

# NOTI MEDICARE

Boletín Informativo  
del Intermediario Fiscal

Febrero 2006 Año 12 Num.2

## TABLA DE CONTENIDO

### Noticias de CMS

- Anunciamos el rediseño de la página Web de CMS dedicado a ofrecer a los proveedores de salud todas las noticias más recientes del NPI ..... 3

### Reclamaciones

- Modificación al editaje del modificador QR para los servicios de Defibriladores Cardiacos Implantables (ICD)..... 3
- Lista de Condiciones Médicas- Tarifas de Ambulancia ..... 4
- Especificaciones del OCE Versión 7.0 de enero 2006 para hospitales que están en OPPTS ..... 4
- Actualización de Tarifas por Servicios de Telehealth ..... 4
- Cambios en códigos y pagos por la Administración de Medicamentos ..... 5
- Factor de Inflación de Ambulancia (AIF) ..... 5
- Modificación al Cuestionario de Medicare Pagador Secundario ..... 5
- Pago permitido para la vacuna de Influenza (90655, 90656, 90657 y 90658) y la vacuna de Neumococos (CPT 90732) ..... 6
- Actualización anual para el pago de los bonos correspondientes a Health Professional Shortage Area (HPSA) ..... 6
- Actualización Anual de los Códigos utilizados para la Facturación Consolidada de los Servicios de Salud en el Hogar ..... 6
- Actualización Anual de las Tarifas de Laboratorios Clínicos y Servicios de Laboratorios ..... 7
- Terminación del Proceso de "Crossover" basado en el Archivo de Elegibilidad existente para todos los Contratistas de Medicare ..... 8
- Facturación de los Códigos de Cateterización Cardíaca para la Clasificación de Pagos Ambulatorios (APC) ..... 9
- Facturas con factor de coagulación por hemofilia ..... 9
- Requisitos de Medicare sobre el reporte de datos para defibriladores implantables (ICDs- Implantables Cardioverter Defibrillators) ..... 9

### Cubierta

- Trasplante de Células Madre (Stem Cell) ..... 10
- Cirugía para la Reducción del Pulmón ..... 10
- Cateterización cardíaca realizada en una facilidad que no es hospital ..... 10
- Cubierta y facturación de los Estimuladores de Ultrasonido para fracturas ..... 11
- Facturas de Facilidades Siquiátricas en un Sistema de Pagos Prospectivos (PPS) con una Condición de Comorbilidad de Fallo Renal Crónico ..... 11
- Tarifas actualizadas de Equipo Médico Duradero, Protésicos, Ortóticos y Suplidos para 2006 ..... 11
- Cambios y Actualizaciones del Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios para el año 2006 ..... 12

### Revisión Médica

- Cambios a la Determinación de Cubierta Nacional de Laboratorios (NCD) ..... 12
- Marcadores Cardiacos ..... 12
- Proceso de Excepción al Límite de Pago de Terapias ..... 14

### SNF

- Sistema de Pagos Prospectivos para las Facilidades de Enfermería Especializada ..... 14

### ESRD

- Cambios en el pago por la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) para el año fiscal 2006 ..... 15
- Actualización de los códigos Epoetin Alfa y Darbepoetin Alfa ..... 15

# NOTI MEDICARE

February 2006 year 12 no. 2

## TABLE OF CONTENTS

### CMS NEWS

- Announcing the redesigned CMS web page dedicated to providing the latest NPI news for health care providers! ..... 3

### CLAIMS AND BILLING

- Modification to QR Modifier Edit for Automatic Implantable Cardiac Defibrillator (ICD) Services ..... 3
- Ambulance Fee Schedule- Medical Conditions List ..... 4
- January 2006 Outpatient Prospective Payment System Outpatient Code Editor (OPPS OCE) Specifications Version 7.0 ..... 4
- Telehealth Originating Site Facility Fee Payment Amount Update ..... 4
- Changes to Coding and Payment for Drug Administration ..... 5
- Ambulance Inflation Factor (AIF) ..... 5
- Modification to Online Medicare Secondary Payer Questionnaire ..... 5
- Payment Allowances for the Influenza Virus Vaccine (CPT 90655, 90656, 90657, and 90658) and the Pneumococcal Vaccine (CPT 90732) ..... 6
- 2006 Annual Update for the Health Professional Shortage Area (HPSA) Bonus Payments ..... 6
- Annual Update of HCPCS Codes Used for Home Health Consolidated Billing Enforcement ..... 6
- Annual Update for Clinical Laboratory Fee Schedule and Laboratory Services ..... 7
- Termination of the Existing Eligibility-File Based Crossover Process at All Medicare Contractors ..... 8
- Billing for Cardiac Catheterization Codes in Ambulatory Payment Classification (APC) ..... 9
- Hemophilia Clotting Factor Claim Submission ..... 9
- Medicare Data Reporting Requirements for Implantable Cardioverter Defibrillators (ICDs) ..... 9

### UPDATES AND COVERAGE

- Stem Cell Transplantation ..... 10
- Lung Volume Reduction Surgery ..... 10
- Cardiac Catheterization Performed in Other Than a Hospital Setting ..... 10
- Coverage and Billing for Ultrasound Stimulation for Nonunion Fracture Healing ..... 11
- Inpatient Psychiatric Facilities (IPF) Prospective Payment System (PPS) Claims with Chronic Renal Failure Comorbid Condition ..... 11
- Fee Schedule Update for 2006 for Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) ..... 11
- CY 2006 Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) Changes and Updates ..... 12

### MEDICAL REVIEW

- Changes to the Laboratory National Coverage Determination (NCD) ..... 12
- Cardiac markers ..... 12
- Therapy Caps Exception Process ..... 14

### SNF

- Skilled Nursing Facility Prospective Payment System ..... 14

### ESRD

- Implementation of Changes in End Stage Renal Disease (ESRD) Payment for Calendar Year 2006 ..... 15
- Updates for Epoetin Alfa and Darbepoetin Alfa HCPCS ..... 15

#### Board of Editors

Alba Cosme  
Ada L. Vélez Mass  
Sandra Peña

**NOTICIAS DE CMS****ANUNCIAMOS EL REDISEÑO DE LA PÁGINA WEB DE CMS DEDICADO A OFRECER A LOS PROVEEDORES DE SALUD TODAS LAS NOTICIAS MÁS RECIENTES DEL NPI**

JSM 06184

Visite en la página Web <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/>. Esta página también contiene una sección para los proveedores que reciben pago por servicio (Fee For Service) con información importante sobre la implantación del NPI. Una nueva hoja con respuestas a las preguntas que los proveedores de salud puedan tener con respecto al NPI está disponible ahora en la página Web; marque esta página como favorita ya que se continuará publicando nueva información y recursos.

Para más información sobre el alcance del NPI en la industria privada, visite el Grupo de Trabajo para el Intercambio de Datos Electrónicos (en inglés, WEDI) en <http://www.wedi.org/npioi/index.shtml>.

