

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

Junio 2006 Año 12 Num.4

TABLA DE CONTENIDO

CUBIERTA

- Reemplazo de Disco Lumbar Artificial (LADR) 3

DETERMINACIONES DE CUBIERTA NACIONAL (NCD)

- Cambios a las Determinaciones de Cubierta Nacional (NCD) para Laboratorios 3
- Productos derivados de sangre no autóloga para heridas crónicas que no sanan 3

RECLAMACIONES

- Modificación al listado de inmunización (TOB 12X y 22X) 4
- Actualización de los Códigos de Agentes Radiofarmacéuticos aplicables a los Servicios de Pet Scan 4
- Certificación para las Facilidades Mamografía 4
- Pago de Facturas con transferencias el mismo día bajo el Sistema de Pagos Prospectivos Hospitalizado en Facilidades Siquiátricas 5
- Revenue Codes para las Clínicas Rurales de Salud y Centros de Salud Federales Cualificados 5
- Admisión de un paciente seguido de un alta o muerte del paciente antes de asignarle un cuarto 6
- Denegación de Facturas que no fueron sometidas a tiempo 6
- Uso del Tipo de Factura 12x para facturar los servicios de cernimiento de mamografía, examen pélvico y Papanicolao 6
- Guías para el Pago de la Administración de Vacunas (Neumococos, Influenza, y Hepatitis B) 7
- Facturación por Medicamentos Take-Home 7
- Facturación y Pago de ciertos Cernimientos de Cancer Colorectal 7
- Pago de Facturas por Transferencias el mismo día en un Sistema de Pagos Prospectivos Hospitalizado en Facilidades Siquiátricas 8
- Retención en los pagos de Medicare 8
- Demostración para la Rehabilitación de la Visión 9
- Especificaciones del editor para el Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OCE) versión 7.2 de Julio 2006 10
- Especificaciones del OCE versión 21.3 de julio 2006 para hospitales que no están en OPPS 10
- Actualización de 2006 del Sistema de Pagos Prospectivos para servicios ambulatorios en hospital (OPPS) 10
- Precio de Venta Promedio Trimestral de Julio 2006 para Medicamentos en la Parte B de Medicare 11
- Actualización del Sistema de Pagos Prospectivos para las Facilidades de Hospitalización Psiquiátrica 11

- Tarifas Actualizadas de Equipo Médico Duradero, Protésicos, Ortóticos y suplidos para Julio 2006 11
- Pago por los Factores de Coagulación de Sangre administrados a los Pacientes Hemofílicos 12
- Actualización de Tarifas 2007 para el Sistema de Pagos Prospectivos de los Hospitales de Cuidado Prolongado (LTCH PPS) 12
- Actualización del Código de la Categoría Status de la Factura 13
- Actualización anual para el Contratista del ICD-9-CM 13
- Reglas de protección que rigen al Proveedor en cuanto a la información de elegibilidad del beneficiario de Medicare 13
- Actualización del Medicare Physician Fee Schedule para Abril 2006 14
- Actualización de Abril 2006 del Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios (OPPS): Resumen de Cambios de las Políticas de Pago 14
- Eliminado el uso de UPINs (OTH000) en Facturas de Medicare 14
- Aclaración sobre los requisitos de facturación para la Angioplastia Transluminal Percutanea (PTA) Concurrente 15
- Códigos para Factores Coagulantes de Hemofilia 15
- Revisión de las Tarifas de Equipo Médico Duradero para el 2006 16
- Asuntos especiales asociados con el aviso anticipado al beneficiario (ABN) 16

AUDITORIA Y REEMBOLSO

- Método de la Determinación de costos por Servicios de Hospitalización 16
- Instrucciones para el Informe del Balance de Crédito 17
- Extensión de 31 días de los Informes de Costo de Hospital afectados por Sección 422 del Medicare Modernization Act (MMA) 17

ARTICULOS ESPECIALES

- El NUBC ha actualizado la UB-92 17
- Actualización al Capítulo 24 (Requisitos de apoyo EDI) del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones Medicare para nuevas referencias de URL del Web de CMS 18
- Procesos de desafiliación de un Medicare Advantage 18
- Proceso de desafiliación de los planes Medicare Advantage (MA) 19

DIAS FERIADOS - COSVI

19

Junta Editora

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

NOTI MEDICARE

June 2006 Year 12 Num.4

TABLE OF CONTENTS

COVERAGE

- Lumbar Artificial Disc Replacement (LADR) 3

NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD)

- Changes to the Laboratory National Coverage Determination (NCD) for July 2006 3
- Non-Autologous Blood Derived Products for Chronic Non-Healing Wounds 3

CLAIMS

- Modification of Roster Billing (TOB 12X and 22X) 4
- Update of Radiopharmaceutical Imaging Agents HCPCS Codes Applicable to PET scan Services..... 4
- Mammography Facility Certification File 4
- Payment of Same Day Transfer Claims Under the Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) 5
- Revenue Codes for Rural Health Clinics (RHCs) and Federally Qualified Health Centers (FQHCs) 5
- Inpatient Admission Followed by Discharge or Death Prior to Room Assignment 6
- Denial of Claims Not Timely Filed..... 6
- Use of 12X Type of Bill (TOB) for Billing Screening Mammography, Screening Pelvic Examinations, and Screening Pap Smears..... 6
- Guidelines for Payment of Vaccine (Pneumococcal Pneumonia Virus, Influenza Virus, and Hepatitis B Virus) Administration..... 7
- Hospital Billing for Take-Home Drugs..... 7
- Billing and Payment of Certain Colorectal Cancer Screenings 7
- Payment of Same Day Transfer Claims Under the Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System (IPF PPS) 8
- Hold on Medicare Payments 8
- Low Vision Rehabilitation Demonstration..... 9
- July 2006 Outpatient Prospective Payment System Code Editor Specifications Version 7.2 10
- July update to the Medicare Non-OPPS Outpatient Code Editor (OCE) Specifications version 21.3 10
- July 2006 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS) 10
- July 2006 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing File 11
- Update-Inpatient Psychiatric Facilities Prospective Payment System (IPF PPS)..... 11
- July Quarterly Update for 2006 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule 11
- Payment for Blood Clotting Factors Administered to Hemophilia Inpatients 12
- Long Term Care Hospital Prospective Payment System (LTCH PPS) Rate Year 2007 Update 12

- Claim Status Category Code and Claim Status Code Update 13
- Medicare Contractor Annual Update of the ICD-9-CM 13
- Rules Governing Provider/Clearinghouse Protection of Medicare Beneficiary Eligibility Information..... 13
- April Update to the 2006 Medicare Physician Fee Schedule Database..... 14
- April 2006 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS): Summary of Payment Policy Changes 14
- Eliminate the Use of UPINs (OTH000) on Medicare Claims 14
- Clarification on Billing Requirements for Percutaneous Transluminal Angioplasty (PTA) Concurrent 15
- HCPCS code for Hemophilia Clotting Factors..... 15
- Revised 2006 Durable Medical Equipment Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule Files 16
- Special Issues Associated with the Advance Beneficiary Notice (ABN) 16

AUDITS AND REIMBURSEMENT

- Method of Cost Settlement for Inpatient Services 16
- Instructions for Medicare Credit Balance Reporting Activities 17
- 31-day Extension of Hospital Cost Reports Affected by Section 422 of MMA... 17

SPECIAL ARTICLES

- NUBC is updating the UB-92 18
- Update to Chapter 24 (EDI Support Requirements) of the Medicare 18
- Medicare Advantage Disaffiliation Process..... 18
- Medicare Advantage (MA) Disenrollment Process 19

COSVI HOLIDAYS UPDATE

19

Board of Editors

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

CUBIERTA**REEMPLAZO DE DISCO LUMBAR ARTIFICIAL (LADR)**

CR 5057

Este artículo provee información específica con respecto a la nueva determinación cubierta nacional (NCD) para el reemplazo de disco lumbar artificial (LADR).

