médico y los suplidores que aceptan asignación de Medicare, voluntariamente o por ley, no pueden intentar recaudar más del deducible y coaseguro apropiado de Medicare del beneficiario, de algún seguro personal que tenga o de cualquier otra persona.

Claims

NATURE AND EFFECT OF ASSIGNMENT ON CARRIER CLAIMS

Provider Types Affected

Physicians and suppliers who are Medicare participating physicians/suppliers and nonparticipating physicians/suppliers who are required by law to accept assignment (direct payment) from Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs) for covered Part B services, equipment, and supplies.

Provider Action Needed

*Providers need to be aware that on January 1, 2005, Medicare regulations at 42 C.F.R. 424.55 were amended to eliminate the requirement that beneficiaries formally assign claims to suppliers when suppliers are **required by law** to accept assignment. In other words, the beneficiary is not required to assign the claim to the physician or supplier in order for an assignment to be effective in "mandatory assignment" situations.*

Background

This action affirms the pattern that has emerged over time as the Social Security Act was amended in various sections to require suppliers to accept assignment for Medicare covered services whether or not the beneficiary actually assigned the claim to the supplier. The following is a synopsis of the CR3897 and the revised Medicare Claims Processing instructions (Chapter 1, Section 30.3.2) that are attached to CR3897:

- *Physicians and suppliers who accept assignment from Medicare, by choice or by law, may not attempt to collect more than the appropriate Medicare deductible and coinsurance amounts from the beneficiary, his/her other insurance, or anyone else.*

Cont. on next page

Reclamaciones

- Si el médico/suplidor no está satisfecho con la cantidad permitida por Medicare, existen procedimientos para apelar la determinación inicial del contratista.
- Si el asegurado tiene un seguro privado adicional al de Medicare el médico/suplidor está en violación de su asignación si cobra al asegurado o al seguro privado una cantidad que una vez sumada exceda los beneficios permitidos por Medicare.
- El beneficiario debe de seguir autorizando la liberación de información médica u otra necesaria para procesar la reclamación.
- Un médico/suplidor no participante el cual acepta asignación para algunos servicios de Medicare cubiertos puede facturarle al paciente por aquellos que no haya aceptado la asignación. Además, el médico/suplidor no participante no advierte de facturarle a un paciente por servicios que no son cubiertos por Medicare.
- Los médicos/suplidores deben de recordar que no pueden intentar “fragmentar” sus facturas. La fragmentación es definida como el acto de aceptar la asignación de servicios y luego le factura al asegurado por otros servicios realizados en el mismo lugar y en la misma ocasión. Cuando los contratistas de Medicare se percatan de que las facturas están “fragmentadas” le informarán al médico/suplidor que la práctica no es aceptable y que deben de aceptar asignación o facturar al asegurado por todos los servicios realizados en el mismo lugar y en la misma ocasión. Existen **Excepciones**. En situaciones donde la asignación es obligatoria, ejemplo: cuando un médico/suplidor debe de aceptar la asignación para ciertos servicios como una condición de pago o para recibir el pago completo (ejemplo: pruebas clínicas diagnósticas, asistentes de médicos), este/a puede aceptar la asignación para dichos servicios condicionados sin aceptar la asignación por otros servicios suministrados por el/ella para el mismo asegurado en el mismo lugar y en la misma ocasión.

Claims

- *If the physician/supplier is not satisfied with the amount allowed by Medicare, procedures are in place for appeal of the contractor initial determination.*
- *If an enrollee has private insurance in addition to Medicare the physician/supplier is in violation of his/her assignment if he/she collects from the enrollee or the private insurance an amount that when added to the Medicare benefit exceeds the Medicare allowed amount.*
- *The beneficiary must continue to authorize the release of medical or other information necessary to process the claim.*
- *A nonparticipating physician/supplier who accepts assignment for some Medicare covered services is not prohibited from billing the patient for services for which he/she does not accept assignment. Also, the nonparticipating physician/supplier is not precluded from billing a patient for services that are not covered by Medicare.*
- *Physicians/suppliers should remember they may not attempt to “fragment” their bills. Fragmenting is defined as accepting assignment for some services and then billing the enrollee for other services performed at the same place and on the same occasion. When Medicare carriers become aware that services are being “fragmented” they will inform the physician/supplier that the practice is unacceptable and that he/she must either accept assignment or bill the enrollee for all services performed at the same place on the same occasion. There is an **Exception**. In situations where assignment is mandatory, i.e., where a physician/supplier must accept assignment for certain services as a condition for any payment or for full payment to be made (e.g., clinical diagnostic laboratory tests, physician assistants), he/she may accept assignment for those conditional services without accepting assignment for other services furnished by him/her for the same enrollee at the same place and on the same occasion.*

Cont. on next page

Reclamaciones

Implementación

La fecha de implementación para el CR 3897 es el 4 de noviembre de 2005.

Instrucciones Relacionadas

Para detalles más completos, favor de consultar la instrucción oficial emitida por el contratista/DMERC con respecto a este cambio. Esta instrucción puede ser accedida a través de http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp bajo el portal electrónico de CMS.

Bajo esta última dirección busca el CR 3897 en la columna de CR NUM localizada a la derecha y oprime en el archivo para dicho CR.

Para información adicional relacionada a esta directriz, favor de comunicarse al 1-877-715-1921.

Claims

Implementation

The implementation date for CR3897 is November 14, 2005.

Related Instructions

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

From that web page, look for CR3897 in the CR NUM column on the right, and click on the file for the desired CR.

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

Pub. 100-04/Trans.643/CR-3897/August 12, 2005/RRC

Laboratorio

CAMBIO TEMPORERO PARA CONTRATISTAS EN LAS REGLAS DE TARIFAS POR JURISDICCIÓN PARA SERVICIOS DIAGNÓSTICOS COMPRADOS

Nota: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 26 DE MAYO DE 2005 PARA INCLUIR ESTA REFERENCIA EN LAS SIGUIENTES PETICIONES DE CAMBIO (CR POR SUS SIGLAS EN INGLÉS):

- CR 3481 (Implementación de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés) Archivo Abstracto Nacional para Pruebas Diagnósticas Compradas y sus Interpretaciones)
- CR 3694 (Implementación del Archivo Abstracto Nacional para Pruebas Diagnósticas Compradas y sus Interpretaciones (complementario al CR 3481)).

Para acceder este artículo relacionado al CR 3481, visite el website de CMS en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3481.pdf>.

Para acceder el artículo relacionado CR 3694, visite el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3694.pdf>.

Proveedores Afectados

Médicos, Laboratorios e Instalaciones Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Esta directriz implementa un cambio temporero para los contratistas en las reglas de tarifas por jurisdicción para servicios diagnósticos comprados. El cambio temporero le permite a los médicos y suplidores que compran servicios de pruebas diagnósticas y sus interpretaciones fuera de su jurisdicción, facturarle al contratista local.

Laboratory

TEMPORARY CHANGE IN CARRIER JURISDICTIONAL PRICING RULES FOR PURCHASED DIAGNOSTIC SERVICES

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON MAY 26, 2005 TO INCLUDE THIS REFERENCE TO RELATED CHANGE REQUESTS:

- CR3481 (*Implementation of the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) National Abstract File for Purchased Diagnostic Tests and Interpretations*), and
- CR3694 (*Implementation of the Abstract File for Purchased Diagnostic Tests/ Interpretations (Supplemental to CR 3481)*).

To see the Medlearn Matters article related to CR3481, go to the following CMS web site: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3481.pdf>.

To see the Medlearn Matters article related to CR3694, go to the following CMS web site: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM3694.pdf>.

Provider Types Affected

Physicians, laboratories, and Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTFs)

Provider Action Needed

This instruction implements a temporary change in carrier jurisdictional pricing rules for purchased diagnostic services to allow physicians/suppliers purchasing out-of-jurisdiction diagnostic tests/interpretations to bill their local carrier for these services.

Cont. on next page

Laboratorio

También instruye a los contratistas a revocar cualquier número de identificación de proveedor (PIN por sus siglas en inglés) expedido previamente con la intención de permitir a los IDTFs que están físicamente localizados fuera de la jurisdicción del contratista a facturar y ser pagados bajo el MPFS, por pruebas de diagnóstico compradas y sus interpretaciones.