**RECLAMACIONES Y FACTURACION****MODIFICACIÓN AL EDITAJE DEL MODIFICADOR QR PARA LOS SERVICIOS DE DEFIBRILADORES CARDIACOS IMPLANTABLES**

CR 4273

La siguiente instrucción evitará que los requisitos del modificador QR sean aplicados incorrectamente al reemplazo de los defibriladores cardiacos implantables (ICD, en inglés). También aclara el uso apropiado del modificador QR para los servicios de ICD en general.

El modificador QR identifica los servicios cubiertos bajo un estudio clínico. Este se requiere como condición para el pago de reclamaciones por servicios de ICD ofrecidos como parte de las nuevas indicaciones efectivas el 27 de enero de 2005, así como también, cualquier otro servicio de ICD ofrecido como prevención primaria de fallo cardiaco.

Además, es apropiado añadir el modificador QR para los servicios de ICD ofrecidos para la prevención secundaria de fallo cardiaco cuando los datos se envían a un registro de colección de datos. Sin embargo, para los servicios de ICD ofrecidos para la prevención secundaria de fallo cardiaco, CMS no utilizará la presencia o la ausencia de un modificador QR como criterio para determinar si tales reclamaciones son pagaderas en su sistema de procesamiento de reclamaciones automáticas.

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

**CMS NEWS****ANNOUNCING THE REDESIGNED CMS WEB PAGE DEDICATED TO PROVIDING THE LATEST NPI NEWS FOR HEALTH CARE PROVIDERS!**

JSM 06184

Visit <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/> on the web. This page also contains a section for Medicare Fee-For-Service (FFS) providers with helpful information on the Medicare NPI implementation. A new fact sheet with answers to questions that health care providers may have regarding the NPI is now available on the web page; bookmark this page as new information and resources will continue to be posted.

For more information on private industry NPI outreach, visit the Workgroup for Electronic Data Interchange (WEDI) NPI Outreach Initiative website at <http://www.wedi.org/npioi/index.shtml> on the web

**CLAIMS AND BILLING****MODIFICATION TO QR MODIFIER EDIT FOR AUTOMATIC IMPLANTABLE CARDIAC DEFIBRILLATOR**

CR 4273

This following instruction will prevent QR modifier requirements for new ICDs from being erroneously applied to replacement ICDs. It will also clarify the appropriate use of the QR modifier for ICD services in general.

The QR modifier identifies services covered under a clinical study. It is required as a condition for payment on claims for ICD services rendered as part of new indications effective on January 27, 2005, as well as for any other ICD services rendered as a primary prevention of cardiac arrest.

In addition, it is appropriate to append the QR modifier for ICD services rendered for the secondary prevention of cardiac arrest when data is being sent to a data collection registry. However, for ICD services rendered for the secondary prevention of cardiac arrest, CMS will not be using the presence or absence of a QR modifier as criteria in determining whether such claims are payable in its automatic claims processing systems.

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

**LISTA DE CONDICIONES MEDICAS- TARIFAS DE AMBULANCIA**

**CR 4221**

La siguiente instrucción provee información sobre la lista de condiciones médicas para los servicios de ambulancia. La lista de las condiciones médicas es presentada primordialmente como una guía educativa. Esta ayudará a los proveedores y suplidores de ambulancia a comunicar la condición del paciente a los contratistas de Medicare, según lo informado por el centro de envío de mensajes y el personal de ambulancia. El uso de información de la lista de condiciones médicas no garantiza el pago de la reclamación o el pago para cierto nivel de servicio. Los proveedores y suplidores de ambulancia deben conservar la documentación pertinente sobre las instrucciones de envío, condición del paciente, y las millas viajadas, las cuales deben estar disponibles en caso de que la reclamación sea seleccionada para revisión médica, por el contratista de Medicare u otra autoridad en supervisión. Los contratistas de Medicare dependerán de la documentación en el expediente médico para justificar la cobertura. Los códigos (HCPCS) o la información de la lista de condiciones médicas por sí mismos no son suficientes para justificar la cobertura. Todas las políticas actuales de Medicare por servicios de ambulancia permanecen igual.

Un artículo de educación al proveedor relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**ESPECIFICACIONES DEL OCE VERSIÓN 7.0 DE ENERO 2006 PARA HOSPITALES QUE ESTÁN EN OPPTS**

**CR 4238**

Esta notificación provee las instrucciones y especificaciones del OCE OPPTS que serán utilizadas en los departamentos ambulatorios del hospital, los Centros de Salud Mental Comunitarios y para servicios limitados provistos en un Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF, por sus siglas en inglés), Agencias de Salud en el Hogar que no estén en un sistema de pagos prospectivos o para pacientes de hospicio en tratamiento para una condición terminal.

**ACTUALIZACIÓN DE TARIFAS POR SERVICIOS DE TELEHEALTH**

**CR 4201**

Para el año calendario 2005, la cantidad de pago para el código “Q3014, telehealth originating site facility fee” es 80 por ciento menos del cargo actual o \$21.86. El beneficiario es responsable de cualquier cantidad de coaseguro o deducible.

Las tarifas de Medicare por servicios de telehealth y el aumento del Medicare Economic Index (MEI) por el período aplicable se demuestran a continuación:

Facility Fee	MEI Increase Period
\$20.00 N/A	10/01/2001 – 12/31/2002
\$20.60 3.0%	01/01/2003 – 12/31/2003
\$21.20 2.9%	01/01/2004 – 12/31/2004
\$21.86 3.1%	01/01/2005 – 12/31/2005

**AMBULANCE FEE SCHEDULE - MEDICAL CONDITIONS LIST**

**CR 4221**

The following instruction furnishes information about the Ambulance Fee Schedule – Medical Conditions List. The Medical Conditions List is intended primarily as an educational guideline. It will help ambulance providers and suppliers to communicate the patient’s condition to Medicare contractors, as reported by the dispatch center and as observed by the ambulance crew. Use of the medical conditions list information does not guarantee payment of the claim or payment for a certain level of service. Ambulance providers and suppliers must retain adequate documentation of dispatch instructions, patient’s condition, and miles traveled, all of which must be available in the event the claim is selected for medical review (MR) by the Medicare contractor or other oversight authority. Medicare contractors will rely on medical record documentation to justify coverage. The Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code or the medical conditions list information by themselves is not sufficient to justify coverage. All current Medicare ambulance policies remain in place.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**JANUARY 2006 OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM OUTPATIENT CODE EDITOR (OPPTS OCE) SPECIFICATIONS VERSION 7.0**

**CR 4238**

This notification provides the revised OPPTS OCE instructions and specifications that will be utilized under the OPPTS for hospital outpatient departments, community mental health centers and for limited services as defined below when provider in a comprehensive outpatient rehabilitation facility (CORF), home health agency (HHS) not under the Home Health Prospective Payment System or to a hospice patient for the treatment of a non-terminal illness.

**TELEHEALTH ORIGINATING SITE FACILITY FEE PAYMENT AMOUNT UPDATE**

**CR 4201**

For calendar year 2005, the payment amount for HCPCS code “Q3014, telehealth originating site facility fee” is 80 percent of the lesser of the actual charge or \$21.86. The beneficiary is responsible for any unmet deductible amount or coinsurance.