- 1) Efectivo el 16 de mayo de 2006, el LADR con el disco lumbar artificial Charite no estará cubierto por Medicare para beneficiarios sobre los 60 años de edad, es decir, después del cumpleaños 61 del beneficiario;
- 2) La cubierta de Medicare bajo la exención de investigación de dispositivos (IDE) y/o la política de estudios clínicos para otros discos lumbares artificiales no es afectada por esta decisión y dicha cubierta continuará si los requisitos de facturación son conocidos y los códigos apropiados son sometidos; y
- 3) Para los pacientes menores de 60 años, no hay un NCD, dejando tales determinaciones para ser realizadas por los contratistas locales.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5057.pdf>

DETERMINACIONES DE CUBIERTA NACIONAL (NCD)**CAMBIOS A LAS DETERMINACIONES DE CUBIERTA NACIONAL (NCD) PARA LABORATORIOS**

CR 5108

Con el propósito de acomodar los cambios de los códigos ICD-9-CM que serán efectivos el 1 de julio de 2006, se han realizado cambios a los listados de la Determinación Nacional de Cubierta para los Laboratorios. Estos cambios serán efectivos para servicios realizados después del 1 de julio de 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5108.pdf>

PRODUCTOS DERIVADOS DE SANGRE NO AUTÓLOGA PARA HERIDAS CRÓNICAS QUE NO SANAN

CR 5123

CMS ha corregido la sección 270.3 del Manual para Determinaciones Nacionales de Cubierta, titulada "Productos derivados de sangre para las heridas crónicas que no sanan" para eliminar las siguientes

COVERAGE**LUMBAR ARTIFICIAL DISC REPLACEMENT (LADR)**

CR 5057

This article provides specific information regarding the new national coverage determination (NCD) for the lumbar artificial disk replacement (LADR).

- 1) Effective May 16, 2006, the LADR with the Charite lumbar artificial disc is not covered by Medicare for beneficiaries over 60 years of age, i.e., on or after the beneficiary's 61st birthday;
- 2) Medicare coverage under the investigational device exemption (IDE) and/or clinical trial policy for other lumbar artificial discs is not impacted by this decision and such coverage continues if the billing requirements are met and the appropriate codes are submitted; and
- 3) For patients 60 years of age and younger, there is no NCD, leaving such determinations to continue to be made by the local contractors.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5057.pdf>

NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD)**CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) FOR JULY 2006**

CR 5108

In order to accommodate changes to the ICD-9-CM codes that become effective July 1, 2006, changes are being made to the Laboratory National Coverage Determination (NCD) code lists. These changes become effective for services furnished on or after July 1, 2006.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5108.pdf>

NON-AUTOLOGOUS BLOOD DERIVED PRODUCTS FOR CHRONIC NON-HEALING WOUNDS

CR 5123

CMS is correcting Section 270.3 of the NCD Manual, entitled "Blood-Derived Products for Chronic Non-Healing Wounds," by deleting the following sentences, "Coverage for treatments utilizing becaplermin,

oraciones, “Cubierta para los tratamientos que utilizan el becaplermin, un factor de crecimiento no-autólogo para las heridas subcutáneas crónicas que no sanan, permanecerá a discreción del contratista local. Becaplermin es aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos”. La oración correcta debe leer: “La cubierta para los tratamientos que utilizan el becaplermin, un factor de crecimiento no-autólogo para las heridas subcutáneas crónicas que no sanan, permanecerá no cubierto por la Parte B porque este producto es generalmente auto administrado por el paciente.”

RECLAMACIONES

MODIFICACIÓN AL LISTADO DE INMUNIZACIÓN (TOB 12X Y 22X)

CR 4242

El proceso actual de facturación del listado de inmunización en masa por servicios a pacientes con Parte B, facturados con el TOBs 12X y 22X no requiere información adicional de los datos que son asignados por mandato del acta de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud (HIPAA). Esta instrucción actualiza la facturación del listado para incluir los datos asignados por mandato de la ley HIPAA.

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE AGENTES RADIO FARMACÉUTICOS APLICABLES A LOS SERVICIOS DE PET SCAN

CR 4270

Esta instrucción actualiza la publicación 100-04, capítulo 13, sección 60.3.2 para incluir dos nuevos códigos para los agentes de imagen de radiofármacos diagnósticos (tracers). Efectivo el 1/01/2006, el código A9555 reemplaza al código Q3000 y el código A9552 reemplaza al código C1775. Los códigos Q3000 y C1775 fueron eliminados efectivos el 12/31/05. No hay cambio en política. Esta instrucción sólo actualiza los agentes de imagen de radiofármacos diagnósticos aplicables a los servicios de PET Scan.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4270.pdf>



CERTIFICACIÓN PARA LAS FACILIDADES MAMOGRAFÍA

CR 4303

Esta instrucción provee las guías a los contratistas para bajar el más reciente archivo del acta de normas de calidad para mamografías, a fin de asegurar un pago apropiado y a tiempo de reclamaciones sometidas por las facilidades certificadas por la FDA para realizar servicios de mamografía de cernimiento y diagnósticas.

a non-autologous growth factor for chronic non-healing subcutaneous non-healing wounds, will remain at local carrier discretion. Becaplermin is approved by the Food and Drug Administration. The correct statement should read “Coverage for treatments utilizing becaplermin, a non-autologous growth factor for chronic non-healing subcutaneous wounds, will remain nationally non-covered under Part B based because this product is usually self-administered by the patient.”

CLAIMS

MODIFICATION OF ROSTER BILLING (TOB 12X AND 22X)

CR 4242

The current roster billing process for mass immunizers billing inpatient Part B services utilizing TOBs 12X and 22X does not require the reporting of additional data elements that are mandated by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). As a result this instruction updates the roster billing to include the HIPAA mandated data elements.

UPDATE OF RADIOPHARMACEUTICAL IMAGING AGENTS HCPCS CODES APPLICABLE TO PET SCAN SERVICES

CR 4270

This instruction updates Pub. 100-04, chapter 13, section 60.3.2 to include two new HCPCS codes for radiopharmaceutical diagnosis imaging agents (tracers). Effective 1/1/06, A9555 replaces Q3000 and A9552 replaces C1775. HCPCS codes Q3000 and C1775 are deleted effective 12/31/05. No change in policy. This instruction simply updates current radiopharmaceutical diagnosis imaging agents applicable to PET Scan services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4270.pdf>

MAMMOGRAPHY FACILITY CERTIFICATION FILE

CR 4303

This instruction provides guidelines for the contractors to download the most recent Mammography Quality Standards Act file in order to ensure proper and timely payment of claims submitted by facilities certified by the FDA to perform screening and diagnostic mammography services.

Medicare paga por servicios de mamografía radiográfica y digital solamente si, el proveedor es certificado por la FDA para realizar el tipo de mamograma para el cuál se solicita un pago y solamente por el período para el cual la certificación es efectiva.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4303.pdf>

PAGO DE FACTURAS CON TRANSFERENCIAS EL MISMO DÍA BAJO EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS HOSPITALIZADO EN FACILIDADES SIQUIÁTRICAS

CR 4264

La siguiente información explica cómo se procesarán las facturas de facilidades psiquiátricas con transferencias el mismo día, suspendidas desde el 1 de enero de 2005. Esta instrucción también aclara las políticas relacionadas con el cálculo de la equidad de impuesto y el límite de responsabilidad fiscal para las facilidades psiquiátricas en hospitales de acceso crítico para el año 1999 a 2002, y la categoría de comorbilidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Para más información sobre esta instrucción puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4264.pdf>

REVENUE CODES PARA LAS CLÍNICAS RURALES DE SALUD Y CENTROS DE SALUD FEDERALES CUALIFICADOS

CR 4210

A fin de proveer a CMS información necesaria para mejorar la administración de los programas de las Clínicas Rurales de Salud (en inglés, RHC) y Centros de Salud Cualificados (en inglés, FQHC), efectivo para todas las reclamaciones con fechas de servicio después del 1 de julio de 2006; CMS ha redefinido los códigos 0521 y 0522 para incluir los servicios de Centros de Salud Cualificados así como los servicios de las Clínicas Rurales de Salud.