A partir del 25 de enero de 2005, y hasta nuevo aviso, los médicos y suplidores deben facturarle a su contratista local por todas las pruebas diagnósticas y sus interpretaciones, sin importar la ubicación del servicio fue provisto.

Trasfondo

Para reclamaciones con fecha de servicio a partir de abril 1 de 2004, **los contratistas de Medicare deben usar el código postal de la localidad donde el servicio fue ofrecido** para determinar tanto la jurisdicción del contratista que procesará la reclamación, como la localidad de pago correcta para cualquier servicio pagado bajo el MPFS [refiérase al Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Capítulo 1, Sección 10.1.1]. Las pruebas diagnósticas y sus interpretaciones se pagan bajo el MPFS y por tanto están sujetas a las mismas reglas de pago que todos los demás servicios pagaderos bajo el MPFS.

Los laboratorios, los médicos y los IDTFs pueden facturar por las pruebas diagnósticas compradas y sus interpretaciones, pero bajo las reglas de pago actuales de jurisdicción del contratista, estos suplidores deben facturar la prueba comprada o su interpretación al contratista que tiene jurisdicción sobre la localidad geográfica donde la prueba o el servicio se proveen.

Desde el 1 de abril de 2004, fecha de la implementación por los contratistas de los éditos para hacer cumplir las reglas de tarifas por jurisdicción, los Centros de Servicio Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en

Laboratory

It also instructs carriers to revoke any previously issued provider identification numbers (PINs) used to allow IDTFs physically located outside of the carrier's jurisdiction to bill and be paid for purchased diagnostic tests/interpretations payable under the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS).

Effective January 25, 2005, and until further notice, physicians/suppliers must bill their local carrier for all purchased diagnostic tests and interpretations, regardless of the location where the service was actually furnished.

Background

*Effective for claims with dates of service on or after April 1, 2004, **Medicare carriers must use the zip code of the location where the service was rendered** to determine both the carrier jurisdiction for processing the claim and the correct payment locality for any service paid under the MPFS (see the Medicare Claims Processing Manual (Pub.100-04), Chapter 1, Section 10.1.1). Diagnostic tests and their interpretations are paid under the MPFS, and are therefore subject to the same payment rules as all other services paid under the MPFS.*

Laboratories, physicians, and IDTFs may bill for purchased tests and interpretations, but under the current carrier jurisdictional pricing rules, these suppliers must bill the purchased test or interpretation to the carrier that has jurisdiction over the geographic location where the test or service is performed.

Since the implementation of carrier jurisdictional pricing edits on April 1, 2004, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has received reports that, due to

Cont. on next page

Laboratorio

inglés) han recibido informes que, debido a las actuales restricciones de suscripción, **algunos** médicos y suplidores que compran pruebas diagnósticas y sus interpretaciones, no pueden recibir reembolso por estos servicios cuando los mismos son provistos fuera de la **jurisdicción** del contratista local.

Este artículo y el CR relacionado 3630, atienden estos problemas al cambiar temporaneamente las reglas del contratista que le aplican a las tarifas por jurisdicción cuando se factura un servicio **diagnóstico comprado fuera del área de jurisdicción. Las reglas por jurisdicción de los contratistas para todos los demás servicios pagaderos bajo el MPFS se mantienen vigentes.**

Hasta Nuevo aviso:

- Los médicos y suplidores deben facturarle a su contratista local todas las pruebas diagnósticas compradas y sus interpretaciones, sin importar la localidad donde el servicio fue realizado.
- El médico y el suplidor que factura debe:
 - Asegurarse que el médico o suplidor que administró la prueba comprada y su interpretación está suscrito con Medicare y que mantiene su estatus de “good standing” (por ejemplo, el médico/suplidor no ha sido sancionado, suspendido o de otra forma excluido de participar en el programa de Medicare).
 - Ser responsable de cualquier arreglo de facturación entre la entidad que compra y la entidad que provee el servicio.

Nota: LA OFICINA DEL INSPECTOR GENERAL (OIG POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) MANTIENE UNA BASE DE DATOS CON INFORMACIÓN CONCERNIENTE A LAS PARTES QUE ESTÁN EXCLUIDAS DE PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE MEDICARE, MEDICAID U OTRO PROGRAMA FEDERAL DE SALUD. LA BASE DE DATOS DE EXCLUSIONES DEL OIG ESTÁ DISPONIBLE AL PÚBLICO EN EL SITIO WEB DEL OIG EN EL SIGUIENTE ENLACE: www.oig.hhs.gov/fraud/exclusions.html. LOS MÉDICOS Y SUPLIDORES PUEDEN ACCEDER ESTA BASE DE DATOS O UTILIZAR OTRA FUENTE DISPONIBLE, PARA DETERMINAR SI OTRO SUPLIDOR ES ELEGIBLE PARA PARTICIPAR CON MEDICARE ANTES DE FACTURAR POR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMPRADAS Y SUS INTERPRETACIONES.

Laboratory

*current enrollment restrictions, **some** physicians/suppliers purchasing diagnostic tests/interpretations are unable to receive reimbursement for these services when the services are performed outside of their local carrier’s **jurisdiction.***

*This article and related CR3630 address these reported problems by temporarily changing the carrier jurisdictional pricing rules that apply when billing for an out-of-jurisdiction area purchased **diagnostic service. Carrier jurisdictional pricing rules for all other services payable under the MPFS remain in effect.***

Until further notice

- *Physicians/suppliers must bill their local carrier for all purchased diagnostic tests/interpretations, regardless of the location where the service was furnished*
- *The billing physician/supplier must:*
 - *Ensure that the physician/supplier that furnished the purchased test/interpretation is enrolled with Medicare, and is in good standing (i.e., the physician/supplier is not sanctioned, barred, or otherwise excluded from participating in the Medicare program); and*
 - *Be responsible for any existing billing arrangements between the purchasing entity and the entity providing the service.*

NOTE: THE OFFICE OF INSPECTOR GENERAL (OIG) MAINTAINS A DATABASE OF INFORMATION CONCERNING PARTIES THAT ARE EXCLUDED FROM PARTICIPATION IN THE MEDICARE, MEDICAID, OR OTHER FEDERAL HEALTH PROGRAMS. THE OIG EXCLUSIONS DATABASE IS AVAILABLE TO THE PUBLIC ON THE OIG WEB SITE AT THE FOLLOWING ADDRESS: www.oig.hhs.gov/fraud/exclusions.html. PHYSICIANS/SUPPLIERS MAY ACCESS THIS DATABASE, OR USE ANOTHER AVAILABLE SOURCE, TO DETERMINE WHETHER ANOTHER SUPPLIER IS ELIGIBLE TO PARTICIPATE WITH MEDICARE PRIOR TO BILLING FOR A PURCHASED DIAGNOSTIC TEST OR INTERPRETATION.

Cont. on next page

Laboratorio

Quando se factura por un servicio diagnóstico comprado fuera de la jurisdicción, los médicos y suplidores deben usar su propio PIN y deben informar la dirección local de sus facilidades en el área destinada para eso en la reclamación. (Para estos servicios solamente, el lugar de servicio es considerado la localidad del médico o el suplidor que factura, y no la localización en donde el servicio fue provisto. El médico o suplidor debe usar la misma dirección informada para la porción de servicio que realizó cuando informe la dirección de la parte comprada de la prueba.)

Al someter reclamaciones en papel (formulario CMS-1500), los médicos y suplidores que facturan a su contratista local por concepto de pruebas compradas y sus interpretaciones que fueron realizadas fuera de la jurisdicción del contratista, deben informar su nombre utilizando su propio PIN para facturar ambas, la porción comprada de la prueba y la porción de la prueba que realizaron. Cuando se factura por una interpretación comprada, el médico o el suplidor que factura **no debe** informar el PIN del médico que realizó la interpretación en el encasillado 19 del formulario de reclamación. En su lugar, el médico o el suplidor que factura debe mantener un récord del nombre y la dirección del médico que realiza la interpretación comprada y someterlo al contratista de Medicare de solicitársele. Además, cuando se factura por una prueba o por una interpretación, el médico o el suplidor que compra los servicios debe indicar la dirección de esa porción del servicio que realizó como la dirección donde el servicio comprado fue realizado. Esto se informa en el encasillado 32 del formulario de reclamación CMS-1500.