The Medicare telehealth originating site facility fee and MEI (Medicare Economic Index) increase by the applicable time period is shown below:

Facility Fee	MEI Increase Period
\$20.00 N/A	10/01/2001 – 12/31/2002
\$20.60 3.0%	01/01/2003 – 12/31/2003
\$21.20 2.9%	01/01/2004 – 12/31/2004
\$21.86 3.1%	01/01/2005 – 12/31/2005

## CAMBIOS EN CÓDIGOS Y PAGOS POR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

CR 4258

Ciertos servicios de administración de medicamentos provistos en el sistema de pagos prospectivos ambulatorios (OPPS) antes del 1 de enero de 2005 eran informados utilizando los códigos HCPCS alfanuméricos: Q0081, Q0083 y Q0084.

Estos mismos servicios de administración de medicamentos provistos por el departamento ambulatorio del hospital a los beneficiarios de Medicare durante el año 2005 eran informados utilizando los códigos de CPT 90780, 90781, y 96400-96459. Los pagos para estos servicios en 2005 fueron realizados en base a la visita (en vez que en base al servicio) debido a los datos de costo por día del 2003 disponibles para fijar las tarifas de pago para el 2005.

Efectivo el 1 de enero de 2006, algunos de los códigos de CPT utilizados para los servicios de administración de medicamentos en el sistema de pagos prospectivos ambulatorios a través del año 2005 fueron reemplazados por códigos de CPT más detallados que incorporan conceptos específicos procedimientos, según definidos y descritos por el manual de CPT, tales como “inicial,” “concurrente,” y “secuencial.”

Un artículo educativo al proveedor relacionado con esta instrucción estará disponible pronto en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

## FACTOR DE INFLACIÓN DE AMBULANCIA (AIF)

CR 4061

Este documento provee el factor de inflación de ambulancia (AIF) del 2006 para determinar el límite de pago por servicios de ambulancia provistos después del 1 de enero de 2006. El AIF anual para determinar la cantidad del pago para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare es el siguiente: 2.5%

## MODIFICACIÓN AL CUESTIONARIO DE MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO

CR 4098

La siguiente instrucción identificará todos los cambios que fueron realizados como parte de 3504 y realizará cambios adicionales al cuestionario de Medicare Pagador Secundario. Estos cambios adicionales asistirán a los proveedores en identificar a otros pagadores que puedan ser primarios a Medicare.

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

## CHANGES TO CODING AND PAYMENT FOR DRUG ADMINISTRATION

CR 4258

Certain drug administration services furnished under the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) prior to January 1, 2005 were reported using HCPCS alphanumeric codes: Q0081; Q0083 and Q0084.

These same drug administration services furnished by hospital outpatient departments to Medicare beneficiaries during CY 2005 were reported using CPT codes 90780, 90781, and 96400-96459. Payments for these drug administration services in 2005 continued to be made on a per visit basis (rather than a per-service basis) due to the per-day 2003 cost data available to set CY 2005 payment rates.

Effective January 1, 2006, some of the CPT codes that were used for drug administration services under the OPPS throughout CY 2005 are replaced with more detailed CPT codes incorporating specific procedural concepts, as defined and described by the CPT manual, such as “initial,” “concurrent,” and “sequential.”

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

## AMBULANCE INFLATION FACTOR (AIF)

CR 4061

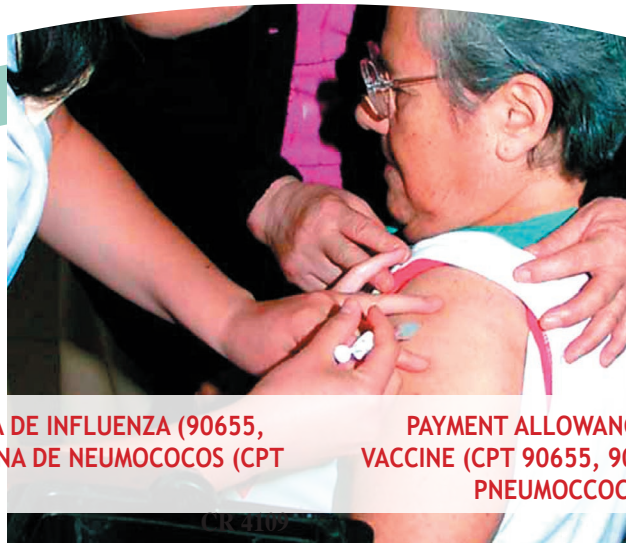
This document furnishes you with the 2006 ambulance inflation factor (AIF) for determining the payment limit for ambulance services furnished on or after January 1, 2006. The annual AIF to determine the payment amounts for Medicare covered ambulance services is the following: 2.5%

## MODIFICATION TO ONLINE MEDICARE SECONDARY PAYER QUESTIONNAIRE

CR 4098

The following instruction will identify all changes that were made as part of CR 3504 and will make additional changes to the model questionnaire. These additional changes will assist providers in identifying other payers that may be primary to Medicare.

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



**PAGO PERMITIDO PARA LA VACUNA DE INFLUENZA (90655, 90656, 90657 Y 90658) Y LA VACUNA DE NEUMOCOCOS (CPT 90732)**

**PAYMENT ALLOWANCES FOR THE INFLUENZA VIRUS VACCINE (CPT 90655, 90656, 90657, AND 90658) AND THE PNEUMOCOCCAL VACCINE (CPT 90732)**

**CR 4109**

Esta notificación provee las tarifas para el pago de las vacunas de Influenza: 90655, 90656, 90657, y 90658 así como para la vacuna de neumococos: 90732 cuando el pago está basado en un 95 por ciento del AWP. El pago permitido para el código 90655 es \$14.678, para el código 90656 es \$15.818, para el código 90657 es \$6.028 y para el código 90658 es \$12.056, efectivo el 1 de septiembre de 2005. El pago permitido para el código 90732 es \$24.57, efectivo el 1 de septiembre de 2005.

This notification provides the payment allowances for the following influenza virus vaccines: CPT codes 90655, 90656, 90657, and 90658 as well as the pneumococcal vaccine (CPT 90732) when payment is based on 95 percent of the AWP. The Medicare Part B payment allowance in these situations for CPT 90655 is \$14.678, for CPT 90656 is \$15.818, for CPT 90657 is \$6.028, and for CPT 90658 is \$12.056, effective September 1, 2005. The Medicare Part B payment allowance for CPT 90732 is \$24.57, effective September 1, 2005.