CMS ha añadido también los códigos 0524, 0525, 0527 y 0528. Estos cambios de códigos permitirán la identificación de varios tipos de reclamaciones los cuales serán de utilidad para recopilar los datos necesarios para evaluar cualquier extensión de los programas de RHC/FQHC, y permitirá que varias revisiones aseguren la integridad del programa.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4210.pdf>

Medicare pays for film and digital mammography services only if the provider is certified by the FDA to perform the type of mammogram for which payment is sought and then only for the period for which the certification is effective.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4303.pdf>

PAYMENT OF SAME DAY TRANSFER CLAIMS UNDER THE INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPF PPS)

CR 4264

The following information explains how to process same day transfer IPF claims which have been suspended since January 1, 2005. The CR also clarifies policies related to the calculation of the Tax Equity and Fiscal Responsibility Act limit for IPFs in critical access hospitals for FYs 1999 through 2002, and the comorbidity category, chronic obstructive pulmonary disease.

For more information about this instruction you can access: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4264.pdf>

REVENUE CODES FOR RURAL HEALTH CLINICS (RHCS) AND FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTERS (FQHCs)

CR 4210

In order to provide CMS with information needed to improve the administration of the RHC and FQHC programs, effective for all claims for dates of service on or after July 1, 2006; CMS has redefined codes 0521 and 0522 to include FQHC services as well as RHC services.

CMS has also added revenue codes 0524, 0525, 0527 and 0528. These revenue code changes will allow for the identification of various types of claims which will be useful in gathering the data necessary for evaluating any expansion of the RHC/FQHC programs and will allow for various reviews to ensure the integrity of the program.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4210.pdf>



ADMISIÓN DE UN PACIENTE SEGUIDO DE UN ALTA O MUERTE DEL PACIENTE ANTES DE ASIGNARLE UN CUARTO

CR 4202

El Manual para el Procesamiento de Reclamaciones (Publicación 100-04, Capítulo 3, Sección 40.2.2) ha sido revisado para establecer que un paciente de hospital es considerado un paciente interno basado en la emisión de notas del médico. Si a un paciente se le asigna un cuarto, pero muere o es dado de alta antes de que se le asigne u ocupe la habitación, el hospital puede facturar el cargo del cuarto.

A los hospitales no se les requiere incluir en la factura el cargo del cuarto, pero el no hacerlo puede tener un impacto mínimo en los cálculos futuros del DRG.

Para obtener mas información sobre esta instrucción puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm4202.pdf>

DENEGACIÓN DE FACTURAS QUE NO FUERON SOMETIDAS A TIEMPO

CR 4041

Si un proveedor no somete una factura dentro del tiempo límite estipulado por el Programa Medicare no se considera como una determinación inicial y no es apelable.

Para obtener mas información sobre esta instrucción puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R830CP.pdf>

USO DEL TIPO DE FACTURA 12X PARA FACTURAR LOS SERVICIOS DE CERNIMIENTO DE MAMOGRAFÍA, EXAMEN PÉLVICO Y PAPANICOLAO

CR 4243

Esta instrucción requiere que el tipo de factura 12X sea utilizado en lugar del tipo de factura 13X para la facturación de los servicios de mamografía, exámenes pélvicos, y papanicolao cuando son provistos a pacientes hospitalizados con la Parte B. Aún cuando el paciente tenga cubierta de la Parte A para la estadía en hospital, esto aplica si las condiciones de cubierta son conocidas y las limitaciones de frecuencia no han sido excedidas por el paciente.



INPATIENT ADMISSION FOLLOWED BY DISCHARGE OR DEATH PRIOR TO ROOM ASSIGNMENT

CR 4202

The Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-04, Chapter 3, and Section 40.2.2) has been revised and directs that a patient of a hospital is considered an inpatient upon issuance of written doctor's orders to that effect. If a patient either dies or is discharged prior to being assigned and/or occupying a room, a hospital may enter an appropriate room and board charge on the claim. Hospitals are not required to enter a room and board charge, but failure to do so may have a minimal impact on future DRG weight calculations.

To obtain more information you can access: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm4202.pdf>

DENIAL OF CLAIMS NOT TIMELY FILED

CR 4041

A determination that a provider or supplier failed to submit a claim timely or failed to submit a timely claim despite being requested to do so by the beneficiary or the beneficiary's subrogee is not an initial determination and is not appealable.

To obtain more information about this instruction you can access: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R830CP.pdf>

USE OF 12X TYPE OF BILL (TOB) FOR BILLING SCREENING MAMMOGRAPHY, SCREENING PELVIC EXAMINATIONS, AND SCREENING PAP SMEARS

CR 4243

This instruction requires 12X type of bill to be used in place of 13X type for the billing of screening mammography services, screening pelvic examinations, and screening pap smears when provided to hospital inpatients under Part B. Even though the patient has Part A coverage for the hospital stay, if applicable conditions of coverage are met and the applicable frequency limitations have not been exceeded by the patient.

GUÍAS PARA EL PAGO DE LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS (NEUMOCOCOS, INFLUENZA, Y HEPATITIS B)

CR 4240

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid aclaran su política relacionada con el pago por la administración de vacunas. Esta instrucción aclara y provee las guías para el pago de la administración de vacunas en varios escenarios institucionales. Además, CMS está actualizando el pago de vacunas (Neumococos, Influenza y Hepatitis B) provistos en una facilidad de rehabilitación ambulatoria comprehensiva (CORF en inglés) y facilidad renal (RDF en inglés).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4240.pdf>

FACTURACIÓN POR MEDICAMENTOS TAKE-HOME

CR 4301

Esta información provee las instrucciones para los hospitales que facturan al contratista de equipo médico duradero (DMERC) los medicamentos take home. En información publicada el 13 de diciembre de 2002, los hospitales fueron instruidos a facturar al DMERC por las tarifas de drogas inmunosupresoras y suplidos provistos a los pacientes transplantados. Esta información amplía esas instrucciones. El pago por Medicamentos orales para el tratamiento de cáncer, antieméticos, y drogas inmunosupresoras take home, así como también las tarifas de suplidos asociados, serán facturados al DMERC correspondiente. Los hospitales deben también facturar al DMERC por los pagos de Medicamentos take home de inhalación y las tarifas asociadas al despacho. El capítulo 17 del Manual para el Procesamiento de Reclamaciones es actualizado para reflejar estos cambios.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4301.pdf>

FACTURACIÓN Y PAGO DE CIERTOS CERNIMIENTOS DE CANCER COLORECTAL

CR 4272

Esta instrucción aclara el uso del tipo de factura 14X para un non-patient laboratory specimen cuando la facturación de las pruebas para cernimiento de cáncer, G0107 o G0328 ha sido realizada en un escenario de hospital. El pago será basado en las tarifas de laboratorio diagnósticos clínicos para todos los hospitales, incluyendo hospitales de acceso crítico y hospitales ubicados en Maryland bajo jurisdicción de la Health Services Cost Review Commission.

GUIDELINES FOR PAYMENT OF VACCINE (PNEUMOCOCCAL PNEUMONIA VIRUS, INFLUENZA VIRUS, AND HEPATITIS B VIRUS) ADMINISTRATION

CR 4240

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is clarifying its policy regarding payment for vaccine administration. This instruction clarifies and provides guidelines for the payment of vaccine administration in various institutional provider settings. In addition, CMS is updating payment for vaccines (Pneumococcal Pneumonia Virus, Influenza Virus, and Hepatitis B Virus) provided in Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (CORFs) and Renal Dialysis Facilities (RDFs).

