

NOTI MEDICARE

Boletín Informativo
del Intermediario Fiscal

Noti Medicare Diciembre 2006 Año 13-Num.1

TABLA DE CONTENIDO

CUBIERTA

- Nuevo uso para el Aviso de No Cobertura Emitido por el Hospital 3
- Demostración de una Licitación Competitiva para Laboratorio
- Cambios a las Determinaciones Nacionales de Cubierta (NCDs) de Laboratorio de Octubre 2006

RECLAMACIONES

- Terapia Ambulatoria 4
- Editajes de Unidades por Servicio
- Requisitos para el Pago de Servicios Diagnósticos y otras Pruebas Diagnósticas 5
- Revisión a la Notificación de Aviso al Beneficiario por Servicios de Salud en el Hogar
- Modificaciones en los editajes del Archivo de Trabajo Común (CWF) por estadías interrumpidas
- Modificación a los Acuerdos de Coordinación de Beneficios (COBA) 6
- Recolección de pagos realizados durante el período de inscripción en los Servicios Telehealth de Medicare 7
- La Actualización de los Servicios de Telehealth
- Deducible No Aplicado a las Pruebas de Cernimiento del Cáncer de Colorectal
- Pago por el Transplante de Islole de Célula en los Ensayos Clínicos patrocinados por el Instituto Nacional de Salud
- Revisión a las Políticas de Monitoreo del Epoetin y Aranesp 8
- Cambio en los Códigos para las Facilidades y Hospitales que facturan diálisis renal relacionado Alfa Epoetin (EPO) efectivo el 1 de enero de 2007
- Información sobre el Identificador Nacional Único
- Corrección a la Facturación Consolidada (CB) de una Facilidad de Cuidado Diestro (SNF) 9
- Actualización Anual 2007 a los Pagos de Bonos en las Áreas con Escasez de Profesionales de Salud (HPSA)
- Información de los Códigos de Taxonomía para identificar las Subpartes en reclamaciones institucionales
- Especificaciones del Outpatient Code Editor Versión 7.3 para el Sistema de Pagos Prospectivos Ambulatorios de Octubre 2006 10
- Actualización de Octubre 2006 para las especificaciones del OCE Versión 22.0 para Hospitales que no están en OPSPS
- Actualización Trimestral de Octubre 2006 para las Tarifas de Equipo Médico, Protésicos, Ortóticos y Suplidos
- Precio de Venta Promedio Trimestral de Octubre 2006 para Medicamentos en la Parte B de Medicare 11
- Actualización de Octubre 2006 del Sistema de Pagos Prospectivos

Ambulatorios: Resumen de Cambios en las Políticas de Pago

- Terminación del Código HCPCS G0107 12
- Revisión de las Tarifas de Equipo Médico Duradero para el 2006

ARTICULOS ESPECIALES

- Primer Contrato para los Contratistas Administrativos de Parte A y B de Medicare (A/B MAC)
- Divulgación de información de referencia por los Centros de Contacto del Proveedor del 13
- Primas y deducible de Medicare para el 2007
- Días Feriados en COSVI: Diciembre 2006 14

REVISIÓN MÉDICA

- Nuevos contratistas que ayudaran a identificar fraude en el nuevo Programa de Cobertura para Recetas Medicas de Medicare Parte D 15
- Programa de Hospitalización Parcial (PHP) y razones de denegación 16

NOTI MEDICARE

Noti Medicare December 2006 Year 13 Num.1

TABLE OF CONTENTS

COVERGE

- New Use of Hospital Issued Notice of Noncoverage (HINN) 3
- Laboratory Competitive Bidding Demonstration
- Changes to the Laboratory National Coverage Determination (NCD) Edit Software for October 2006

CLAIMS

- Outpatient Therapy 4
- Medically Unlikely Edits (MUE)
- Requirements for Diagnostic Services and Other Diagnostic Tests 5
- Revised Home Health Advance Beneficiary Notice (HHABN)
- Modifications to the Common Working File (CWF) Interrupted Stay Edits
- Modification to the Coordination of Benefits Agreement (COBA) 6
- Collection of Payments made during Periods of Managed Care Enrollment
- Medicare Telehealth Services
- Medicare Telehealth Services Update 7
- Non-Application of Deductible for Colorectal Cancer Screening Tests
- Payment for Islet Cell Transplantation in National Institute Health (NIH)-Sponsored Clinical Trials
- Revisions to the Epoetin (EPO) and Aranesp Monitoring Policy 8
- Change in HCPCS for Renal Dialysis Facilities and Hospitals Billing for ESRD Related Epoetin Alfa (EPO) Effective January 1, 2007
- National Provider Identifiers (NPIs) Information
- Correction to Skilled Nursing Facility (SNF) Consolidated Billing (CB) Enforcement 9
- 2007 Annual Update for the Health Professional Shortage Area (HPSA) Bonus Payments
- Reporting of Taxonomy Codes to Identify Provider Subparts on Institutional Claims
- October 2006 Outpatient Prospective Payment System Outpatient Code Editor Specifications Version 7.3 (OPPS) 10
- October 2006 Non-Outpatient Prospective Payment System Outpatient Code Editor (Non-OPPS OCE) Specifications Version 22.0
- October Quarterly Update for 2006 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule
- October 2006 Quarterly Average Sales Price (ASP) Medicare Part B Drug Pricing File 11
- October 2006 Update of the Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS): Summary of Payment Policy Changes