**ACTUALIZACION ANUAL PARA EL PAGO DE LOS BONOS CORRESPONDIENTES A HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA)**

**CR 4113**

La siguiente instrucción provee nueva información sobre los nuevos pagos automatizados de los bonos de HPSA para 2006. En adición, proporciona los nombres de esos archivos para la facturación con las fechas del servicio después del 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2006. Los proveedores deben repasar la información en el portal de CMS para determinar si cualifican para el pago de los bonos de HPSA para 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4113.pdf>

**2006 ANNUAL UPDATE FOR THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) BONUS PAYMENTS**

**CR 4113**

The following information provides new information on the new automated HPSA bonus payments for 2006. This instruction provides those files for claims with dates of service on or after January 1, 2006, through December 31, 2006. Providers should review the information on the CMS web site to determine if they qualify for the HPSA bonus payment for 2006.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4113.pdf>

**ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LOS CÓDIGOS UTILIZADOS PARA LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR**

**CR 4114**

CMS actualiza periódicamente las listas de códigos HCPCS que están sujetos a la disposición de facturación consolidada del sistema de pagos prospectivos de servicios de salud en el hogar. Los cambios específicos en esta actualización efectiva el 1 de enero de 2006 son:

**ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR HOME HEALTH CONSOLIDATED BILLING ENFORCEMENT**

**CR 4114**

The CMS periodically updates the lists of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes that are subject to the consolidated billing provision of the Home Health Prospective Payment System (HH PPS). This update notification provides the annual HH consolidated billing update effective January 1, 2006. The specific changes are:

## Code Changes for January 2006 Annual Update of Medicare HH Consolidated Billing Code Lists

New & Deleted Codes for HH CB			
Code	Description	Action	Replacement Code or Code Being Replaced
<b>Non-Routine Supplies</b>			
A4656	Needle, any size each	Delete	Replacement code: A4215 with revised definition (code A4215 is already on HH CB list)
A5119	Skin barrier wipes box pr	Delete	
A6025	Gel sheet for thermal or epidermal application (e.g. silicone, hydrogel, other)	Delete	
A6457	Tubular dressing with or without elastic, any width, per linear yard	Add	
A4412	Ostomy pouch, drainable, high output, for use on a barrier with flange (z2 pieces system), without filter, each	Add	
A5120	Skin barrier, wipes or swabs, each	Add	Replaces code: A5119
A4363	Ostomy clamp, any type, replacement only, each	Add	
A4411	Ostomy skin barrier, solid 4x or equivalent, extended wear, with built-in convexity, each	Add	
<b>Therapies</b>			
No update			

La sección 1842(b)(6) del Acta del Seguro Social requiere que el pago por los servicios de salud en el hogar proporcionados bajo un plan de salud en el hogar se haga a la agencia de salud en el hogar. Este requisito se encuentra en el Manual de Procesamiento de Reclamaciones de Medicare, capítulo 10, sección 10.1.25.

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

Section 1842(b)(6) of the Social Security Act requires that payment for home health services provided under a home health plan of care is made to the home health agency. This requirement is found in Medicare Claims Processing Manual, Chapter 10, Section 10.1.25.

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

### ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS TARIFAS DE LABORATORIOS CLÍNICOS Y SERVICIOS DE LABORATORIOS

CR 4144

CMS nos envió información sobre las tarifas de laboratorios clínicos para el año 2006, los nuevos códigos y actualización de los laboratorios sujetos al método de pago de cargo razonable.

A continuación incluimos información más detallada sobre la actualización anual de tarifas.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4144.pdf>

### ANNUAL UPDATE FOR CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE AND LABORATORY SERVICES

CR 4144

We have received information from CMS regarding the clinical laboratory fee schedule for calendar year 2006, the mapping for new codes for clinical laboratory tests and update for laboratory costs subject to the reasonable charge payment method. Additional information related to the annual update laboratory fee schedule follows.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4144.pdf>

### National Minimum Payment Amounts

For a cervical or vaginal smear test (pap smear), §1833(h)(7) of the Act requires payment to be the lesser of the local fee or the NLA, but not less than a national minimum payment amount. Also, payment may not exceed the actual charge. The 2006 national minimum payment amount is \$14.76 (\$14.76 plus 0 percent update for 2006). The affected codes for the national minimum payment amount are 88142, 88143, 88147, 88148, 88150, 88152, 88153, 88154, 88164, 88165, 88166, 88167, 88174, and 88175, G0123, G0143, G0144, G0145, G0147, G0148, and P3000.

In accordance with §1833(h)(2)(A)(i) of the Social Security Act (the Act), as amended by Section 628 of the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) of 2003, the annual update to the local clinical laboratory fees for 2006 is 0 percent. The Part B deductible and coinsurance do not apply for services paid under the clinical laboratory fee schedule.

### National Limitation Amounts (Maximum)

For tests for which NLAs were established before January 1, 2001, the NLA is 74 percent of the median of the local fees. For tests for which NLAs are first established on or after January 1, 2001, the NLA is 100 percent of the median of the local fees in accordance with §1833(h)(4)(B)(viii) of the Act.

#### Laboratory Costs Subject to Reasonable Charge Payment in 2006

for outpatients, the following codes are paid under a reasonable charge basis. Manual instructions for determining the reasonable charge payment can be found in Pub. 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 23, §80-80.8. If there is insufficient charge data for a code, the instructions permit considering charges for other similar services and price lists. When these services are performed for independent dialysis facility patients, Publication 100-04, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 8, §60.3 instructs the reasonable charge basis applies.

### Blood Products

P9010 P9011 P9012 P9016 P9017 P9019 P9020 P9021 P9022 P9023 P9031 P9032 P9033 P9034 P9035 P9036 P9037 P9038 P9039 P9040 P9044 P9050 P9051 P9052 P9053 P9054 P9055 P9056 P9057 P9058 P9059 P9060

Also, the following codes should be applied to the blood deductible as instructed in Pub. 100-01, Medicare General Information, Eligibility and Entitlement Manual, chapter 3, §20.5-20.54 (formerly MCM 2455): P9010, P011, P9016, P9021, P9022, P9038, P9039, P9040, P9051, P9054, P9056, P9057, P9058.

### Transfusion Medicine

86850 86860 86870 86880 86885 86886 86890 86891 86900 86901 86903 86904 86905 86906 86920 86921 86922 86923 86927 86930 86931 86932 86945 86950 86960 86965 86970 86971 86972 86975 86976 86977 86978 86985 G0267

### Reproductive Medicine Procedures

89250 89251 89253 89254 89255 89257 89258 89259 89260 89261 89264 89268 89272 89280 89281 89290 89291 89335 89342 89343 89344 89346 89352 89353 89354 89356

### TERMINACIÓN DEL PROCESO DE "CROSSOVER" BASADO EN EL ARCHIVO DE ELEGIBILIDAD EXISTENTE PARA TODOS LOS CONTRATISTAS DE MEDICARE

CR 4231

Desde julio de 2004, los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) han estado realizando pruebas a su proceso nacional consolidado de Coordinación de Beneficios consolidado (COBA) con sobre 120 aseguradoras que comparten información.