A provider article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4240.pdf>

HOSPITAL BILLING FOR TAKE-HOME DRUGS

CR 4301

This information provides instructions for hospitals on billing the appropriate Durable Medical Equipment Regional Carrier (DMERC) for take-home drugs. Information dated December 13, 2002 instructed hospitals to bill the appropriate DMERC for immunosuppressive drugs and supplying fees furnished to transplant patients. This Change Request (CR) expands those instructions. Payment for take-home oral anti-cancer drugs, take-home oral antiemetic drugs, and immunosuppressive drugs, as well as the associated supplying fees, shall be billed to the appropriate DMERC. Hospitals shall also bill the DMERC for payment of take-home inhalation drugs and the associated dispensing fees. Chapter 17 of the Medicare Claims Processing Manual is updated to reflect these changes.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4301.pdf>

BILLING AND PAYMENT OF CERTAIN COLORECTAL CANCER SCREENINGS

CR 4272

This instruction clarifies the use of TOB 14X for a non-patient laboratory specimen when billing for colorectal cancer screenings HCPCS G0107 or G0328 when performed in a hospital setting. Payment will be based on the Clinical Diagnostic Laboratory Fee Schedule for all hospitals, including critical access hospitals and hospitals located in Maryland under the jurisdiction of the Health Services Cost Review Commission.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4272.pdf>

PAGO DE FACTURAS POR TRANSFERENCIAS EL MISMO DÍA EN UN SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS HOSPITALIZADO EN FACILIDADES SIQUIÁTRICAS

CR 4264

La siguiente información explica cómo se procesarán las facturas de facilidades psiquiátricas por el servicio de transferencia el mismo día, suspendidas desde el 1 de enero de 2005. Esta instrucción también aclara las políticas relacionadas con el cálculo de la equidad de impuesto y el límite de responsabilidad fiscal para las facilidades psiquiátricas en hospitales de acceso crítico para el año 1999 a 2002, y la categoría de comorbilidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Para más información sobre esta instrucción puede acceder: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4264.pdf>

RETENCIÓN EN LOS PAGOS DE MEDICARE

CR 5047

Una breve retención de los pagos Medicare será impuesta a todas las reclamaciones (e.g., reclamación inicial, ajustes y reclamaciones como Medicare Pagador Secundario) durante los últimos 9 días del año fiscal federal, es decir, del 22 de septiembre de 2006 al 30 de septiembre de 2006.

- Esencialmente, no se realizará ningún pago de reclamaciones del 22 al 30 de septiembre de 2006.
- Los pagos acelerados serán considerados utilizando los procedimientos normales.
- No se acumulará ni será pagado ningún interés, y no se pagará ninguna penalidad por atraso a una entidad o individuo por causa de este tiempo de retención.
- Todas las reclamaciones retenidas como resultado de esta política que de otra manera serían pagadas en uno de estos 9 días, serán pagadas el 2 de octubre de 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5047.pdf>

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4272.pdf>

PAYMENT OF SAME DAY TRANSFER CLAIMS UNDER THE INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITY PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPF PPS)

CR 4264

The following information explains how to process same day transfer IPF claims which have been suspended since January 1, 2005. The CR also clarifies policies related to the calculation of the Tax Equity and Fiscal Responsibility Act Limit for IPFs in critical access hospitals for FYs 1999 through 2002, and the comorbidity category, chronic obstructive pulmonary disease.

For more information about this instruction you can access: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4264.pdf>

HOLD ON MEDICARE PAYMENTS

CR 5047

A brief hold will be placed on Medicare payments for ALL claims (e.g., initial claims, adjustment claims, and Medicare Secondary Payer (MSP) claims) for the last 9 days of the Federal Fiscal Year, i.e., September 22, 2006-September 30, 2006.

- In essence, no payments on claims will be made from September 22-30, 2006. Providers need to be aware of these payment delays, which are mandated by Section 5203 of the Deficit Reduction Act (DRA) of 2006.
- Accelerated payments using normal procedures will be considered.
- No interest will be accrued or paid, and no late penalty will be paid to an entity or individual for any delay in a payment by reason of this one-time hold on payments.
- All claims held as a result of this one-time policy that would have otherwise been paid on one of these 9 days will be paid on October 2, 2006.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5047.pdf>



DEMOSTRACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN DE LA VISIÓN

CR 5023

El propósito de esta información es aclarar unas instrucciones de facturación contenidas en el CR 3816, donde no se hizo una referencia adecuada del uso de las reclamaciones electrónicas. El someter reclamaciones electrónicas es un requisito de la ley de simplificación de HIPAA, a menos que una entidad cualifique para una excepción en la facturación. Por eso es importante estar concientes que:

- Los números de identificación nacional único (NPI) substituyen los números UPIN del médico antes del 23 de mayo de 2007.
- El CR 3816 que contiene instrucciones para la facturación de la demostración de la rehabilitación de la visión pobre indica que:
 - ◇ los proveedores deben documentar en el espacio 19 (reservado para el uso local) de la Forma CMS-1500 o su equivalente electrónico la fecha en que el plan fue desarrollado o revisado. Sin embargo, no hay un espacio en las reclamaciones electrónicas para incluir esta información.
 - ◇ las facilidades deben documentar la fecha en que el plan de cuidado fue establecido o revisado utilizando el código de ocurrencia (Occurrence Code) 17 en el Formato CMS-1450 o su equivalente electrónico. Sin embargo, ya no es necesaria esta información para someter reclamaciones. No hay lugar para esta información en la forma de reclamaciones electrónicas. Por lo tanto, este requisito ha sido eliminado para los proveedores o facilidades que sometan una reclamación en papel o electrónica.

Un artículo de educación relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5023.pdf>

LOW VISION REHABILITATION DEMONSTRATION

CR 5023

The purpose of this information is to clarify billing instructions in CR 3816 which did not adequately reference the use of electronic claims. Electronic claim submission is required by the Administrative Simplification Compliance Act (ASCA), unless a billing entity qualifies for an exception. Do you should be aware:

- National Provider Identification numbers (NPI) replace physician UPIN numbers by May 23, 2007.
- CR 3816 for the Low Vision Rehabilitation Demonstration states that:
 - o Providers are to document the plan of care by indicating the date the plan was developed or reviewed in Block 19 (Reserved for Local Use) of the CMS-1500 or its electronic equivalent. However, there is no place for this information in the electronic claims form.
 - o Facilities must document the date the plan of care was established or reviewed using Occurrence Code 17 on CMS-1450 or its electronic equivalent. This is no longer necessary for claims submission for the Low Vision Rehabilitation Demonstration. Therefore, this requirement has been removed whether submitting a paper claim or an electronic claim by providers or facilities.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5023.pdf>

ESPECIFICACIONES DEL EDITOR PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OCE) VERSIÓN 7.2 DE JULIO 2006

CR 5065

Esta notificación provee las instrucciones y especificaciones del OCE que serán utilizadas en OPSS para facturas por servicios en los departamentos ambulatorios de hospital, centros de salud mental comunitarios y para servicios limitados tales como: servicios provistos en un Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), Agencias de Salud en el Hogar no PPS o para pacientes de hospicio en tratamiento de una enfermedad no terminal.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5065.pdf>

ESPECIFICACIONES DEL OCE VERSIÓN 21.3 DE JULIO 2006 PARA HOSPITALES QUE NO ESTÁN EN OPSS

CR 5066

El OCE para hospitales que no están en OPSS ha sido actualizado con nuevos cambios en códigos. Este OCE es utilizado para procesar facturas de hospital que no se reembolsan en un sistema de pagos prospectivos.

Los cambios realizados a la versión 21.3 para procesar facturas que no se reembolsan en el sistema de pagos prospectivos puede ser obtenido en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5066.pdf>



ACTUALIZACIÓN DE 2006 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA SERVICIOS AMBULATORIOS EN HOSPITAL (OPSS)

CR 5121

Esta notificación describe los cambios al sistema de pagos prospectivos para servicios ambulatorios en hospital (OPSS), que serán implantados en Julio de 2006. También describe los cambios en las políticas de pago y facturación de procedimientos bajo OPSS. El OPSS OCE y el OPSS PRICER reflejarán los cambios en los códigos, en la clasificación de pagos ambulatorios (APC, en inglés), en modificadores, y Revenue Codes. Los cambios mencionados en esta notificación son efectivos para servicios brindados después del 1 de julio de 2006.

JULY 2006 OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM CODE EDITOR SPECIFICATIONS VERSION 7.2

CR 5065

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5065.pdf>

JULY UPDATE TO THE MEDICARE NON-OPSS OUTPATIENT CODE EDITOR (OCE) SPECIFICATIONS VERSION 21.3

CR 5066

The Non-OPSS OCE has been updated with any new additions, changes, and deletions to Healthcare Common Procedure Coding System/ Current Procedural Terminology (HCPCS/CPT) codes. This OCE is used to process bills from hospitals not paid under the OPSS.

The changes made to version 21.3 of the non-OPSS OCE can be obtained at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5066.pdf>

JULY 2006 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPSS)

CR 5121

This notification describes changes to the OPSS, to be implemented in the July 2006 update. This notification further describes changes to payment policy and billing procedures under the OPSS. The July 2006 OPSS OCE and OPSS PRICER will reflect the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), Ambulatory Payment Classification (APC), HCPCS Modifier, and Revenue Code additions, changes addressed in this notification are effective for services furnished on or after July 1, 2006.