- Termination of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) Code G0107 12
- Revised 2006 Durable Medical Equipment Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule Files

SPECIAL ARTICLES

- First Contract for a Part A/Part B Medicare Administrative Contractor (MAC) 13
- Disclosure Desk Reference for Provider Contact Centers
- Medicare Deductible and Premium Rates for 2007- 14
- 2006 December Holiday Schedule at COSVI

MEDICAL REVIEW

- New contractors help identify fraud in the Medicare Part D Prescription Drug Program 15
- Partial Hospitalization Program (PHP) and Denial Reasons 16

Board of Editors

Alba Cosme
Ada L. Vélez Mass
Sandra Peña

CUBIERTA**NUEVO USO PARA EL AVISO DE NO COBERTURA EMITIDO POR EL HOSPITAL****CR 5070**

Este artículo ofrece un lenguaje modelo para el nuevo aviso de no cobertura emitida por el hospital. Este aviso puede ser utilizado como una notificación de responsabilidad para los beneficiarios hospitalizados en espera de recibir procedimientos diagnósticos específicos o terapéuticos que están separados del tratamiento cubierto/pagado/incluido dentro de la estada en hospital.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en:
<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5070.pdf>

DEMOSTRACIÓN DE UNA LICITACIÓN COMPETITIVA PARA LABORATORIO**CR 5205**

La siguiente información provee las instrucciones para la implantación de una demostración de la licitación competitiva de laboratorio. Los requisitos especificados en esta instrucción son parte de la preparación para la implantación de la demostración en la primera fase de la licitación competitiva del 1 de abril de 2007. El proyecto cubrirá las pruebas de demostración a beneficiarios con la Parte B que vivan en los lugares de la demostración, según determinado por el código postal de la residencia del beneficiario. Las pruebas para pacientes hospitalizados están cubiertas por la Parte A de Medicare y, por consiguiente, exentas de la demostración. Las pruebas de laboratorio en una oficina médica y como servicios ambulatorios de hospital no están incluidas en la demostración, excepto dónde la oficina del médico o laboratorio del hospital funcione como un laboratorio independiente que realiza la prueba para un beneficiario quien no es un paciente del médico o del departamento ambulatorio de hospital.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en:
<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5205.pdf>

DETERMINACIONES DE CUBIERTA NACIONAL (NCD)**CAMBIOS A LAS DETERMINACIONES NACIONALES DE CUBIERTA (NCDs) DE LABORATORIO DE OCTUBRE 2006****CR 5293**

De acuerdo con el capítulo 16, de la sección §120.2, las correcciones al módulo de editajes para servicios de laboratorio son actualizados trimestralmente. Los cambios son el resultado del análisis en las decisiones de codificación desarrolladas bajo los procedimientos para el mantenimiento de códigos en las negociaciones de NCDs y las actualizaciones bianuales de los códigos del ICD-9-CM. Esta instrucción comunica los requisitos a los mantenedores del sistema y a

COVEREGE**NEW USE OF HOSPITAL ISSUED NOTICE OF NONCOVERAGE (HINN)****CR 5070**

This article offers model language for a new HINN that may be used as a liability notice for fee-for-service inpatient hospital beneficiaries who are due to receive specific diagnostic or therapeutic procedures that are separate from treatment covered/paid/bundled into the inpatient stay.

A provider education article related to this instruction is available at:
<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5070.pdf>

LABORATORY COMPETITIVE BIDDING DEMONSTRATION**CR 5205**

The following information provides instructions for the implementation of a laboratory competitive bidding demonstration. The requirements specified in this instruction are in preparation for the implementation of the demonstration in the first competitive bidding area on April 1, 2007. The project will cover demonstration tests for all Medicare Part B beneficiaries who live in the demonstration sites, as determined by the zip code of the beneficiary's residence. Hospital inpatient testing is covered by Medicare Part A and is, therefore, exempt from the demonstration. Physician office laboratory testing and hospital outpatient testing are not included in the demonstration, except where the physician office or hospital laboratory functions as an independent laboratory performing testing for a beneficiary who is not a patient of the physician or hospital outpatient department.