Por esa razón, CMS suministró a los contratistas las instrucciones de Medicare concernientes a sus responsabilidades relacionadas con la discontinuación del proceso actual de "crossover" efectivo el 3 de enero de 2006. Para esa fecha, el COBC cruzará todas las reclamaciones exclusivamente con los contratistas que comparten información en los formatos ANSI X12-N 837 (versión 4010-A1) a través del proceso de cruce basado en el archivo de elegibilidad COBA, a menos que: 1) los contratistas de Medicare hayan sometido una petición de relevo a CMS a nombre de sus socios actuales no más tarde del 16 de diciembre de 2005, y 2) CMS haya aprobado las peticiones de relevo de los contratistas antes del 3 de enero de 2006.

### TERMINATION OF THE EXISTING ELIGIBILITY-FILE BASED CROSSOVER PROCESS AT ALL MEDICARE CONTRACTORS

CR 4231

Since July 2004, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has been testing its national Coordination of Benefits Agreement (COBA) consolidated crossover process with well over 120 trading partners.

For this reason, the CMS is providing instruction to the Medicare contractors concerning their responsibilities as they relate to the discontinuance of the current eligibility file-based crossover process effective with January 3, 2006. As of that date, the COBC will exclusively cross over all claims to trading partners in the HIPAA ANSI X12-N 837 COB (version 4010-A1) formats via the COBA eligibility file-based crossover process, unless 1) Medicare contractors have submitted waiver requests to CMS on behalf of their current trading partners no later than December 16, 2005, and 2) the CMS has approved the trading partners' waiver requests in advance of January 3, 2006.



## FACTURACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE CATETERIZACIÓN CARDIACA PARA LA CLASIFICACIÓN DE PAGOS AMBULATORIOS (APC)

**JSM 06060**

Los proveedores deben retener facturas con fechas de servicio del 1 de octubre de 2005 al 31 de diciembre de 2005, que contengan los códigos para los siguientes procedimientos solamente si los hospitales no utilizaron un guidewire (C1769) o un guiding catheter (C1887) cuando el servicio fue provisto.

Si los hospitales utilizaron un guidewire o un catéter guía, deben someter la factura con el código "C" para el dispositivo apropiado para que la factura no sea devuelta al proveedor.

Los códigos de CPT para los servicios a los cuales esta política aplica son : 93501, 93508, 93510, 93511, 93514, 93524, 93526, 93527, 93528, 93529, 93530, 93531, 93532, y 93533.

## FACTURAS CON FACTOR DE COAGULACIÓN POR HEMOFILIA

**JSM 06063**

La aclaración de pago es dirigida a situaciones donde los cargos por el factor de coagulación de hemofilia se encuentran en facturas de hospitalización para los cuales el beneficiario no tiene un diagnóstico cubierto asociado con los cargos de hemofilia.

CMS ordenó a los Intermediarios Fiscales permitir el pago por DRG cuando ocurre la situación antes mencionada. Como resultado de esta aclaración, será realizado un cambio de codificación al sistema FISS. Este cambio modificará el "reason code 31591".

El proveedor debe someter su factura sin un factor de coagulación de hemofilia y después ajustar la factura para agregar el factor de coagulación una vez que hayan recibido el pago de DRG para la cuenta original. El ajuste suspenderá con el "reason code" 31591 y puede entonces ser retenido. Esto permite que la factura sea pagada. Para recibir el pago correcto, el proveedor debe someter una reclamación corregida

## REQUISITOS DE MEDICARE SOBRE EL REPORTE DE DATOS PARA DEFIBRILADORES IMPLANTABLES (ICDS- IMPLANTABLES Cardioverter Defibrillators)

**CR 4249**

El informe de datos para la prevención primaria de implantes (ICD) es un requisito de la cubierta de Medicare. A fin de obtener el reembolso, la política de cubierta nacional de Medicare requiere que los proveedores que implantan ICDs para las indicaciones clínicas de prevención primaria informen los datos por cada procedimiento primario de prevención ICD. Esta política es efectiva el 27 de enero de 2005.

Un artículo de educación al proveedor relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

## BILLING FOR CARDIAC CATHETERIZATION CODES IN AMBULATORY PAYMENT CLASSIFICATION (APC)

**JSM 06060**

Providers should hold claims with dates of service October 1, 2005, through December 31, 2005, that contain codes for the following procedures only if hospitals did not use a guidewire (C1769) or guiding catheter (C1887) when they furnished the service.

If hospitals did use a guidewire or guiding catheter, they should submit the claim with the C-code for the appropriate device and the edit will not result in the claim being returned to the provider.

The CPT codes for the services to which this policy applies are 93501, 93508, 93510, 93511, 93514, 93524, 93526, 93527, 93528, 93529, 93530, 93531, 93532, and 93533.

## HEMOPHILIA CLOTTING FACTOR CLAIM SUBMISSION

**JSM -06063**

For clarification of payment rules when hemophilia clotting factors are billed on inpatient claims for which the beneficiary does not have a covered diagnosis associated with the hemophilia charges. The CMS response directed FIs to allow payment for the diagnostic related group (DRG) when the above situation occurs.

As a result of this clarification, a coding change will have to be made to FISS. This change will modify reason code 31591 from a claim level edit to a line level edit

The provider should submit their claim without a hemophilia clotting factor and then adjust the claim to add the clotting factor once they have received the DRG payment for the original bill. The adjustment will suspend with reason code 31591 and can then be held. This allows the payable portion to be paid. In order to not misrepresent their charges, the provider should submit a corrected bill.

## MEDICARE DATA REPORTING REQUIREMENTS FOR IMPLANTABLE Cardioverter Defibrillators (ICDS)

**CR 4249**

Reporting data for primary prevention ICD implants is a requirement of Medicare Coverage. In order to obtain reimbursement, Medicare National Coverage Policy requires that providers implanting ICDs for primary prevention clinical indications report data on each primary prevention ICD procedure. This policy became effective January 27, 2005.

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

**CUBIERTA Y ACTUALIZACIONES****TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE (STEM CELL)****CR 4173**

La siguiente instrucción aclara la política actual de cubierta nacional sobre el trasplante de células madres. CMS explica que la médula y el trasplante periférico (peripheral) de células madre en la sangre es un proceso que incluye la movilización, cultivo, y trasplante periférico de médula o células madre, y la administración de quimioterapia o radioterapia antes del trasplante. Cuando la médula o trasplante periférico de células madres en la sangre está cubierto, todos los pasos necesarios están incluidos en la cubierta. Cuando la médula o el trasplante periférico de células madres no está cubierto, ninguno de los pasos está cubierto.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4173.pdf>

**CIRUGÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL PULMÓN****CR 4149**

Esta instrucción actualiza los requisitos para que los hospitales logren ser aprobados como facilidades de LVRS (Lung Volume Reduction Surgery). Los contratistas considerarán un LVRS razonable y necesario solamente cuando se realice en instalaciones aprobadas según los requisitos enumerados en la página de Internet de CMS.

**CATETERIZACIÓN CARDIACA REALIZADA EN UNA FACILIDAD QUE NO ES HOSPITAL****CR 4280**

Para los servicios realizados después del 12 de enero de 2006, CMS anuló la sección 20.25 del Manual para las Determinaciones Nacionales de Cubierta (NCD, en inglés) (100.3). En ausencia de una NCD para cateterización cardiaca en escenarios distintos a hospitales, la cubierta para este servicio será determinada por el contratista local de Medicare. La anulación de la política deja a la discreción del contratista la cubierta del servicios. Los contratistas pueden encontrar apropiado el desarrollar determinaciones locales de cubierta (LCD en inglés) a través del proceso de LCD con respecto a la cubierta de los servicios de cateterización cardiaca en facilidades independientes.