PRECIO DE VENTA PROMEDIO TRIMESTRAL DE JULIO 2006 PARA MEDICAMENTOS EN LA PARTE B DE MEDICARE

CR 5110

La sección 303(c) del Acta de Modernización de Medicare (MMA) del 2003 revisa la metodología de pago para medicamentos cubiertos en la Parte B que no son pagados en base a costo o en un sistema de pagos prospectivos. Comenzando desde el 1 de enero de 2005, las drogas y biológicos que no son pagados en base a costo o en un sistema de pagos prospectivos serán pagados según la metodología del precio de venta promedio.

En adición, para el 2006 todos los medicamentos para pacientes renales provistos por facilidades independientes y con base hospital, así como también medicamentos específicos que son cubiertos de forma ambulatoria y las drogas y biológicos con status provisional en el sistema de pagos prospectivos, serán pagados en base a la metodología del precio de venta promedio. La metodología del precio de venta promedio está basada en unos datos trimestrales sometidos a CMS por los fabricantes. CMS suplirá a los contratistas los archivos de precios de venta promedio para los medicamentos cubiertos en la Parte B en una base trimestral.

ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS PARA LAS FACILIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

CR 5129

La siguiente instrucción indica los cambios que serán requeridos como parte de la actualización anual del Sistema de Pagos Prospectivos de las Facilidades Psiquiátricas para el año fiscal 2007. Estos cambios incluyen un nuevo requisito de tiempo para los médicos que vuelven a certificar pacientes en una Facilidad Psiquiátrica y al paciente que continúa necesitado de un tratamiento activo en una base diaria.

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

CR 5017

Las tarifas de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos y suplidos son actualizados trimestralmente basados en la implantación de tarifas de nuevos códigos. En adición, es revisada cualquier otra tarifa de códigos existentes que fueron calculados por error.

Códigos efectivos para el 1 de enero de 2006:

L0624, L0629, L0632, L0634, L2034, L2387, L3671, L3672, L3673, L3702, L3763, L3764, L3765, L3766, L3905, L3913, L3919, L3921, L3933, L3935, L3961, L3967, L3971, L3973, L3975, L3976, L3977,

JULY 2006 QUARTERLY AVERAGE SALES PRICE (ASP) MEDICARE PART B DRUG PRICING FILE

CR 5110

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

Additionally, in 2006, all ESRD drugs furnished by both independent and hospital-based ESRD facilities, as well as specified covered outpatient drugs, and drugs and biologicals with pass-through status under the OPPTS, will be paid based on the ASP methodology. The ASP methodology is based on quarterly data submitted to CMS by manufacturers. CMS will supply contractors with the ASP drug pricing files for Medicare Part B drugs on a quarterly basis.

UPDATE-INPATIENT PSYCHIATRIC FACILITIES PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (IPF PPS)

CR 5129

The following instruction indicates changes that will be required as part of the annual IPF PPS update for Rate Year (RY) 2007. These changes include a new time frame requirement for physicians to recertify patients in IPFs and to recertify that the patient continues to need active treatment on a daily basis.

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

CR 5017

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

Changes made in this update include the following:

The fee schedule amounts for the following HCPCS codes are added to the fee schedule file as part of this update and are effective for claims with dates of service on or after January 1, 2006:

L3978, L5703, L5858, L5971, L6621, L6677, L6883, L6884, L6885, L7400, L7401, L7402, L7403, L7404, L7405, E1238, E1812, E2291, E2292, E2293, E2294

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5017.pdf>

PAGO POR LOS FACTORES DE COAGULACIÓN DE SANGRE ADMINISTRADOS A LOS PACIENTES HEMOFÍLICOS

CR 4229

Algunos proveedores de Medicare han facturado incorrectamente las unidades de drogas y biológicos en facturas de servicios ambulatorios así como en reclamaciones de pacientes internos por los factores de coagulación para hemofilia. El informe erróneo de unidades del servicio ha dado lugar a pagos excesivos por parte de Medicare.

Esta instrucción aclara las prácticas de facturación para que los proveedores se aseguren de que las unidades del servicio por el factor de coagulación de sangre están informadas correctamente.

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

ACTUALIZACIÓN DE TARIFAS 2007 PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS DE LOS HOSPITALES DE CUIDADO PROLONGADO (LTCH PPS)

CR 5202

Este artículo actualiza los cambios en las tarifas del 2007 para el sistema de pagos prospectivos de los hospitales de cuidado prolongado (1 de julio de 2006 de la tarifa – 30 de junio de 2007). También anuncia un cambio de política con respecto al pago por pacientes de LTCH durante una interrupción de tres días o menos en una estancia si el tratamiento fue agrupado como un DRG de cirugía en un hospital de cuidado agudo. También anuncia los cambios a los cálculos de pago adicionales (SSO- short stay outlier).

Esta instrucción provee las actualizaciones a las tarifas, factores de neutralidad del presupuesto, índices de salario, etc. para el nuevo año de tarifas del LTCH PPS.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5202.pdf>

L0624, L0629, L0632, L0634, L2034, L2387, L3671, L3672, L3673, L3702, L3763, L3764, L3765, L3766, L3905, L3913, L3919, L3921, L3933, L3935, L3961, L3967, L3971, L3973, L3975, L3976, L3977, L3978, L5703, L5858, L5971, L6621, L6677, L6883, L6884, L6885, L7400, L7401, L7402, L7403, L7404, L7405, E1238, E1812, E2291, E2292, E2293, E2294

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5017.pdf>

PAYMENT FOR BLOOD CLOTTING FACTORS ADMINISTERED TO HEMOPHILIA INPATIENTS

CR 4229

Some Medicare providers have been billing units of drugs and biologicals incorrectly on outpatient bills as well as on inpatient claims for hemophilia clotting factors. The erroneous reporting of units of service has resulted in Medicare overpayments.

This instruction clarifies the billing practices for the providers to ensure that the units of service for blood clotting factor are reported accurately.

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

LONG TERM CARE HOSPITAL PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (LTCH PPS) RATE YEAR 2007 UPDATE

CR 5202

This article updates the changes to LTCH PPS for Rate Year 2007 (July 1, 2006 - June 30, 2007). It also announces a policy change regarding payment for LTCH patients during a three-day or less interruption of an LTCH stay if the treatment was grouped to surgical diagnosis related groups (DRGs) in the acute care hospital. It also announces changes to short stay outlier (SSO) payment calculations.

This provides updates to rates, budget neutrality factors, wage indexes, and so on, for the new rate year for LTCH PPS.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5202.pdf>



ACTUALIZACIÓN DEL CÓDIGO DE LA CATEGORÍA STATUS DE LA FACTURA

CR 5137

Este artículo provee las actualizaciones para los Claim Status Category Codes y Claim Status Codes para los contratistas de Medicare (Carriers, DMERCs, FIs, y RHHIs).

Los contratistas de Medicare deben utilizar los códigos con el “new as of 10/06” y deben informar los nuevos códigos a los proveedores afectados. Esta instrucción aplica al capítulo 31 del Manual para el Procesamiento de Facturas, sección 20.7.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5137.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL PARA EL CONTRATISTA DEL ICD-9-CM

CR 5142

Medicare ha publicado la actualización anual del ICD-9-CM para los contratistas de Medicare. Esta actualización aplicará a facturas con fechas de servicio del 1 de octubre de 2006 en adelante, para los proveedores institucionales.

Los códigos del ICD-9-CM son requeridos para todas las facturas profesionales, de médicos, terapeutas, laboratorios clínicos independientes, terapeutas ocupacionales y físicos, facilidades de pruebas diagnósticas, audiólogos, centros de cirugía ambulatoria (ASCs), y para todas las facturas institucionales, pero no es requerido para las facturas de ambulancia.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5142.pdf>

REGLAS DE PROTECCIÓN QUE RIGEN AL PROVEEDOR EN CUANTO A LA INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL BENEFICIARIO DE MEDICARE

CR 5138

CMS está comprometido en mantener la integridad y seguridad de los datos del cuidado médico de acuerdo con las leyes y reglamentaciones aplicables. El acceso a los datos de elegibilidad del beneficiario está restringido bajo las provisiones del Acta de Privacidad del 1974 y del Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Este artículo es un recordatorio a los médicos/proveedores/suplidores de la importancia de proteger la información del beneficiario con Medicare y utilizarla solamente para los propósitos autorizados.

CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE

CR 5137

This article provides the October 2006 updates of the Claim Status Codes and Claim Status Category Codes for use by Medicare contractors (Carriers, DMERCs, FIs, and RHHIs).

Medicare contractors are to use codes with the “new as of 10/06” designation and prior dates, and they must inform affected providers of the new codes. CR5137 applies to Chapter 31 of the Medicare Claims Processing Manual, Section 20.7.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5137.pdf>

MEDICARE CONTRACTOR ANNUAL UPDATE OF THE ICD-9-CM

CR 5142

Medicare has issued 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, 2006, as well as discharges on or after October 1, 2006, for institutional providers.

An ICD-9-CM code is required for all professional claims, physicians, non-physician practitioners, independent clinical diagnostic laboratories, occupational and physical therapists, independent diagnostic testing facilities, audiologists, ambulatory surgical centers (ASCs), and for all institutional claims, but is not required for ambulance supplier claims.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5142.pdf>

RULES GOVERNING PROVIDER/CLEARINGHOUSE PROTECTION OF MEDICARE BENEFICIARY ELIGIBILITY INFORMATION

CR 5138

CMS is committed to maintaining the integrity and security of health care data in accordance with applicable laws and regulations. Disclosure of Medicare beneficiary eligibility data is restricted under the provisions of the Privacy Act of 1974 and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA.)

This article is a reminder to physicians/providers/suppliers of the importance of protecting Medicare beneficiary information and to use it only for authorized purposes.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5138.pdf>

ACTUALIZACIÓN DEL MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE PARA ABRIL 2006

CR 4399

Los pagos están basados en la regla final del Medicare Physician Fee Schedule del 21 de noviembre de 2005. Esta solicitud de cambio enmienda esos archivos de pago e incluye los nuevos códigos "G" para el Proyecto Demostrativo de Rehabilitación de la Visión y los nuevos códigos de la categoría II 3046F al 3050F y 3076F al 3080F.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R897CP.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE ABRIL 2006 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS (OPPS): RESUMEN DE CAMBIOS DE LAS POLÍTICAS DE PAGO

CR 5011

Esta notificación describe los cambios al OPSS que serán implantados en la actualización de abril de 2006. El Outpatient Code Editor (OCE) y OPSS PRICER reflejarán las adiciones y los cambios relacionados a los HCPCS y al sistema de APC.

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

ELIMINADO EL USO DE UPINS (OTH000) EN FACTURAS DE MEDICARE

CR 5019

Actualmente, se les permite a los proveedores de equipo médico duradero, a los médicos y a los profesionales de salud no médicos facturar por servicios diagnósticos, de radiología, de consulta y equipo con los números de identificación únicos sustitutos de médico (UPIN).

El CR 4177 orientó a los contratistas a no aceptar más el UPIN sustituto (OTH000) en facturas de Medicare sometidas por proveedores, médicos y profesionales de salud no médicos. CMS dejó sin efecto el CR 4177 debido al gran impacto adverso que esta instrucción provoca en los proveedores que facturan al programa. Los contratistas pueden continuar utilizando los UPINs sustitutos (OTH000) para facturas sometidas y otros propósitos internos.

La sección 1833(q) del Acta del Seguro Social requiere que todos los médicos que conocen la §1861(r) deben tener un UPIN y todas las

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5138.pdf>

APRIL UPDATE TO THE 2006 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE DATABASE

CR 4399

Payment files were issued to carriers based upon the November 21, 2005, Medicare Physician Fee Schedule Final Rule. This Change Request amends those payment files and includes new G-codes for the Low Vision Rehabilitation Demonstration Project and new Category II codes 3046F through 3050F and 3076F through 3080F.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R897CP.pdf>

APRIL 2006 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPPS): SUMMARY OF PAYMENT POLICY CHANGES

CR 5011

This Notification describes changes to the OPSS to be implemented in the April 2006 OPSS update. The April 2006 OPSS Outpatient Code Editor (OCE) and OPSS PRICER will reflect the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS), and Ambulatory Payment Classification (APC) additions, changes, and deletions identified in this notification.

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

ELIMINATE THE USE OF UPINS (OTH000) ON MEDICARE CLAIMS

CR 5019

Currently, durable medical equipment suppliers, physicians and non-physician practitioners are allowed to bill for diagnostic, radiology, consultation services and equipment with the use of Surrogate Unique Physician Identification Numbers (UPIN).

CR 4177 directed contractors to no longer accept the Surrogate UPIN (OTH000) on Medicare claims submitted by billers, suppliers, physicians and non-physician practitioners. CMS is rescinding CR 4177 due to the potential for adverse impact to providers billing the program. Contractors can continue to use Surrogate UPINs OTH000 for submitted claims and other internal purposes.

reclamaciones por servicios ordenados o referidos por uno de estos médicos incluya los nombres y el UPINs del médico que ordena ó refiere.

ACLARACIÓN SOBRE LOS REQUISITOS DE FACTURACIÓN PARA LA ANGIOPLASTÍA TRANSLUMINAL PERCUTANEA (PTA) CONCURRENTE

CR 5022

La siguiente información provee instrucciones para modificar la fecha en los Reason Codes 32087 y 32811, modificar la “aprobación” en el editaje de la facilidad para no aplicar la categoría B IDE y la post-aprobación de facturas por estudios. En adición, instrucciones para remover el código de procedimiento 37216 de la lista de códigos cubiertos para el CAS con protección embólica.

Un artículo de educación al proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5022.pdf>

CÓDIGOS PARA FACTORES COAGULANTES DE HEMOFILIA

JSM 06160

El Comité de HCPCS del Centro de Servicios para Medicaid y Medicare (CMS, por sus siglas en inglés) cambió dos de los códigos para factores coagulantes de hemofilia con la actualización de HCPCS del 1 de enero de 2006. Efectivo el 1 de enero de 2006, los siguientes cambios en códigos aplican:

Código Anterior	Código de Reemplazo	Nombre del Factor
Q0187	J7189	Factor VIIA,
Q2022	J7188	Von Willebrand factor complex, human, IU

El Sistema FISS no realizará estos cambios hasta el 6 de marzo de 2006. Hasta ese momento CMS está solicitando a los proveedores que omitan el facturar los códigos J en las facturas de hospitalización. Una vez el sistema haya sido actualizado los proveedores deben someter una nueva factura que incluya los códigos J. En ese momento, el Intermediario Fiscal podrá procesar las facturas en con estos códigos y pagar correctamente.

Si el proveedor lleva a cabo estas instrucciones, podrá recibir el pago para el DRG y HIPPS correspondiente en facturas de hospitalización. Luego que el sistema se actualice para aceptar y calcular el pago de los códigos J, el Intermediario le indicará que someta nuevamente las

Section 1833(q) of the Social Security Act requires that all physicians that meet the §1861(r) definition of a physician must have a UPIN and all claims for services ordered or referred by one of these physicians include the names and UPINs of the ordering/referring physician.

CLARIFICATION ON BILLING REQUIREMENTS FOR PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL ANGIOPLASTY (PTA) CONCURRENT

CR 5022

The following information provides instructions to modify the date drivers in Reason Code 32087 and 32811, modify the “approval” facility edit to not apply to Category B IDE and post-approval study claims and remove procedure code 37216 from the list of covered procedure codes for CAS with embolic protection.

A provider education article related to this instruction will be available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5022.pdf>

HCPCS CODE FOR HEMOPHILIA CLOTTING FACTORS

JSM 06160

The Centers for Medicare and Medicaid Services’ (CMS) HCPCS Committee changed two of the codes for hemophilia clotting factors with the January 1, 2006 HCPCS update. Effective January 1, 2006, the following coding changes are effective:

Old Codes	Replacement Code	Name of Factor
Q0187	J7189	Factor VIIA,
Q2022	J7188	Von Willebrand factor complex, human, IU

These coding changes are in place for January 1, 2006. The Fiscal Intermediary Shared System (FISS) will not be able to accommodate these changes until March 6, 2006. Until then, CMS is asking providers to omit these new J codes from inpatient hospital claims. Once the system has been appropriately updated, we ask that providers submit a new claim that includes the subject J codes. At that time, the FIs will be able to process claims for these HCPCS codes and make payment.