Al someter una reclamación por un servicio comprado en el formulario CMS-1500, recuerde que el médico o el proveedor que factura debe marcar "YES" en el encasillado 20 ó continuar facturando los componentes técnicos y profesionales en formularios de facturación por separado.

Laboratory

When billing for an out-of-jurisdiction purchased diagnostic service, physicians/suppliers must use their own PIN to bill for the service and must report their local facility address in the service facility location area of the claim. (For these services only, the place of service is deemed to be the billing physician's/supplier's location, rather than the location where the service was actually performed. The billing physician/supplier should use the same address reported for the portion of the service that the physician/supplier performed when reporting the address for the purchased portion of the test.)

When submitting paper claims (form CMS-1500), physicians/suppliers billing their local carrier for a purchased test/interpretation performed outside of the carrier's jurisdiction must report their name and use their own PIN to bill both the purchased portion of the test and the portion of the test that they performed.

*When billing for a purchased interpretation, the billing physician/supplier should **not** report the PIN of the physician who performed the interpretation in item 19 of the claim. Instead, the billing physician/supplier must maintain a record of the name and address of the physician performing the purchased interpretation and supply it to the Medicare carrier upon request. In addition, when billing for the test/interpretation, the purchasing physician/supplier must enter the address of that portion of the service they actually performed as the address where the purchased service was performed in block 32 of the CNMS-1500 claim form.*

When submitting a claim for a purchased service on the form CMS-1500, remember that the billing physician/supplier must check box 20 "Yes" or continue to bill for the technical and professional components on separate claim forms.

Cont. on next page

Laboratorio

Cuando se someten reclamaciones electrónicas (ANSI X12 837, versión 4010A) los médicos y suplidores que facturan por pruebas compradas o sus interpretaciones realizadas fuera de la jurisdicción del contratista deben informar su nombre y su PIN para facturar por los servicios diagnósticos comprados. El médico o el suplidor que factura debe continuar informando el cualificador "1C" ("Medicare Provider Number") en el segmento de referencia para identificación del "loop" 2310C ("Purchased Service Provider Secondary ID").

Cuando se informa el segmento 2400 PS1 (Purchased Service Information) del formato 837, los médicos y los suplidores que facturan deben informar su propio PIN. El identificador de referencia sometido en el segmento REF02 del "loop" 2310C también debe ser el PIN del médico o el suplidor que factura, **no** el PIN del médico o suplidor que en efecto prestó el servicio.

Además, el médico o suplidor que factura debe entrar como lugar de la instalación donde se llevó a cabo el servicio, la **misma** dirección del lugar donde se realizó la parte no comprada de la prueba. Entre esta dirección en el campo apropiado del lugar de la facilidad del servicio (Service Facility Location Loop 2310D para el nivel de la reclamación ó 2420 para el nivel de línea en la reclamación).

También, el médico o suplidor que le factura a un contratista por una prueba diagnóstica comprada, debe continuar informando la cantidad que el médico o el suplidor cobró, incluyendo cualquier descuento. (Los laboratorios independientes están exentos de informar la cantidad cobrada por exámenes comprados.)

Cuando se factura por un servicio diagnóstico comprado dentro del área geográfica de servicio del contratista, el médico o el suplidor deben continuar observando las guías existentes para informar la localidad donde el servicio fue realizado.

Se le orienta a los médicos y suplidores que:

Laboratory

When using electronic claims submissions (ANSI X12 837, version 4010A) physicians/suppliers billing for the purchased test/interpretation performed outside their carrier's jurisdiction must report their name and their PIN to bill for the purchased diagnostic service. The billing physician/supplier should continue to report the 1C qualifier (Medicare Provider Number) in the reference identification segment of the 2310C (Purchased Service Provider Secondary ID) loop.

*When reporting the 2400 PS1 segment (Purchased Service Information) of the 837 format, billing physicians/suppliers must report their own PIN. The reference identifier entered in the REF02 segment of the 2310C loop must also be the PIN of the billing physician/supplier, **not** the PIN of the physician/supplier who actually performed the service.*

*In addition, the billing physician/supplier must enter as the service facility location the **same** address as the location where they performed the non-purchased portion of the test. Enter this address in the appropriate service facility location (Service Facility Location Loop 2310D for claim level or 2420C for the line level on the claim).*

Also, a physician/supplier billing a carrier for a purchased diagnostic test must continue to report on the claim the amount that the physician/supplier charged, net of any discounts. (Independent laboratories are exempt from reporting the amount charged for purchased tests.)

When billing for a diagnostic service purchased within the local carrier's geographical service area, the physician/supplier must continue to follow existing guidelines for reporting the location where the service was furnished.

Physicians/suppliers are advised that:

Cont. on next page

Laboratorio

- Deben facturarle a su contratista local por las pruebas diagnósticas compradas y sus interpretaciones y que no podrán utilizar PINs otorgados por contratistas fuera de la jurisdicción para facturar por estos servicios luego de pasar 14 días de recibir notificación del contratista; y
- No serán penalizados cuando cambien el lugar de la facilidad de servicio en la reclamación (aún si el lugar informado en la reclamación no corresponde al lugar donde se brindó el servicio).
- No deben utilizar ningún PIN otorgado previamente a cualquier suplidor que está físicamente localizado fuera de la jurisdicción del contratista, para que tal suplidor pueda facturar y se le pague por servicios diagnósticos comprados pagaderos bajo el MPFS. En particular, esto incluye a Laboratorios Clínicos Independientes [Tipo de especialidad 69].

Los contratistas de Medicare aceptarán y procesarán reclamaciones sometidas por suplidores (incluyendo radiólogos, médicos e IDTFs) suscritos en la jurisdicción del contratista basado en el código postal entrado en la reclamación, sin importar en donde fue que realmente se brindó el servicio. Los suplidores que facturan por concepto de pruebas diagnósticas compradas y sus interpretaciones deben satisfacer todos los otros criterios de suscripción y deben ser elegibles a facturar por el componente comprado de la prueba.

Si su contratista determina (durante el proceso de evaluación de reclamaciones) que el servicio fue brindado en una localidad distinta a la dirección indicada en la reclamación, el contratista no afectará al médico/suplidor por tal discrepancia, ni tampoco podrá denegar el pago de la reclamación por esta razón.

Nota: PARA PROPÓSITOS DE AUDITORIA, LOS MÉDICOS/SUPLIDORES DEBEN MANTENER Y PROVEER, DE SOLICITÁRSELES, DOCUMENTACIÓN DE APOYO QUE DEMUESTRE QUE LA PRUEBA Y LA INTERPRETACIÓN FUERON COMPRADAS Y QUE DOCUMENTE LA LOCALIDAD DONDE EL SERVICIO FUE REALIZADO.

Laboratory

- *They must bill their local carrier for purchased diagnostic tests/interpretations, and they may no longer use, effective 14 days after receiving notification from the carrier, PINs issued in out-of-jurisdiction carrier sites to bill for these services; and*
- *They will not be penalized when they change the service facility location on the claim (even if the location reported on the claim does not correspond with the location where the service was actually performed).*
- *They should not use any PINs previously issued to any supplier that is physically located outside of the carrier's jurisdiction in order for such supplier to bill and be paid for purchased diagnostic services payable under the MPFS. In particular, this includes independent clinical diagnostic laboratories [Specialty Type "69"].*

Medicare carriers will accept and process claims billed by suppliers (including radiologists, physicians, and IDTFs) enrolled in the carrier's jurisdiction based on the zip code entered on the claim, regardless of where the service was actually furnished. Suppliers billing for purchased diagnostic tests/interpretations must meet all other enrollment criteria, and must be eligible to bill for the purchased component of the test.

If your carrier determines (during the claims review process) that the service was performed at a location other than the service facility address entered on the claim, the carrier must hold the physician/supplier harmless for this discrepancy, and may not deny the claim on this basis.

NOTE: FOR AUDIT PURPOSES, PHYSICIANS/SUPPLIERS MUST MAINTAIN, AND PROVIDE UPON REQUEST, SUPPORTING DOCUMENTATION DEMONSTRATING THAT THE TEST/INTERPRETATION WAS PURCHASED, AND DOCUMENTING THE LOCATION WHERE THE SERVICE WAS PERFORMED.