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

**UPDATES AND COVERAGE****STEM CELL TRANSPLANTATION****CR 4173**

This instruction includes clarifying language specific to the current national coverage policy on stem cell transplantation. CMS is clarifying that bone marrow and peripheral blood stem cell transplantation is a process which includes mobilization, harvesting, and transplant of bone marrow or peripheral blood stem cells and the administration of high dose chemotherapy or radiotherapy prior to the actual transplant. When bone marrow or peripheral blood stem cell transplantation is covered, all necessary steps are included in coverage. When bone marrow or peripheral blood stem cell transplantation is non-covered, none of the steps are covered.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4173.pdf>

**LUNG VOLUME REDUCTION SURGERY****CR 4149**

This instruction updates the requirements for hospitals to become approved as Medicare LVRS facilities. Contractors shall consider LVRS reasonable and necessary only when performed in approved facilities as listed on the CMS Web.

**CARDIAC CATHETERIZATION PERFORMED IN OTHER THAN A HOSPITAL SETTING****CR 4280**

Effective for services performed on or after January 12, 2006, CMS is repealing Section 20.25 of the National Coverage Determinations (NCD) Manual (100.3). In the absence of an NCD on cardiac catheterization in other than a hospital setting, coverage is determined by the local Medicare contractor. Repealing the policy will result in local contractor discretion. Contractors may find it appropriate to develop local coverage determinations (LCDs) through the LCD process regarding coverage of cardiac catheterization services in freestanding facilities.

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

### **CUBIERTA Y FACTURACIÓN DE LOS ESTIMULADORES DE ULTRASONIDO PARA FRACTURAS**

**CR 4085**

Efectivo el 27 de abril de 2005 los estimuladores de ultrasonido osteogénicos estarán cubiertos como medicamento razonables y necesarios para el tratamiento de fracturas de hueso que no unen previo a la cirugía.

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

### **FACTURAS DE FACILIDADES SIQUIÁTRICAS EN UN SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS (PPS) CON UNA CONDICIÓN DE COMORBILIDAD DE FALLO RENAL CRÓNICO**

**CR 4164**

Efectivo el 1 de octubre de 2005, el código del ICD-9-CM (585) para fallo renal crónico ha sido reemplazado por una lista amplia de códigos de diagnóstico: 585.1 - 585.6 y 585.9.

El sistema de pagos prospectivos de una facilidad psiquiátrica hospitalaria (IPF PPS) provee un ajuste para ciertas condiciones comorbilidad. Comorbilidades son condiciones específicas secundarias a los diagnósticos primarios del paciente y que requieren un tratamiento durante la estadía.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4164.pdf>

### **TARIFAS ACTUALIZADAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO, PROTÉSICOS, ORTÓTICOS Y SUPLIDOS PARA 2006**

**CR 4194**

Las tarifas de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos y suplidos son actualizados trimestralmente a fin de implantar las tarifas de nuevos códigos y revisar cualquier otra tarifa de códigos existentes que fueran calculadas por error. La información sobre el proceso de actualización de las tarifas de DMEPOS está disponible en la sección 60, capítulo 23 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones (Pub. 100-4).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4194.pdf>

### **COVERAGE AND BILLING FOR ULTRASOUND STIMULATION FOR NONUNION FRACTURE HEALING**

**CR 4085**

Effective for services performed on or after April 27, 2005, ultrasonic osteogenic stimulators are covered as medically reasonable and necessary for the treatment of nonunion bone fractures prior to surgery.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

### **INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITIES (IPF) PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (PPS) CLAIMS WITH CHRONIC RENAL FAILURE COMORBID CONDITION**

**CR 4164**

Effective October 1, 2005, the International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) diagnosis code for Chronic Renal Failure (585) has been replaced with an expanded list of diagnosis codes: 585.1 – 585.6 and 585.9.

The Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) provides a comorbidity adjustment for certain comorbid conditions. Comorbidities are specific patient conditions that are secondary to the patient's primary diagnosis, and that require treatment during the stay.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2005/MM4164>

### **FEE SCHEDULE UPDATE FOR 2006 FOR DURABLE MEDICAL EQUIPMENT, PROSTHETICS, ORTHOTICS, AND SUPPLIES (DMEPOS)**

**CR 4194**

The DMEPOS fee schedule 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 code that were calculated in error. The update process for the DMEPOS fee schedule is located in Section 60 of Chapter 23 of the Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-04).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4194.pdf>

## CAMBIOS Y ACTUALIZACIONES DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS PARA EL AÑO 2006

CR 4250

La siguiente instrucción describe los cambios e instrucciones de facturación de varias políticas de pago contenidos en la actualización de enero 2006. La actualización realizada al OCE y OPSS Pricer, reflejará los cambios y exclusiones realizados a los códigos de procedimiento HCPCS, APC's, HCPCS Modifier y Revenue Codes. Esta notificación además describe los cambios al OPSS Pricer Logic y provee instrucciones para actualizar el Outpatient Provider Specific File (OPSF).

Un artículo educativo para el proveedor está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4250.pdf>

### REVISION MÉDICA

#### CAMBIOS A LA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA NACIONAL DE LABORATORIOS (NCD)

CR 4161

La siguiente instrucción es para notificarles sobre un cambio en las Determinaciones Nacionales de Cubierta (NCD, en inglés) para enero de 2006. Esta es una actualización periódica. El código V76.44 será eliminado de la lista de códigos no cubiertos y añadido a la lista de códigos que no justifican la necesidad médica en la NCD de CBC (Contaje de Sangre). Además, los códigos 158.8 y 158.9 serán añadidos a la lista de códigos cubiertos de la NCD de Antígeno de Tumor por Inmunoensayo, CA125.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4161.pdf>

### MARCADORES CARDIACOS

Desde el año 2003 venimos observando un patrón de utilización preocupante con respecto a la utilización de los marcadores cardiacos ya que no es cónsono con la práctica médica generalmente aceptada. En torno a ésta preocupación hemos realizado varias publicaciones en las cuales hemos abordado el tema de los marcadores cardiacos. Les referimos al Artículo Número ID A14598 FAQ: pregunta No. 18 (03/12/2003); Artículo Número ID A15183 titulado Actualización de Revisión Médica: ¿Terminará el año fiscal 2003 con un porcentaje mayor en denegaciones? (08/21/2003) También el Artículo Número ID A37659: Reclamaciones/Denegaciones y NCD's su impacto en el reembolso: Análisis de denegaciones de Revisión Médica de octubre 2004 a junio 2005; (11/10/2005).