By doing this, the hospitals will be able to receive payment for the relevant DRGs and HIPPS codes for the inpatient stay. After the system has been updated to accept and calculate payment on these J codes, your FI will inform you to resubmit the inpatient claims with

facturas de hospitalización con fechas de alta desde el 1 de enero de 2006 y que contengan códigos de factor coagulante para hemofilia.

REVISIÓN DE LAS TARIFAS DE EQUIPO MÉDICO DURADERO PARA EL 2006

JSM 06557

La actualización trimestral de julio 2006 para las tarifas de equipo médico duradero, de archivos que contenían las tarifas para el código E0762 fue publicada a los contratistas para el pago de reclamaciones con fechas de servicio después del 1 de enero de 2006. A fin de permitir un tiempo adicional para tratar de conducir las preocupaciones técnicas con respecto al cálculo de las cantidades de tarifas para el código E0762, los archivos fueron revisados para remover las cantidades de tarifas para el código E0762. Hasta nuevo aviso, los contratistas deberán determinar el pago permitido por Medicare para las reclamaciones sometidas utilizando los códigos basado en su consideración individual para cada reclamación. Este código permanece en la categoría de Equipo Médico para artículos de bajo costo o rutinarios.

ASUNTOS ESPECIALES ASOCIADOS CON EL AVISO ANTICIPADO AL BENEFICIARIO (ABN)

CR 5117

Antes de julio 2005, la única limitación del aviso de responsabilidad dada a los beneficiarios en hospicios con Medicare tradicional era el ABN. Las instrucciones actualizadas ofrecen a los proveedores de hospicio un lenguaje más específico para alertarlos de cuándo es apropiado un ABN y les provee un modelo para utilizar en casos específicos. También les aclara el uso del ABN por los CORFs.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5117.pdf>

AUDITORIA Y REEMBOLSO

MÉTODO DE LA DETERMINACIÓN DE COSTOS POR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

CR 5020

La siguiente información provee las instrucciones para el proceso de la determinación para el primer y segundo año de los cinco años de demostración de un hospital en comunidad rural, de acuerdo con la Sección 410A del Acta de Modernización de Medicare. Las instrucciones iniciales para cambiar el método de calcular y administrar pagos interinos fueron dadas en el cambio requerido (CR) 3707. El cambio requerido 5020 especifica los métodos de la determinación en acuerdo con la legislación.

discharge dates on and after January 1, 2006 that contain the mentioned hemophilia clotting factor codes.

REVISED 2006 DURABLE MEDICAL EQUIPMENT PROSTHETICS, ORTHOTICS AND SUPPLIES (DMEPOS) FEE SCHEDULE FILES

JSM 06557

July Quarterly Update for 2006 DMEPOS Fee Schedule, DMEPOS fee schedule files containing fee schedule amounts for HCPCS code E0762 were released to contractors to pay claims with dates of service on or after January 1, 2006. In order to allow for additional time to address technical concerns raised regarding the calculation of fee schedule amounts for code E0762, we are revising these files to remove the fee schedule amounts for code E0762. Until further notice, contractors should determine the Medicare allowed payment amounts for claims submitted using HCPCS code based on their individual consideration of each claim. This code remains in the DME category for inexpensive or routinely purchased items.

SPECIAL ISSUES ASSOCIATED WITH THE ADVANCE BENEFICIARY NOTICE (ABN)

CR 5117

Before July, 2005, the only limitation of liability notice given to beneficiaries in Original Medicare in hospices was the ABN. The updated instructions offer more specific language for hospice providers to alert them when an ABN is appropriate and it gives them model language to use for specific cases. It also clarifies ABN use by CORFs.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5117.pdf>

AUDITING AND REIMBURSEMENT

METHOD OF COST SETTLEMENT FOR INPATIENT SERVICES

CR 5020

The following information provides instructions for the settlement process for the first and second years of the five-year Rural Community Hospital Demonstration, mandated by Section 410A of the Medicare Modernization Act. Initial instructions for changing the method of calculating and administering interim payments were given in CR 3707. CR 5020 specifies the methods of settlements in accordance with the legislation.

INSTRUCCIONES PARA EL INFORME DEL BALANCE DE CRÉDITO

CR 5084

Las instrucciones incluyen material nuevo y revisado para el proceso de informes del balance de crédito para Medicare (Non-MSP) y el para Medicare como Pagador Secundario (MSP). Instrucciones de cómo estos datos deben informarse se encontrarán en el Medicare Financial Management Manual.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5084.pdf>

EXTENSIÓN DE 31 DÍAS DE LOS INFORMES DE COSTO DE HOSPITAL AFECTADOS POR SECCIÓN 422 DEL MEDICARE MODERNIZATION ACT (MMA)

JMS 06300

Se les requiere a los proveedores archivar el informe de costos en una base anual de datos antes del último día del quinto mes que sigue al cierre del período cubierto.

Hubo cambios significativos en el informe de costo de hospital debido a la implantación de la sección 422 del Acta de Modernización y Mejoramiento (MMA) para medicamentos recetados que se ocupa de la redistribución de posiciones de internos y residentes efectivos para servicios que comienzan después del 1 de julio de 2005.

El primer período del informe de costo afectado significativamente por estos cambios, son los de proveedores con cierre de año fiscal el 30 de septiembre de 2005, cuyos informes de costo deben ser archivados antes del 28 de febrero de 2006.

Debido a la complejidad de la disposición, del tiempo requerido para la prueba, y la aprobación de los sistemas electrónicos del vendedor para implantar los cambios del informe de costo, no habrá suficiente tiempo para los proveedores archivar informes de costo antes del 28 de febrero de 2006. Por lo tanto, una extensión de la fecha del informe de costo de 31 días será concedida hasta el 31 de marzo de 2006, sólo para aquellos hospitales de enseñanza (teaching hospitals) los cuales serán afectados por la redistribución de las posiciones de internos y residentes.

ARTICULOS ESPECIALES

EL NUBC HA ACTUALIZADO LA UB-92

El NUBC (Comité Nacional para la Facturación Uniforme) ha actualizado la UB-92; ésta será reemplazada por la forma en papel UB-04. Durante el período del 1 de marzo de 2007 hasta el 22 de mayo de

INSTRUCTIONS FOR MEDICARE CREDIT BALANCE REPORTING ACTIVITIES

CR 5084

The instructions include revised and new material for Non-Medicare Secondary Payer (Non-MSP) and the Medicare Secondary Payer (MSP) Medicare credit balance reporting process. Reporting Instructions in the Medicare Financial Management Manual.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5084.pdf>

31-DAY EXTENSION OF HOSPITAL COST REPORTS AFFECTED BY SECTION 422 OF MMA

JSM 06300

In accordance with 42 CFR 413.24(f)(2)(i), providers are required to file cost reports on an annual basis on or before the last day of the fifth month following the close of the period covered by the cost report. There have been significant changes to the hospital cost report due to the implementation of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA) section 422 dealing with the redistribution of intern and resident positions effective for services beginning on or after July 1, 2005.

The first cost reporting period significantly affected by these changes are providers with September 30, 2005 fiscal year end, whose cost reports are due to be filed by February 28, 2006.

Due to the complexity of the provision and the time required to test and approve electronic cost report vendor systems implementing these cost report changes, there will not be sufficient time for providers to file cost reports by February 28, 2006 due date. Therefore, a 31 day cost report due date extension will be granted to March 31, 2006, only for those teaching hospitals which will be affected by the redistribution of intern and resident positions.

SPECIAL ARTICLES

NUBC IS UPDATING THE UB-92

The NUBC (National Uniform Billing Committee) is updating the UB-92; it will be replaced by the UB-04 paper form. During the period March 1, 2007 through May 22, 2007, providers that use paper forms for claim submission will be able to submit either the UB-92 or the UB-04 form. CMS expects to discontinue acceptance of UB-92 forms effective May 23, 2007. HIPAA requires submission of National Provider Identifiers (NPIs) on claims effective May 23, 2007, and the UB-92 does not have a field for reporting of NPIs. The dates of this transition period were established by the NUBC. Further information on the UB-92 and the UB-04 is available through the NUBC web site.