Cont. on next page

Laboratorio

Finalmente, los contratistas no reabrirán reclamaciones, pero le permitirán a los médicos y suplidores someterlas nuevamente bajo esta política revisada. Esto aplicará donde tales reclamaciones fueron denegadas debido a problemas con la facturación de servicios comprados fuera de la jurisdicción. Tales reclamaciones pueden ser sometidas nuevamente al contratista local para procesamiento, pero deben ser sometidas dentro de las fechas límites establecidas para someter reclamaciones.

Implementación

La fecha de implantación para este cambio es el 25 de enero de 2005.

Información Adicional

La instrucción oficial emitida a los contratistas sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp.

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

Laboratory

Finally, carriers will not reopen claims, but will allow physicians/suppliers to resubmit claims under this revised policy, where such claims were denied due to problems with billing out-of-jurisdiction purchased services. Such claims may be resubmitted to the local carrier for processing, but they must be filed within the time limits established for timely filing of claims.

Implementation

The implementation date for this change is January 25, 2005.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/pm_trans/R415CP.pdf

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

Pub. MM3630 / Trans. 415 / CR-3630/ 05-26-05 / ML RRC

CAMBIOS A LA APLICACIÓN COMPUTADORIZADA PARA EDITOS DEL NCD DE LABORATORIO CLÍNICOS PARA JULIO DE 2005

Nota: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 12 DE MAYO DE 2005, PARA CORREGIR LA DIRECCIÓN EN EL INTERNET PARA ACCEDER EL MANUAL DE PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES DE MEDICARE.

Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos Diagnósticos que facturan a Contratistas o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

La petición de cambio (CR por sus siglas en inglés) 3806 anuncia cambios a la lista de códigos incluidos en la actualización de julio del 2005 del módulo para éditos de las Determinaciones de

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

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON MAY 12, 2005, TO CORRECT THE WEB ADDRESS FOR THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL.

Provider Types Affected

Clinical diagnostic laboratories billing Medicare carriers or Fiscal Intermediaries (FIs)

Provider Action Needed

CR 3806 announces changes to the list of codes included in the July 2005 release of the Medicare Laboratory National Coverage Determination (NCD) edit module for clinical

Cont. on next page

Laboratorio

Cubierta Nacional de Medicare (NCD por sus siglas en inglés) para Laboratorios Clínicos. Estos cambios son el resultado de un análisis de codificación completado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés).

Trasfondo

Las NCD para servicios de laboratorios clínicos diagnósticos fueron desarrolladas por el comité de reglas negociadas de laboratorio y publicadas como reglamentación final el 23 de noviembre de 2001. Una aplicación computarizada uniforme nacional fue desarrollada por la Corporación de Ciencias de Cómputos e incorporada en los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare, de manera que las reclamaciones de laboratorio sujetas a cualquiera de las 123 NCD se procesaran de manera uniforme a partir del 1ro de enero de 2003 a través de la nación.

Además, según sea necesario, el módulo de éditos del NCD para laboratorios clínicos se actualiza trimestralmente para reflejar las actualizaciones ministeriales de codificación y cambios sustantivos a los NCD desarrollado a través del proceso de NCD. (Ver el Manual de Medicare para Procesamiento de Reclamaciones, Pub. 104, Capítulo 16, Sección 120.2. Este manual puede encontrarse en el siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp).

El CR 3806 anuncia los cambios que estarán incluidos en la actualización del módulo de éditos de julio del 2005 para servicios de laboratorios clínicos diagnósticos. Los cambios son como siguen:

- De acuerdo al análisis de codificación publicado en el sitio de cubierta del Internet el 23 de noviembre de 2004, (véase <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=138>), CMS está añadiendo el código de diagnóstico ICD-9-CM 733.02, Idiopathic osteoporosis, a la lista de "Códigos de ICD-9-CM Cubiertos por Medicare" para el NCD de pruebas para tiroides.

Laboratory

diagnostic laboratory services. These changes are a result of coding analysis completed by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Background

The NCD for clinical diagnostic laboratory services were developed by the laboratory negotiated rulemaking committee and published as a final rule on November 23, 2001. Nationally uniform software was developed by Computer Sciences Corporation and incorporated into Medicare claim processing systems so that laboratory claims subject to any of the 23 NCD are processed uniformly throughout the nation, effective January 1, 2003.

In addition, the laboratory edit module for the NCD is updated quarterly as necessary to reflect ministerial coding updates and substantive changes to the NCD developed through the NCD process. (See the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4, Chapter 16, Section, 120.2. This manual may be found at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/104_claims/clm104index.asp

CR 3806 announces the changes that will be included in the July 2005 release of the edit module for clinical diagnostic laboratory services. Those changes are as follows:

- *In accordance with the coding analysis published on the coverage Internet site on November 23, 2004 (See <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=138>), CMS is adding ICD-9-CM code 733.02, Idiopathic osteoporosis, to the list of "ICD-9-CM Codes Covered by Medicare" for the thyroid testing NCD.*

Cont. on next page

Laboratorio

- De acuerdo al análisis de codificación publicado en el sitio de cubierta del Internet el 14 de marzo de 2005, (véase <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=146>), CMS está añadiendo el código de diagnóstico ICD-9-CM 156.0, Malignant neoplasm of the gallbladder y el código 156.2, Malignant neoplasm of the Ampulla of Vater, a la lista de “Códigos de ICD-9-CM Cubiertos por Medicare” para el NCD del antígeno de tumor por inmunoensayo CA 19-9.
- De acuerdo al análisis de codificación publicado en el sitio de cubierta del Internet el 14 de marzo de 2005, (véase <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=147>), CMS está eliminando el código de diagnóstico 784.69, Other symbolic dysfunction, de la lista de “Códigos de ICD-9-CM Cubiertos por Medicare” para el NCD del panel de hepatitis.
- De acuerdo al análisis de codificación publicado en el sitio de cubierta del Internet el 17 de marzo de 2005, (véase <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=149>), CMS está añadiendo el código de diagnóstico 789.39, Abdominal or pelvic swelling, mass or lump of other specified site, a la lista de “Códigos de ICD-9-CM Cubiertos por Medicare” para el NCD de antígeno de tumor por inmunoensayo CA 125.
- De acuerdo al análisis de codificación publicado en el sitio de cubierta del Internet el 17 de marzo de 2005, (véase <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=150>), CMS está añadiendo los códigos de diagnóstico V77.1, Special screening for diabetes mellitus, V81.0, Special screening for ischemic heart disease, V81.1, Special screening for hypertension, and V81.2, Special screening for other an unspecified cardiovascular conditions, a la lista de “Códigos de ICD-9-CM que no Apoyan la Necesidad Médica” para el NCD de conteo de sangre.

Laboratory

- *In accordance with the coding analysis published on the coverage Internet site on March 14, 2005 (See <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=146>), CMS is adding diagnosis code 156.0, Malignant neoplasm of the gallbladder, and code 156.2, Malignant neoplasm of the Ampulla of Vater, to the list of “ICD-9-CM Codes Covered by Medicare” for the tumor antigen by Immunoassay CA 19-9 NCD.*
- *In accordance with the coding analysis published on the coverage Internet site on March 14, 2005 (See <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=147>), CMS is deleting diagnosis code 784.69, Other symbolic dysfunction, from the list of “ICD-9-CM Codes Covered by Medicare” for the hepatitis panel NCD.*
- *In accordance with the coding analysis published on the coverage Internet site on March 17, 2005 (See <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=149>), CMS is adding diagnosis code 789.39, Abdominal or pelvic swelling, mass or lump of other specified site, to the list of “ICD-9-CM Codes Covered by Medicare” for the tumor antigen by Immunoassay CA 125 NCD.*
- *In accordance with the coding analysis published on the coverage Internet site on March 17, 2005 (See <http://cms.hhs.gov/mcd/viewdecisionmemo.asp?id=150>), CMS is adding diagnosis codes V77.1, Special screening for diabetes mellitus, V81.0, Special screening for ischemic heart disease, V81.1, Special screening for hypertension, and V81.2, Special screening for other an unspecified cardiovascular conditions, to the list of “ICD-9-CM Codes That Do Not Support Medical Necessity” for the blood counts NCD.*

Cont. on next page

Laboratorio

Implantación

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

Información Adicional

La instrucción oficial emitida a los contratistas sobre este cambio la puede encontrar en: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Desde esa página busque en la columna CR NUM a la derecha y presione en el archivo del CR deseado.