A provider education article related to this instruction is available:
<http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5205.pdf>

NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD)**CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR OCTOBER 2006****CR 5293**

In accordance with Chapter 16, §120.2, the laboratory edit module is updated quarterly. The changes are a result of coding analysis decisions developed under the procedures for maintenance of codes in the negotiated NCDs and biannual updates of the ICD-9-CM codes. This instruction communicates requirements to shared system maintainers and contractors notifying them of changes to the laboratory edit module to update it for changes in laboratory NCD code lists for October 2006. Changes are being made to the NCD code lists as described below. These changes become effective for services furnished on or after October 1, 2006.

los contratistas para notificarles sobre los cambios al módulo de editajes para servicios de laboratorio para que actualicen los cambios en las listas de códigos de NCD de laboratorio correspondientes a octubre 2006. Estos cambios son efectivos para los servicios provistos a partir del 1 de octubre de 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5293.pdf>

RECLAMACIONES

TERAPIA AMBULATORIA

CR 5253

Esta instrucción provee las limitaciones adicionales en servicios de terapia ambulatoria, consistentes con las provisiones del Acta del Déficit de Reducción del 2005. Algunos servicios están limitados a una cantidad específica de unidades por día por terapia física, terapia ocupacional y patología del lenguaje, por separado, para controlar la facturación inapropiada.

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

EDITAJES DE UNIDADES POR SERVICIO

CR 4209

Para disminuir el promedio de reclamaciones pagadas por error, CMS ha establecido editajes para las unidades por servicio, los mismos se llaman MUEs (Medically Unlikely Edits). El contratista encargado de la Iniciativa para Codificación Correcta desarrolla y mantiene estos editajes. Un MUE se define como un editaje que revisa para un mismo beneficiario, las reclamaciones, los códigos HCPCS, las fechas de servicio, y la facturación de un proveedor contra el criterio de número de unidades por servicio. Los editajes auto-deniegan o auto-suspenden (donde el sistema no pueda identificar las unidades en exceso) todas las unidades de servicio facturadas en exceso del criterio establecido de número de unidades para ese servicio. Los MUEs aplican específicamente sólo a los servicios incluidos en la tabla de editajes. Esto significa que no todos los servicios necesariamente tendrán un MUE asociado con ellos (ej., drogas y anestesia). Esta instrucción requiere que el contratista de Medicare deniegue las unidades de servicio que exceden el criterio de MUE y pague los otros servicios en la línea como parte del procesamiento de reclamaciones iniciales.

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

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5293.pdf>

CLAIMS

OUTPATIENT THERAPY

CR 5253

This instruction provides additional limitations on outpatient therapy services, consistent with the provisions of the Deficit Reduction Act of 2005. Certain services are limited to certain numbers of units per day for physical therapy, occupational therapy and speech-language pathology, separately to control inappropriate billing.

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

MEDICALLY UNLIKELY EDITS (MUE)

CR 4209

To lower the Medicare Fee-For-Service Paid Claims Error Rate, CMS established units of service edits referred to below as MUEs. The correct coding initiative contractor develops and maintains these edits. An MUE is defined as an edit that tests claims for the same beneficiary, Health Care Common Procedure Code System code, dates of service, and billing provider against a criteria number of units of service. The edits auto-deny or auto-suspend (where the shared system cannot identify excess units) all units of service billed in excess of the criteria number of units of service. The MUEs only apply to the services specifically listed in the table of edits; thus, all services will not have MUE associated with them (e.g., drugs and anesthesia). This instruction requires that Medicare contractors deny units of service that exceed MUE criteria and pay the other services on the line as part of initial claims processing activities.

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

REQUISITOS PARA EL PAGO DE SERVICIOS DIAGNÓSTICOS Y OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

CR 4400

Este artículo alerta a los proveedores que Medicare puede ahora pagar por los servicios diagnósticos de un psicólogo clínico cuando supervisa la ejecución de una prueba psicológica diagnóstica. En un nivel de supervisión médica cuatro, la política de supervisión médica de Medicare es modificada para que la política no aplique cuando el procedimiento es provisto bajo la supervisión general de un psicólogo clínico.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4400.pdf>

REVISIÓN A LA NOTIFICACIÓN DE AVISO AL BENEFICIARIO POR SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR

CR 5009

La notificación de aviso al beneficiario por servicios de salud en el hogar ha sido requerida desde 2002 para informar a los beneficiarios con Medicare Original sobre los posibles cargos no cubiertos cuando aplica un límite de responsabilidad. Sin embargo, por una decisión de la Corte Federal, se solicita a CMS la revisión de este aviso y sus instrucciones para abarcar requisitos más amplios de notificación codificados bajo condiciones de participación (COP) para las Agencias de Salud en el Hogar (HHAs).