2007, los proveedores que utilizan las formas en papel podrán someter reclamaciones en la UB-92 o la forma UB-04. CMS espera continuar la aceptación de la forma UB-92 hasta el 23 de mayo de 2007. HIPAA requiere en las reclamaciones los números de identificación únicos del proveedor (NPIs) efectivo el 23 de mayo de 2007, y la UB-92 actual no tiene un campo para informar estos números (NPIs). Las fechas para este período de transición fueron establecidas por el NUBC. Más información sobre el UB-92 y el UB-04 está disponible en el web site de NUBC.

CMS no puede iniciar la implantación de la UB-04 hasta que no se reciba de la Oficina de Gerencia y Presupuesto la aprobación para esa Forma, tal como es requerido por el Paperwork Reduction Act. Más información sobre los planes de implantación de CMS para la UB-04 será provista una vez se haya obtenido la aprobación.

ACTUALIZACIÓN AL CAPÍTULO 24 (REQUISITOS DE APOYO EDI) DEL MANUAL PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMACIONES MEDICARE PARA NUEVAS REFERENCIAS DE URL DEL WEB DE CMS

CR 4398

El web site de www.cms.hhs.gov ha sido actualizado totalmente. El nuevo sitio en la Web emplea un diseño de uso fácil para visitantes. Esta instrucción actualiza los URL que están actualmente en el capítulo 24 y los reemplaza o remueve si los mismos ya no aplican.

Un artículo de educación al proveedor relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mM4398.pdf>

PROCESOS DE DESAFILIACIÓN DE UN MEDICARE ADVANTAGE

Trasfondo:

Las opciones disponibles de planes de Medicare Advantage a nuestros beneficiarios han aumentado en este año. Algunos de estos beneficiarios están satisfechos con su selección de cubierta, sin embargo, otros optan por regresar a Medicare Tradicional/Original.

Proceso de desafiliación:

Para retornar al Programa Original de Medicare los beneficiarios deben desafiliarse del Plan MA mediante carta escrita a la compañía. El plan Medicare Advantage le proveerá al beneficiario una carta oficial la cual indica la fecha de desafiliación del beneficiario. Estos cambios son efectivos el primer día del próximo mes durante el año 2006. CMS entonces procede a activar los privilegios del beneficiario con el plan Original Medicare, basados en la información obtenida del plan Medicare Advantage. Actualmente, este proceso está tomando más tiempo de lo que se estimaba. Mas aún se están recibiendo quejas de los beneficiarios y proveedores sobre los efectos adversos que esta situación tiene en los servicios del cuidado de la salud.

CMS cannot begin to implement the UB-04 until Office and Management and Budget approval is received for that form, as required under the Paperwork Reduction Act. Further information will be furnished on CMS implementation plans for the UB-04 once that approval has been obtained.

UPDATE TO CHAPTER 24 (EDI SUPPORT REQUIREMENTS) OF THE MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL TO SHOW NEW CMS WEB SITE URL REFERENCES

CR 4398

The www.cms.hhs.gov website has been completely redesigned. The new web site employs a user-friendly design to get visitors the information they need with the least amount of clicks. This instructions updates the URL's that are currently in Chapter 24 and replaces them with the new URL's or removes them if they no longer apply.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4398.pdf>



MEDICARE ADVANTAGE DISAFFILIATION PROCESS

Background:

Our beneficiaries have been exposed to many Medicare Advantages (MAs) options this year. Some of these beneficiaries are quite satisfied with their selection yet others opt to return to the Traditional /Original Medicare Program.

Disaffiliation Process:

To return to the Original Medicare Program beneficiaries must disaffiliate from the Medicare Advantage plan by writing a letter to the company. The MA plan will provide to the beneficiary with an official letter which indicates the beneficiary's disaffiliation date. These changes are effective at the beginning of each month during calendar year 2006. CMS then proceeds to activate the beneficiary's privileges with the Original Medicare plan, based on the information obtained from the Medicare Advantage Plan. Actually, this process is taking

Lo que usted debe saber:

Estos beneficiarios recuperaran sus beneficios bajo Medicare Tradicional/Original. Aunque Medicare no podrá efectuar pago durante este periodo por estas reclamaciones, una vez se actualice nuestro expediente el contratista considerará para pago aquellas reclamaciones que se hayan procesados y denegado por ésta razón. Para agilizar el proceso usted podrá obtener información de elegibilidad del beneficiario a través de nuestro sistema de respuesta automatizada al igual que a través de nuestros Representantes de Servicios Medicare. Una vez se haya actualizado la información usted o el beneficiario podrá solicitar una reapertura para agilizar el pago de las reclamaciones.

PROCESO DE DESAFILIACIÓN DE LOS PLANES MEDICARE ADVANTAGE (MA)

En meses anteriores existía un procedimiento establecido para asistir en la solución de problemas con la fecha de desafiliación de los beneficiarios matriculados en Medicare Advantages (MA), conocidos antes como organizaciones del mantenimiento de la salud (HMOs). En ese proceso los facsímiles a los contratistas de Medicare (Intermediarios y Carriers) fueron dirigidos a CMS para la corrección de los expedientes de beneficiarios con información incorrecta o no actualizada. Desde julio 7 de 2006 este proceso cambió y CMS no acepta más facsímiles.

Ahora los beneficiarios deben llamar al 1-800-Medicare (1-800-633-4227) para solicitar corrección a su información de afiliación y desafiliación. El 1-800-MEDICARE ha desarrollado un proceso para esto, que consiste en enviar una notificación urgente a las Oficinas Regionales de CMS para actualizar estas fechas.

CAMBIOS EN NUESTRO CALENDARIO DE DÍAS FERIADOS

06-RP-026

La Cooperativa de Seguros de Vida de PR (COSVI), ha concedido cuatro días adicionales a los que ya le habíamos informado en el Calendario de Días Feriados 2006, en el Medicare Bulletin 05-RP-21 con fecha del 5 de diciembre de 2005. Es por esto, que nuestras oficinas estarán cerradas los siguientes días:

jueves, 12 de octubre (Descubrimiento de América)
lunes, 20 de noviembre (Posterior al Descubrimiento de PR)
viernes, 22 de diciembre (Fin de Semana de Navidad)
viernes, 29 de diciembre (Fin de Semana de Despedida de Año)

Nuestros sistemas estarán disponibles para sus transmisiones y el Sistema Remote estará disponible en su horario regular.

more time than expected. Moreover, we are receiving complaints from beneficiaries and providers of the adverse effects this situation is having on health care services.

What you should know:

These beneficiaries will regain their Original Medicare privileges and your claims shall be properly adjudicated. Please be advised that although these claims can not be paid during this period, once our records are properly updated we will consider those claims that have been processed and denied for payment. To help expedite the payment of your claims you can obtain the beneficiary’s eligibility information through our Interactive Voice Response System (IVR) as well as through our Customer Service Representatives (CSR). Once the information is updated you or the beneficiary can request a reopening so that we can consider the claims for payment.

MEDICARE ADVANTAGE (MA) DISENROLLMENT PROCESS

A process was previously established to assist in resolving MA’s (formerly known as Health Maintenance Organizations (HMOs) disenrollment date problems. In that process, faxes were forwarded to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) for correction. Effective July 7, 2006, this process changed and CMS no longer accepts faxes.

Beneficiaries now need to contact 1-800-Medicare (1-800-633-4227) to resolve these matters. The 1-800-MEDICARE unit has developed a process that when these issues come in, they will be placed on a complaint tracking form and followed until resolution. Urgent issues will be forwarded to the Regional Offices.

COSVI HOLIDAYS UPDATE

06-RP-026

Cooperativa de Seguros de Vida de PR (COSVI), has evaluated its 2006 calendar for holidays and updated it to include additional days to the ones already notified to you on Medicare Bulletin 05-RP-21 dated December 5, 2005.

COSVI will be closed for business during the following additional days:

Thursday, October 12, 2006
Monday, November 20, 2006
Friday, December 22, 2006
Friday, December 29, 2006

Our systems (Remote & Claims transmission) will be available during the regular hours.



NOTI MEDICARE

 **COOPERATIVA DE SEGUROS
DE VIDA DE PUERTO RICO**
MEDICAL HEALTH INSURANCE PROGRAM

 **CMS**
CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

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

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