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

Laboratory

Implementation Date

The implementation date for these changes is July 5, 2005.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/FI regarding these changes at: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3806 in the CR NUM column on the right, and then click on the file for that CR.

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

Pub. MM3806 / Trans. 534 / CR-3806/ 04-29-05 /ML RRC

Laboratorio

NUEVAS PRUEBAS CON DISPENSA APROBADAS POR LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS Y ALIMENTOS BAJO LAS ENMIENDAS DE MEJORAS DE LABORATORIO CLÍNICO (CLIA) DEL 1988

Nota: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 23 DE AGOSTO DE 2005 PARA CORREGIR LA FECHA DE VIGENCIA DE LA DISPENSA DEL CÓDIGO 83721QW PARA HACER LAS PRUEBAS PARA LA LIPOPROTEÍNA DE BAJA DENSIDAD (LDL, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), DEL 21 DE MARZO DE 2005 AL 25 DE MARZO DE 2005.

Proveedores Afectados

Proveedores/suplidores facturando servicios a los contratistas de Medicare

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo incluye información del (CR) 3984 el cual le informa a los contratistas de Medicare de nuevas pruebas otorgadas dispensa bajo CLIA por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

Lo Que Necesita Saber

Ya que estas pruebas son mercadeadas inmediatamente luego de su aprobación, los contratistas de Medicare necesitan estar concientes de estas nuevas pruebas y actualizar sus archivos para que sus reclamaciones puedan ser procesadas correctamente.

Lo Que Necesita Hacer

Ver la Sección de Trasfondo de este artículo para más detalles sobre estas nuevas pruebas con dispensa.

Trasfondo

Las regulaciones de las Enmiendas de Mejoras de Laboratorio Clínico (CLIA, por sus siglas en inglés) del 1988 requieren que una facilidad esté propiamente certificada para cada prueba realizada. Para asegurar que Medicare y Medicaid paga únicamente por pruebas de laboratorio clasificadas con complejidad de dispensa bajo CLIA dentro de

Laboratory

NEW WAIVED TESTS APPROVED BY THE FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (FDA) UNDER CLINICAL LABORATORY IMPROVEMENT AMENDMENTS (CLIA) OF 1988

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON AUGUST 23, 2005 TO CORRECT THE DATE AS OF WHEN THE NEW WAIVED CODE 83721QW HAS BEEN ASSIGNED FOR LDL CHOLESTEROL TESTING, FROM MARCH 21, 2005 TO MARCH 25, 2005.

Provider Types Affected

Providers/suppliers billing services to Medicare carriers

Provider Action Needed

This article includes information from Change Request (CR) 3984 which informs Medicare carriers of new tests granted waived status under CLIA by the FDA.

hat You Need to Know

Since these tests are marketed immediately after their approval, Medicare carriers need to be aware of these new tests and update their files so your claims can be accurately processed.

What You Need to Do

See the Background Section of this article for more details regarding these new waived tests.

Background

The Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) regulations require a facility to be appropriately certified for each test performed. To ensure that Medicare & Medicaid pay only for laboratory

Cont. on next page

Laboratorio

facilidades con un Certificado de Dispensa de CLIA, las reclamaciones de los laboratorios están actualmente editadas en el nivel de certificado de CLIA.

La petición de cambio (CR, por sus siglas en ingles) 3984 notifica a los contratistas de Medicare sobre las nuevas pruebas con dispensa cubiertas bajo CLIA las cuales fueron aprobadas por la FDA. Los contratistas de Medicare actualizarán sus archivos para incluir las nuevas pruebas otorgadas estatus de dispensa bajo CLIA, y el CR 3984 incluye la lista completa de estas pruebas como un anejo. Para revisar este documento adjunto, favor de referirse a la instrucción oficial emitida a su contratista en la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. Una vez esté en la dirección, refiérase al CR 3984 en la columna de CR a mano derecha, y oprima el archivo de este.

Las pruebas más recientes aprobadas por el FDA como pruebas exentas bajo CLIA están enumeradas más abajo. Los nuevos Códigos de Procedimientos **Actuales** (CPT, por sus siglas en inglés) para las nuevas pruebas en la siguiente tabla deben de tener **el modificador QW para ser reconocidas como pruebas de dispensa.**

CPT Code/Modifier	Effective Date	Description
86318QW	December 9, 2004	Germaine Laboratories, Aimstep H. pylori {whole blood}
87807QW	January 28, 2005	Binax Now RSV Test (K032166/A005)
81003QW	February 18, 2005	Physician Sales & Service, Inc. PSS Select Urine Analyzer
87880QW	March 8, 2005	McKesson Medi-Lab Performance Strep A Test Dipstick
86308QW	March 8, 2005	Clearview Mono-Plus II
86318QW	March 8, 2005	Wampole Laboratories Clearview H. pylori II (finger stick or whole blood)
87899QW	March 16, 2005	Genzyme OSOM Trichomonas Rapid Test
86308QW	March 16, 2005	McKesson Medi-lab Performance Infectious Mononucleosis Test
83721QW	March 25, 2005	Polymer Technology Systems Cardiochek PA Analyzer
87880QW	April 21, 2005	Biotechnostix Rapid Response Strep A Rapid Test Strip
87880QW	April 21, 2005	Biotechnostix Rapid Response Strep A Rapid Test Device
87880QW	April 21, 2005	RAC Medical Clarity Strep A Rapid Test Strips
80101QW	June 3, 2005	Acon One Step Multi-Drug, Multi-Line Screen Test Device (Professional Use)

NOTA: LAS PRUEBAS MENCIONADAS EN LA PRIMERA PÁGINA DEL ANEJO INCLUIDA CON EL CR 3984 (EJEMPLO: CÓDIGOS CPT 81002, 81025, 82270, G0107, 82962, 83026, 84830, 85013, Y 85651) NO REQUIEREN DE UN MODIFICADOR QW PARA SER RECONOCIDO COMO PRUEBA DE DISPENSA.

Laboratory

tests categorized as waived complexity under CLIA in facilities with a CLIA certificate of waiver, laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level.

Change Request (CR) 3984 notifies Medicare carriers of the new waived CLIA covered tests which were approved by the FDA. Medicare carriers will update their files to include the new tests granted waived status under CLIA, and CR3984 includes the complete list of these tests as an attachment. To review the attachment to CR3984, please see the official instruction issued to your carrier by going to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp. From that web page, look for CR 3984 in the CR column on the right, and click on the file for that CR.

The latest tests approved by the FDA as waived tests under the CLIA are listed below. **The Current Procedural Terminology (CPT) codes for the new tests in the following table must have the modifier QW to be recognized as a waived test.**

NOTE: THE TESTS MENTIONED ON THE FIRST PAGE OF THE ATTACHMENT INCLUDED WITH CR3984 (I.E., CPT CODES: 81002, 81025, 82270, G0107, 82962, 83026, 84830, 85013, AND 85651) DO NOT REQUIRE A QW MODIFIER TO BE RECOGNIZED AS A WAIVED TEST.

Cont. on next page

Laboratorio

También Debes Notar Lo Siguiente

- El nuevo código con dispensa 83721QW ha sido asignado para pruebas del colesterol LDL realizada utilizando el analizador “Polymer Technology Systems Cardiochek PA Analyzer” desde el 25 de marzo de 2005; y
- El nuevo código exento 87899QW ha sido asignado para pruebas de tricomonas realizada utilizando la prueba “Genzyme OSOM Trichomonas Rapad Test” desde el 16 de marzo de 2005.

Para estas dos pruebas, su contratista no hará una búsqueda en sus archivos ni para 1) recuperar pagos ó 2) pagar reclamaciones retroactivamente. De cualquier modo, los contratistas deben de ajustar las reclamaciones si la trae a su atención.

Implementación

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

Información Adicional

Para detalles más completos, favor de referirse a la instrucción oficial emitida a la siguiente dirección electrónica: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp bajo el portal electrónico de CMS.

Bajo esta última dirección busca el CR 3984 en la columna de CR localizada a mano derecha y oprime en el archivo para dicho CR.

Si tienes preguntas, favor de comunicarte con nosotros al 1-877-715-1921.