Preocupados sobre el asunto y con el fin de facilitar la mejor utilización del servicio, desarrollamos y publicamos la determinación local de cubierta -LCD 03-03- Marcadores Cardiacos, accesible a todos en

## CY 2006 HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS) CHANGES AND UPDATES

CR 4250

The following instruction describes changes to, and billing instructions for, various payment policies implemented in the January 2006 OPSS update. The January 2006 OPSS Outpatient Code Editor (OCE) and OPSS PRICER will reflect the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), Ambulatory Payment Classification (APC), HCPCS Modifier, and Revenue Code additions, changes, and deletions identified in this notification. This notification further describes changes to the OPSS PRICER Logic and provides instructions for updating the Outpatient Provider Specific File (OPSF).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4250.pdf>

### MEDICAL REVIEW

#### CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD)

CR 4161

The following instruction is to announce the implementation of changes to the list of codes associated with the 23 negotiated laboratory NCDs for January 2006. This is periodic update. The ICD-9-CM code V76.44 will be removed from the list of ICD-9-CM codes not covered by Medicare. The ICD-9-CM code V76.44 will be added to the list of ICD-9-CM codes that do not support Medical Necessity in the Blood Counts NCD. In addition, ICD-9-CM codes 158.8 (Malignant neoplasms, specific parts of peritoneum) and 158.9 (Malignant neoplasms, peritoneum, unspecified) will be added to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare in the Tumor Antigen by Immunoassay CA 125 NCD.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters/mmarticles/2006/MM4161.pdf>

### CARDIAC MARKERS

Since 2003 we have been observing a troublesome utilization pattern that does not comply with the recommended and accepted medical practice regarding the use of cardiac markers. Along this line we have encountered several instances when we have addressed the cardiac markers topic in several published articles. We refer you to: FAQ Article ID Number A14598 question number 18 (12/03/2003); Article ID Number A15183 labeled: Medical Review Update: Will FY 2003 end with an increasing number of denials? (08/21/03) Article ID Number A37659: Claims/Denials & NCD's: It's impact on reimbursement. Analysis of Medical Review Denials from October 2004 to June 2005. (10/11/05)

Concerned over the matter we developed and published a Local Coverage Determination -LCD 03-03- Serum Cardiac Markers, which is available at our website at <http://www.cosvi.com/medicare/prov.htm>, in order to facilitate the best service utilization. Our LCD is sustained and backed by scientific data and documentation. Generally since each

nuestra página

Web en <http://www.cosvi.com/medicare/prov.htm>. Nuestra LCD (Local Coverage Determination) se sostiene, apoya y respalda por evidencia y documentación científica. Si generalmente cada marcador se presenta, eleva, alcanza su tope y retorna a un nivel normal acorde con su propia línea de tiempo o ventana diagnóstica, sería inapropiado ordenarlos indiscriminadamente o a la vez. Para evitar la sobre utilización al ordenar estos exámenes, se recomienda a los hospitales el desarrollo de guías o protocolos, de manera que sean cónsonos con la política establecida, al igual que cerciorarse que su facultad los siga. Reconocemos que muchos hospitales han tomado consciencia sobre el asunto en cuestión y que sustancialmente han mejorado la utilización de dicho servicio. Sin embargo, aún nos preocupa el alto número de denegaciones (99%) resultante de la inadecuada utilización de los marcadores cardiacos, ello a pesar de nuestros esfuerzos, actividades educativas llevadas a cabo y de la política o LCD establecida al respecto.

Establecer y diferenciar un Síndrome Coronario Agudo de otro tipo de dolor de pecho constituye un reto pues requiere de una muy cuidadosa evaluación, historial enfocado, examen físico, electrocardiograma y con frecuencia determinación de marcadores cardiacos. El tema ha sido acometido y cuidadosamente estudiado por la comunidad médica, departamentos de medicina de colegios y universidades, reconocidos investigadores y las más prestigiosas instituciones líderes en el campo médico y las ciencias de la salud tales como la Organización Mundial de la Salud (WHO), el Colegio Americano de Cardiología (ACC), la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), la Sociedad Americana del Corazón, (AHA), la Academia Americana de Medicina de Emergencia (AAEM) y muchos otros que han establecido o aceptado guías y recomendaciones publicadas y altamente diseminadas por los medios en reconocidas revistas, "journals", conferencias, y programas educativos a través de toda la nación. El objetivo: promover la consistencia y el uso de exámenes apoyados en evidencia en forma apropiada para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno por lo tanto salvando vidas y evitando o disminuyendo complicaciones.

Cuándo y cuál marcador utilizar depende de multitud de factores, algunos de los cuales son: tiempo de instauración de los síntomas, liberación del marcador (ej. Mioglobina, Troponina, CK-MB son marcadores tempranos), niveles pico del marcador, tiempo en suero, acequibilidad del examen, metodología y sensibilidad, cardiospecificidad al igual que valor en términos de pronóstico (evaluación de riesgo) y respuesta al tratamiento.

Estamos conscientes de que pueden darse particulares o extraordinarias circunstancias que requieran ordenar más de un marcador a la vez, tales casos serán evaluados de acuerdo a sus particularidades luego de revisar la documentación que lo sustente ya que no es la práctica generalmente aceptada.

Una vez más les exhortamos a:

- Revisar los protocolos establecidos y asegurarse que son cónsonos con la determinación local de cubierta.
- Asegurarse que los miembros de su facultad los conocen.
- Revisar los resultados de nuestra revisión médica con respecto a este servicio en su institución.

010306  
CMD

cardiac marker rises, peaks and returns to a normal level according to its own timeline or diagnostic window it would be inappropriate to order them indiscriminately or at once. In order to avoid over utilization when ordering these tests it is recommended for hospitals to develop guidelines or protocols so that they be consonant with the established policy and make sure their faculty follows them.

We recognize many hospitals became aware of this issue and substantially have improved in their service utilization, but we are still worried by the high number of denials (99%) resulting from an inadequate utilization of cardiac markers, these in spite of our efforts, educational activities carried out and of the published LCD.

Differentiating Acute Coronary Syndrome (ACS) from other chest pain constitutes a challenge, for it requires a very careful assessment, focused history, physical exam, ECG and frequently, serum cardiac marker determinations. This subject matter has been thoroughly addressed by the medical community, Colleges and Universities Medicine Departments, recognized researchers and the most prestigious leading institutions in the medical field and health sciences such as the World Health Organization (WHO), American College of Cardiology (ACC), European Society of Cardiology (ESC), American Heart Association (AHA), American Academy of Emergency Medicine (AAEM) and many others who have issued or recognized guidelines and recommendations published and highly disseminated by the media in renown journals, conferences and educational programs throughout the whole nation. The objective is to promote consistency and use of the evidence based tests, properly for early diagnosis and timely treatment, therefore saving lives and avoiding or lessening complications.

When and which marker to use depends on several factors some of which are: time from onset of symptoms, marker release (e.g. Myoglobin, Troponin, CK-MB are early markers) marker peak levels, its time in serum, test availability, methodology and sensitivity, cardiospecificity as well as predictive value in terms of prognosis (risk assessment) and response to treatment.