Laboratory

Also note the following:

- New waived code **83721QW** has been assigned for LDL cholesterol testing performed using the Polymer Technology Systems Cardiochek PA Analyzer as of March 25, 2005; and
- New waived code **87899QW** has been assigned for Trichomonas testing performed using the Genzyme OSOM Trichomonas Rapid Test as of March 16, 2005.

For these two tests, your carrier will not search their files to 1) either retract payment or 2) retroactively pay claims. However, your carriers should adjust claims if you bring the claims to their attention.

Implementation

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

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued by going to http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp on the CMS web site.

From that web page look for CR 3984 in the CR column on the right, then click on the file for that CR.

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

CR3984/August 5, 2005/CF

Centro de Enfermería Especializada

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE OCTUBRE 2005 A LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA (FC) DEL CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Nota: ESTE ARTÍCULO FUE REVISADO EL 15 DE AGOSTO DE 2005, PARA AÑADIR INFORMACIÓN LA CUAL FUE INADVERTIDAMENTE ELIMINADA DEL ARTÍCULO ORIGINAL Y PARA CLARIFICAR EL MARGEN DE TIEMPO DURANTE EL CUAL LAS RECLAMACIONES ENVIADAS FUERON PROCESADAS INCORRECTAMENTE.

Proveedores Afectados

Médicos que proveen servicios profesionales de escán de Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés) a pacientes de Centros de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) afectados por la facturación consolidada del CEE (Centro de Enfermería Especializada).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Medicare estableció los códigos HCPCS, por sus siglas en inglés), 78459, 78491, 78492, 78608, 78811, 78812, 78813, 78814, 78815, y 78816 para escán de Tomografía por Emisión de Positrones para fechas de servicio del 28 de enero de 2005 en adelante. El componente profesional médico de estos servicios puede ser pagado individualmente fuera de la facturación consolidada de los CEE. Estos códigos serán añadidos para editarse el 3 de octubre de 2005.

Lo Que Debería Saber

Desde el 18 de abril de 2005, tu contratista de Medicare puede que no te haya pagado correctamente por estos servicios, pero el mismo ajustará las reclamaciones comenzando el 3 de octubre de 2005 si las traes a su atención.

Lo Que Necesita Hacer

Si has recibido denegaciones por este tipo de servicio luego del 18 de abril de 2005, por reclamaciones con fecha de servicio del 28 de enero de 2005 hasta el 2 de octubre de 2005, contacta a tu contratista para que te ajusten dichas reclamaciones.

Skilled Nursing Facility

OCTOBER 2005 QUARTERLY UPDATE TO SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB)

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON AUGUST 15, 2005, TO ADD LANGUAGE THAT WAS INADVERTENTLY DELETED FROM THE ORIGINAL ARTICLE AND TO CLARIFY THE TIMEFRAMES DURING WHICH CLAIMS AFFECTED BY THE ISSUE WERE PROCESSED INCORRECTLY.

Provider Types Affected

Physicians providing Positron Emission Tomography (PET) scan professional component services to SNF patients affected by SNF CB.

Provider Action Needed

Medicare established HCPCS codes, 78459, 78491, 78492, 78608, 78609, 78811, 78812, 78813, 78814, 78815, and 78816 for Positron Emission Tomography (PET) scans effective for dates of service on or after January 28, 2005. The physician professional component of these services may be paid separately outside of SNF CB. These codes will be added to editing on October 3, 2005.

What You Need to Know

Since April 18, 2005, your Medicare carrier may not have paid you correctly for these services, but the carrier will adjust the claims on or after October 3, 2005 if you bring such claim(s) to your carrier's attention.

What You Need to Do

Should you have received a denial for these services after April 18, 2005, for claims with dates of service on after January 28, 2005, through October 2, 2005, contact your carrier to have those claims adjusted.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Trasfondo

Los códigos de HCPCS afectados son los siguientes:

- 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 (e.g., chest, head/neck)
- 78812 Tumor imaging, positron emission tomography (PET); skull 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 (e.g., 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

Fecha de Implementación

Este cambio será efectuado a los sistemas de Medicare el 3 de octubre de 2005.

Skilled Nursing Facility

Background

The affected HCPCS codes are as follows:

- 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 (e.g., chest, head/neck)
- 78812 Tumor imaging, positron emission tomography (PET); skull 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 (e.g., 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

Implementation Date

This change will be made to Medicare systems on October 3, 2005.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Información Adicional

Para detalles más completos, favor de consultar la instrucción oficial emitida por el contratista con respecto a este cambio. Esta instrucción puede ser accedida a través de http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp bajo el portal electrónico de CMS.

Bajo esta última dirección busca el CR 4010 en la columna de CR NUM localizada a la derecha y oprime en el archivo para dicho CR.

Para más información sobre la facturación consolidada de los Centros de Enfermería Especializada, puedes referirte a la edición especial de Medlearn Matter SE 0431, "Skilled Nursing Consolidated Billing", disponible a través de <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/SE0431.pdf> bajo el portal de CMS.

Si tiene preguntas, favor de contactarnos al 1-877-715-1921.

Skilled Nursing Facility

Additional Information

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

From that web page, look for CR 4010 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

For more information on SNF CB, see Medlearn Matter Special Edition SE0431, Skilled Nursing Consolidated Billing, available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2004/SE0431.pdf> on the CMS web site.

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

Trans. 641/CR4010/August 5, 2005 Revised/CF

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

PAGOS A LOS CENTROS DE CIRUGÍA AMBULATORIA PARA EL NUEVO CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO 66711

Proveedores Afectados

Médicos y proveedores facturando a contratistas por servicios que incluyen la destrucción del cuerpo ciliar.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) omitió el incluir el nuevo código de procedimiento 66711 (destrucción del cuerpo ciliar a través de ciclo-foto coagulación endoscópica) en la lista del Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés) el 1 de enero de 2005. El código de procedimiento 66711 debió de ser incluido en la lista vigente al 1 de enero de 2005.

Lo Que Necesita Saber

Este artículo y su Petición de Cambio-CR# 3817 proveen información sobre el código de procedimiento apropiado para el tratamiento endoscópico que incluye la destrucción del cuerpo ciliar.

Lo Que Hacer

Informarse sobre la implementación de estas guías de codificación revisadas ayudaran a Medicare hacer pagos correctos y con prontitud para este nuevo procedimiento.

Trasfondo

Anualmente el panel editorial de la *American Medical Association Procedural Terminology* revisa y actualiza los códigos CPT. Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid encontraron que el código CPT 66711, destrucción del cuerpo ciliar, ciclo-foto coagulación, endoscópico, inadvertidamente no fue añadido a la lista de Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC). CMS añadió el código CPT 66711, destrucción del cuerpo ciliar, ciclo-foto coagulación, endoscópico, a la lista de procedimientos cubiertos en ASC al 1 de julio de 2005. La cubierta de este código CPT 6671 se hace retroactivo al 1 de enero de 2005.

Ambulatory Surgical Center (ASC)

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

Provider Types Affected

Physicians and providers billing carriers for services involving ciliary body destruction

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) inadvertently failed to include the new CPT code 66711 (ciliary body destruction, cyclophotocoagulation, endoscopic) in the ASC list on January 1, 2005. CPT 66711 should have been added to the list effective January 1, 2005.

What You Need to Know

This article and related CR 3817 provide information on the appropriate CPT code for endoscopic treatment involving ciliary body destruction.

What You Need to Do

Awareness of and implementation of these revised coding guidelines will help Medicare make prompt and correct payments for this procedure.

Background

On an annual basis the American Medical Association Current Procedural Terminology (CPT) Editorial Panel revises and updates the CPT codes. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) found that CPT code 66711, Ciliary body destruction, cyclophotocoagulation, endoscopic, inadvertently was not added to the Ambulatory Surgery Center (ASC) list. CMS will add CPT code 66711, Ciliary body destruction, cyclophotocoagulation, endoscopic, to the ASC list of covered procedures in the July 2005 update, with an effective date of January 1, 2005.

Cont. on next page

Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)

Previo al 1 de enero de 2005, el procedimiento formaba parte del código CPT 66710 del año 2004, destrucción del cuerpo ciliar, ciclo-foto coagulación, parecía en la lista de códigos cubiertos en ASC. El código 66710 ya existente fue revisado para incluir la destrucción del cuerpo ciliar; ciclo-foto coagulación, transescleral, y 66711 fue creado al 1 de enero de 2005.

NOTA: USTED PUEDE FACTURAR PROCEDIMIENTOS REALIZADOS ENTRE EL 1 DE ENERO DE 2005 Y EL 1 DE JULIO DE 2005 RETROACTIVAMENTE UTILIZANDO EL NUEVO CÓDIGO 66711. ESTE CÓDIGO FUE INCLUIDO EN EL GRUPO DE PAGO 2.

Para orientarse sobre la instrucción oficial con respecto a esta actualización a la lista de ASC, puede visitar la siguiente dirección: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

Dentro de esta página electrónica, busca el CR 3817 en la columna de los CR NUM a la derecha y oprime en el archivo para ese CR.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese nosotros al 1-877-715-1921.

Ambulatory Surgical Center (ASC)

Prior to January 1, 2005, the procedure was included in the 2004 CPT code 66710, Ciliary body destruction, cyclophotocoagulation that was included in the ASC list. The existing code 66710 was revised to read Ciliary body destruction; cyclophotocoagulation, transscleral and 66711 was created, effective January 1, 2005.

NOTE: YOU MAY BILL PROCEDURES PERFORMED BETWEEN JANUARY 1, 2005 AND JULY 1, 2005 RETROACTIVELY USING THE NEW CODE 66711, AND PAYMENT MAY BE MADE AT THE GROUP 2 LEVEL.

To see the official instruction regarding this update to the 2005 ASC list, go to: http://www.cms.hhs.gov/manuals/transmittals/comm_date_dsc.asp

From that web page, look for CR 3817 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.155/CR3817/May 9, 2005/CF

Contrato

RECORDATORIO SOBRE EL NPI

A los proveedores de servicios de salud se les requiere por ley que soliciten un Identificador Nacional del Proveedor (NPI por sus siglas en inglés). Para gestionar un NPI por medio de la red electrónica, visite la dirección <https://nppes.cms.hhs.gov> o llame al 1-800-465-3203 para procurar una solicitud en papel. Puede visitar la dirección www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2 para obtener la información más reciente con respecto al NPI incluyendo una transcripción de la tele conferencia reciente de Mesa Redonda para el NPI de CMS.

Enrollment

NPI REMINDER

Health care providers are required by law to apply for a National Provider Identifier (NPI). To apply online, visit: <https://nppes.cms.hhs.gov>, or call 1-800-465-3203 to request a paper application. Visit www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2 for the latest information regarding the NPI, including a transcript from CMS' recent NPI Roundtable conference call.

CF-RR-SEPTEMBER,2005

ITINERARIO PARA EL IDENTIFICADOR NACIONAL DEL PROVEEDOR - RECORDATORIO

- Desde el 23 de mayo de 2005 hasta el 2 de enero de 2006 los sistemas para el procesamiento de reclamaciones de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) aceptarán un número propietario de Medicare y rechazarán, como no procesable, cualquier archivo que incluya solamente un Identificador Nacional Del Proveedor (NPI por sus siglas en inglés).
- Desde el 3 enero de 2006 hasta el 1 octubre de 2006 los sistemas de CMS aceptarán un número propietario de Medicare o un NPI siempre y cuando el NPI esté acompañado por un número propietario de Medicare.
- Desde el 2 octubre de 2006 hasta el 22 de mayo de 2007 los sistemas de CMS aceptarán un número propietario de Medicare y un NPI. Esto permitirá de 6 a 7 meses de pruebas con los proveedores antes de que el Programa de Medicare empiece a aceptar solamente NPIs.
- A partir del 23 de mayo de 2007 los sistemas de CMS solo aceptarán NPIs.

Para solicitar un NPI visite la dirección <http://nppes.cms.hhs.gov> el la página Web de CMS. Llame al 1-800-465-3203 para solicitar un formulario para NPI en papel.

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER SCHEDULE -REMINDER

- *Between May 23, 2005 and January 2, 2006 CMS claims processing systems will accept an existing legacy Medicare number and reject, as unprocessable, any claim that includes only an NPI.*
- *Beginning January 3, 2006, and through October 1, 2006, CMS systems will accept an existing legacy Medicare number or an NPI as long as it is accompanied by an existing legacy Medicare number.*
- *Beginning October 2, 2006, and through May 22, 2007, CMS systems will accept an existing legacy Medicare number and/or an NPI. This will allow for 6-7 months of provider testing before only an NPI will be accepted by the Medicare Program on May 23, 2007.*
- *Beginning May 23, 2007 CMS systems will only accept an NPI.*

To apply for an NPI, visit: <https://nppes.cms.hhs.gov> on the CMS website. To request a paper application, call 1-800-465-3203.

RR-08-2005

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. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Alvarez Valentín, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Nestor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Davila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De Leon 11 Calla Granada Mayaguez, PR 00680	January 20, 2003
Baez López, Roberto	Calle Victor Salaberry #32 Guanica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enriquez, Jose M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamon, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, Jose L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Rio Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Baez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las Americas Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Davila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Rio Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
Garcia Medina, Benjamin A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduviges San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jimenez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	March 20, 2001
López Morales, Angel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002

Contrato**Enrollment**

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
Montañez López, Carlos W.	Optica Marbella Carr. 107 Km 1 Aguadilla, PR 00603	March 20, 2002
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quinton Coamo, PR 00769	December 20, 1998
Olivari Milán, Jose A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	December 20, 1999
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Area de Yauco Clinicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irregui Plaza 201 Rio Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Mélendez, Marcos U.	P.O. Box 999 Rio Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Diaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Rio Verde Caguas, PR 00725	August 20, 2000
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Perez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

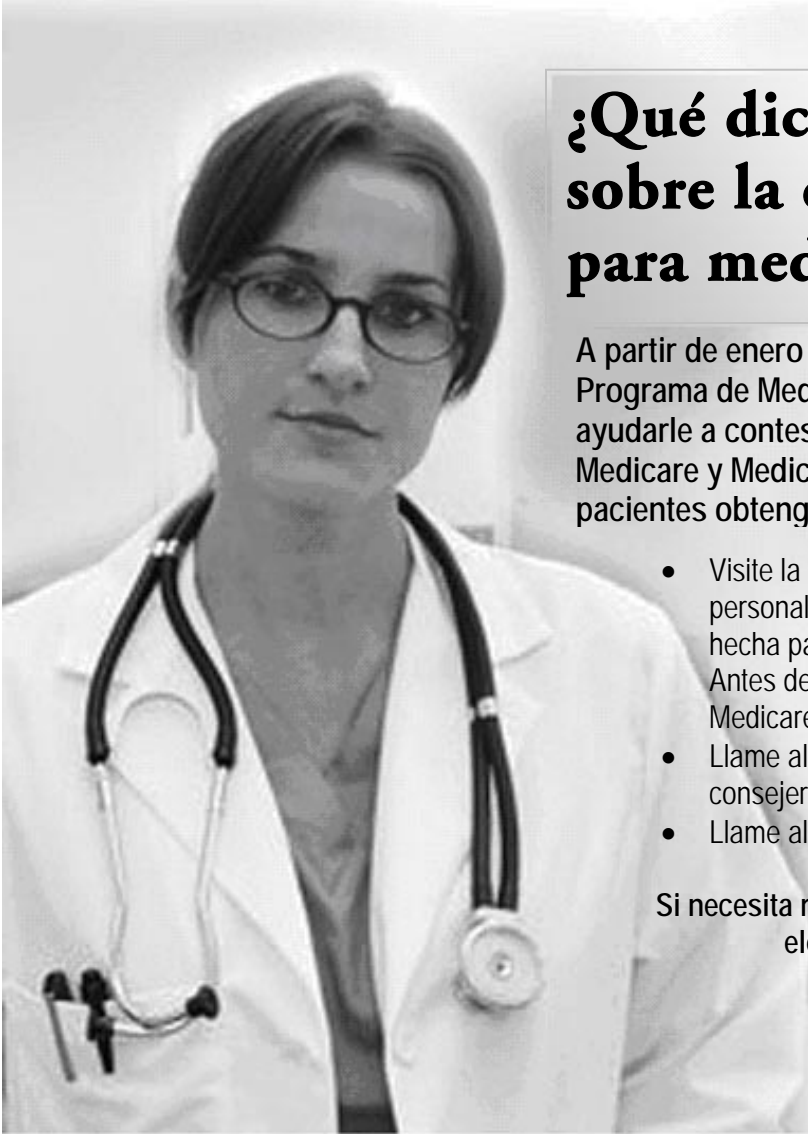
Boletín Última Hora

Para su beneficio, hemos añadido dos anuncios de servicio público sobre la nueva cubierta de medicamentos recetados del Programa Medicare.