We are aware that there can be particular or extraordinary circumstances that may require ordering more than one of such markers at once but such instances shall be dealt with accordingly after review of supportive documentation since it is not the general accepted practice.

Once again we exhort you to:

- Review established protocols and make sure they are consonant with published LCD.
- Make sure they are known by all your faculty members.
- Evaluate our Medical Review findings in relation to this service done at your institution.

010106  
CMD

**PROCESO DE EXCEPCIÓN AL LÍMITE DE PAGO DE TERAPIAS****CR 4364**

Efectivo el 1 de enero de 2006, fue implantada una limitación de pago para los servicios ambulatorios de rehabilitación recibidos por los beneficiarios de Medicare. Estos límites aplican a los servicios de terapia ambulatoria de la Parte B provistos en todos los demás escenarios excepto, el departamento ambulatorio de hospital y sala de emergencia de hospital.

Los servicios ambulatorios de rehabilitación incluyen:

- Terapia física - incluyendo la patología del habla ambulatoria: El límite anual combinado para 2006 es \$1,740;
- Terapia ocupacional - el límite anual para 2006 es \$1,740.

CMS ha publicado un artículo titulado “Proceso de Excepción al Límite de Pago de Terapias,” el cual destaca los puntos dominantes en el proceso de excepción y resume los requisitos de documentación del proveedor y los procesos de aprobación y decisión del contratista de Medicare.

El artículo está disponible en la página de Web de CMS Medlearn Matters en: [www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4364.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4364.pdf)

**SNF****SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA LAS FACILIDADES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA****CR 4079**

Efectivo el 1 de enero de 2005, la sección 410 del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) enmendó la ley de la facturación consolidada de las Facilidades de Enfermería Especializada (SNF) para especificar que ciertos servicios de los Centros de Salud Rural (RHC)/Centros Federales Cualificados (FQHC) están excluidos del Sistema de Pagos Prospectivos de los SNF y del requisito de facturación consolidada. El 4 de agosto de 2005, CMS publicó la regla final del Sistema de Pagos Prospectivos de los SNF para el año fiscal 2006. La regla incluye una nueva definición de la relación de empleo indirecto para propósitos de certificar y re-certificar la necesidad de un nivel de cuidado especializado. Se han realizado las revisiones pertinentes a las secciones del manual para reflejar estos cambios.

Un artículo de educación del proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**THERAPY CAPS EXCEPTION PROCESS****CR 4364**

Effective January 1, 2006, a financial limitation (therapy cap) was placed on outpatient rehabilitation services received by Medicare beneficiaries. These limits apply to outpatient Part B therapy services from all settings except the outpatient hospital and the hospital emergency room.

Outpatient rehabilitation services include:

- Physical therapy - including outpatient speech-language pathology:  
Combined annual limit for 2006 is \$1,740; and
- Occupational therapy - annual limit for 2006 is \$1,740.

CMS has released an article titled “Therapy Caps Exception Process,” which highlights key points of the exception process and summarizes the provider documentation requirements and Medicare contractor decision and approval process.

The article is available on the CMS Medlearn Matters Web page at: [www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4364.pdf](http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4364.pdf)

**SNF****SKILLED NURSING FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM****CR 4079**

Effective January 1, 2005, Section 410 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) amended the SNF consolidated billing law to specify that certain RHC/FQHC services are excluded from SNF PPS and the requirement for consolidated billing. On August 4, 2005, CMS published the FY 2006 SNF PPS Final Rule. Included in this rule is a new definition of an indirect employment relationship for purposes of the certification and recertification by physicians of the need for a skilled level of care. Appropriate revisions to the pertinent manual sections have been made to reflect these changes.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**ESRD****CAMBIOS EN EL PAGO POR LA ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL (ESRD) PARA EL AÑO FISCAL 2006****CR 4196**

Para el año fiscal 2006, hay tres cambios significativos en el pago a las facilidades ESRD. Estos son:

- 1) La revisión a la designación geográfica y al índice de salario ajustado aplicado a la tarifa compuesta de pago.
- 2) La metodología de pago de medicamentos; el cambio de costo de adquisición al ASP+6 por ciento.
- 3) Revisión del ajuste por medicamentos al pago compuesto según o requerido por MMA.

Un artículo de educación relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS EPOETIN ALFA Y DARBEPOETIN ALFA****CR 4206**

Efectivo el 1 de enero de 2006 los códigos Q para Epoetin Alfa y Darbepoetin Alfa han sido eliminados y reemplazados con los códigos J mencionados mas adelante. No hay otros cambios de informes y pagos para el Epoetin Alfa y Darbepoetin Alfa con esta instrucción. Toda la instrucción actual de facturación y pago requeridos por los códigos Q en la Publicación 100-4, Capítulo 8, y Sección 60 deberá ser aplicada a los nuevos códigos J.

- Q0136 – Epoetin Alfa para Non-ESRD será reemplazado con el J0885.  
 Q0137 - Darbepoetin Alfa para Non-ESRD será reemplazado con el J0881.  
 Q4054 – Darbepoetin Alfa para ESRD será reemplazado con el J0882.  
 Q4055 – Epoetin Alfa para ESRD será reemplazado con el J0886.

**ESRD****IMPLEMENTATION OF CHANGES IN END STAGE RENAL DISEASE (ESRD) PAYMENT FOR CALENDAR YEAR 2006****CR 4196**

For calendar year 2006, there are three significant changes to payment to ESRD facilities. They include:

- 1) Revision to the geographic designation and wage index adjustment applied to the composite payment rate
- 2) Revision of the drug payment methodology; moving from acquisition cost pricing to ASP+6 percent
- 3) Revision of the drug add-on adjustment to the composite payment rate as required under MMA.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/matters>

**UPDATES FOR EPOETIN ALFA AND DARBEPOETIN ALFA HCPCS****CR 4206**

The Q codes for Epoetin Alfa and Darbepoetin Alfa are terminated and replaced with the J codes shown below effective January 1, 2006. There are no other changes to the reporting and payment of Epoetin Alfa and Darbepoetin Alfa with this instruction. All billing and payment instructions currently required for the Q codes in Publication 100-4, Chapter 8, and Section 60 shall be applied to the new J codes upon implementation of this instruction.

- Q0136 – Epoetin Alfa for Non-ESRD use is replaced with J0885.  
 Q0137 - Darbepoetin Alfa for Non-ESRD use is replaced with J0881.  
 Q4054 – Darbepoetin Alfa for ESRD use is replaced with J0882.  
 Q4055 – Epoetin Alfa for ESRD use is replaced with J0886.



# NOTI MEDICARE



*Este boletín debe ser compartido con todos los profesionales de la salud y personal gerencial del Proveedor. Los boletines están disponibles libre de cargos en nuestra página [www.cosvi.com/medicare](http://www.cosvi.com/medicare)*

*This bulletin should be shared with all Health Care Practitioners and Managerial Members of the Provider Staff. Bulletins are available at no cost from our Web Site [www.cosvi.com/medicare](http://www.cosvi.com/medicare)*