Bulletin News Flash

For your benefit, we have added two public service announcements regarding the new Medicare Drug Prescription coverage.



¿Qué dice usted cuando le preguntan sobre la cubierta nueva de Medicare para medicamentos recetados?

A partir de enero todos sus pacientes de Medicare pueden obtener ayuda del Programa de Medicare para los gastos de medicamentos recetados. Deseamos ayudarle a contestar las preguntas que le puedan hacer sus pacientes de Medicare y Medicaid. Existen recursos locales disponibles para que sus pacientes obtengan ayuda adicional.

- Visite la dirección electrónica www.medicare.gov para obtener información personalizada a través de "Medicare Rx Plan Finder". Esta es una herramienta hecha para localizar planes de medicamentos recetados del Programa de Medicare. Antes de comenzar, sus pacientes deben tener a la mano su información de Medicare, una lista de sus medicamentos y la dirección de su farmacia local.
- Llame al 1-800-677-1116 o visite la página de www.eldercare.gov para localizar consejeros locales.
- Llame al 1-800-Medicare para hablar con un consejero.

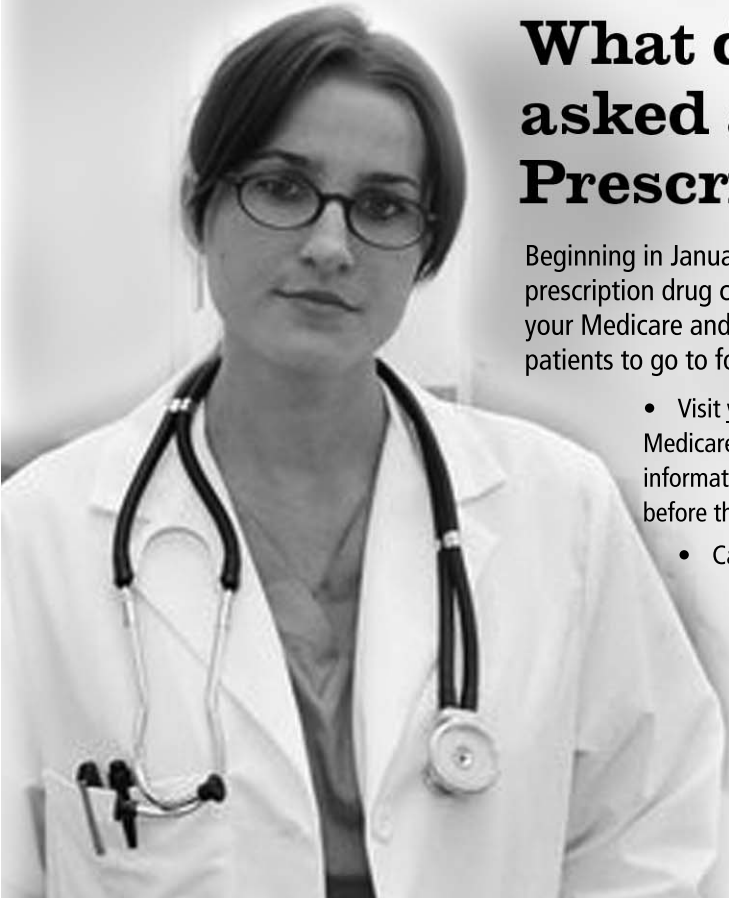
Si necesita más información para su práctica independiente, vaya a la dirección electrónica www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp.

Help is Here
24/7

1-800-MEDICARE
TTY 1-877-486-2048
www.medicare.gov

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X





What do you say when asked about new Medicare Prescription Drug Coverage?

Beginning in January all your Medicare patients can get help from Medicare with their prescription drug costs. We want to help you answer questions you might get from your Medicare and Medicaid patients. There are local resources available for your patients to go to for more help.

- Visit www.medicare.gov to get personalized information through to Medicare Rx Plan Finder. Your patients should have their Medicare information, list of medicines and address of their local pharmacy with them before they start.
- Call **1-800-677-1116** or visit www.eldercare.gov to find local counselors.
- Call **1-800-Medicare** to speak to a counselor.

If you need more information for your practice, go to www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp.

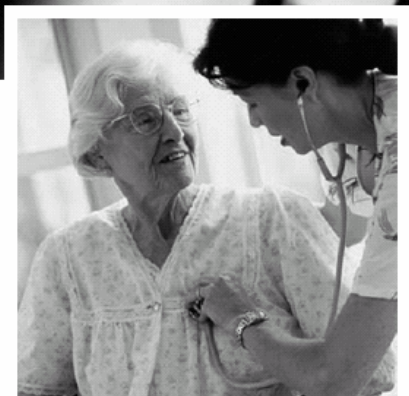
Help is Here
24/7

1-800-MEDICARE
TTY 1-877-486-2048
www.medicare.gov

MedicareRx
Prescription Drug Coverage



¿Qué dice usted cuando le preguntan sobre la cubierta nueva de Medicare para medicamentos?



A partir de enero todos sus pacientes de Medicare pueden obtener ayuda del Programa de Medicare para los gastos de medicamentos recetados. Deseamos ayudarle a contestar las preguntas que le puedan hacer sus pacientes de Medicare y Medicaid. Existen recursos locales disponibles para que sus pacientes obtengan ayuda adicional.

- Visite la dirección electrónica www.medicare.gov para obtener información personalizada a través de "Medicare Rx Plan Finder". Esta es una herramienta hecha para localizar planes de medicamentos recetados del Programa de Medicare. Antes de comenzar, sus pacientes deben tener a la mano su información de Medicare, una lista de sus medicamentos y la dirección de su farmacia local.
- Llame al 1-800-677-1116 o visite la página de www.eldercare.gov para localizar consejeros locales.
- Llame al 1-800-Medicare para hablar con un consejero.

Si necesita más información para su práctica independiente, vaya a la dirección electrónica www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp.

Help is Here
24/7

1-800-MEDICARE
TTY 1-877-486-2048
www.medicare.gov

MedicareRx
Prescription Drug Coverage



What do you say when asked about new Medicare Prescription Drug Coverage?



Beginning in January all your Medicare patients can get help from Medicare with their prescription drug costs. We want to help you answer questions you might get from your Medicare and Medicaid patients. There are local resources available for your patients to go to for more help.

- Visit www.medicare.gov to get personalized information through to Medicare Rx Plan Finder. Your patients should have their Medicare information, list of medicines and address of their local pharmacy with them before they start.
- Call 1-800-677-1116 or visit www.eldercare.gov to find local counselors.
- Call **1-800-Medicare** to speak to a counselor.

If you need more information for your practice, go to
www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp.

Help is Here
24/7

1-800-MEDICARE
TTY 1-877-486-2048
www.medicare.gov

MedicareRx
Prescription Drug Coverage 



Contrato

ACTUALIZACIÓN DE LA LISTA DE PROVEEDORES SANCIONADOS

El laboratorio clínico **Lab. Clínico Bacteriológico del Oeste** ha sido eliminado de la lista de Proveedores Sancionados. Este laboratorio clínico ha sometido la documentación necesaria para sustentar que está bajo un nuevo dueño y que su dueño actual no es un proveedor sancionado. Favor de actualizar cualquier lista o expediente como corresponda.

Enrollment

SANCTIONED PROVIDERS LIST UPDATE

*Clinical laboratory **Lab. Clínico Bacteriológico del Oeste** is no longer on the Sanctioned Providers list. This clinical laboratory has submitted the necessary documentation to support that it is under new ownership and that the current owner is not a sanctioned provider. Please update any lists or records accordingly.*

DG-RR/08-02-05/Comm.

MEDICARE INFORMA

**BOX 71391
SAN JUAN, PR 00936**

RETURN SERVICE REQUESTED

**PRSR STD
U.S. POSTAGE PAID
SAN JUAN, P.R.
PERMIT NO. 2563**