La sección 1879 del Acta del Seguro Social protege a los beneficiarios contra la responsabilidad de pago en ciertas situaciones, a menos que ellos sean notificados por adelantado de su potencial responsabilidad.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5009.pdf>

MODIFICACIONES EN LOS EDITAJES DEL ARCHIVO DE TRABAJO COMÚN (CWF) POR ESTADÍAS INTERRUPTIDAS

CR 5073

Medicare define la “interrupción de una estadía” como, una estadía en un LTCH durante el cual un paciente hospitalizado es dado de alta, y se readmite en el mismo LTCH dentro de un período específico. Para propósitos de pago, todas las estadías interrumpidas son tratadas como un alta del LTCH.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5073.pdf>

LTCH Interrupted Stay Timeframes

Provider Type	Fixed-Day Period
Acute Care Hospital	1-9 if surgical DRG is present on acute care hospital claim
Acute Care Hospital	4-9 if no surgical DRG present on acute care hospital claim
IRF	4-27
SNF/Swing-Bed	4-45

REQUIREMENTS FOR DIAGNOSTIC SERVICES AND OTHER DIAGNOSTIC TESTS

CR 4400

This article alerts providers that Medicare may now pay for the services of a clinical psychologist when they supervise the performance of diagnostic psychological testing. Under the physician supervision level of four, Medicare’s physician supervision policy is modified so the policy does not apply when the procedure is furnished under the general supervision of a clinical psychologist.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM4400.pdf>

REVISED HOME HEALTH ADVANCE BENEFICIARY NOTICE (HHABN)

CR 5009

Home Health Advance Beneficiary Notice have been required since 2002 to inform beneficiaries in Original Medicare about possible noncovered charges when limitation of liability applies. CMS was directed, however, by a Federal Court decision to revise this notice and its instructions to encompass broader notification requirements codified under the Conditions of Participation (COPs) for Home Health Agencies (HHAs).

Section 1879 of the Social Security Act (the Act) protects beneficiaries from payment liability in certain situations unless they are notified of their potential liability in advance.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5009.pdf>

MODIFICATIONS TO THE COMMON WORKING FILE (CWF) INTERRUPTED STAY EDITS

CR 5073

Medicare defines “interruption of a stay” as a stay at a LTCH during which a Medicare inpatient is discharged from a LTCH, and is readmitted to the same LTCH within a specified period of time. For payment purposes, all interrupted stays are treated as one discharge from the LTCH.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5073.pdf>

MODIFICACIÓN A LOS ACUERDOS DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COBA)

CR 5094

Como parte del proceso consolidado de intercambio de facturas (crossover) de COBA, el Contratista para la Coordinación de Beneficios (COBC) descarga los criterios de selección de reclamaciones de cada participante del intercambio en un archivo conocido como el Archivo de Seguros de COBA (COIF). El COBC transmite un extracto de los COIF a cada archivo de trabajo común (CWF) en una base semanal. Cuando se procesan reclamaciones a través del CWF, el sistema aplica esta logística para incluir o excluir las reclamaciones.

Como parte del proceso nacional del COBA, efectivo desde el 1 de octubre de 2006, el CWF aceptará y procesará el formato revisado de COIF, como ha sido provisto en el anejo A. Como parte de los cambios de COIF, CMS está cambiando el nombre del campo 170: "Original Claims Paid at Greater than 100% of the Submitted Charges" a "Original Claims Paid at Greater than 100% of the Submitted Charges without Deductible or Co-Insurance Remaining." Además, CMS está reduciendo los bytes totales para el criterio de selección del "Contractor ID" como parte de esta solicitud de cambio.

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

RECOLECCIÓN DE PAGOS REALIZADOS DURANTE EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN EN LOS MEDICARE ADVANTAGE

CR 5105

CMS puede pagar por los servicios médicos de un beneficiario más de una vez cuando ocurren un conjunto de circunstancias específicas. Una vez el sistema de datos reconoce que un beneficiario se ha matriculado en un Medicare Advantage (MA), el MA recibe los pagos del "capitation" por ese beneficiario.

En algunos casos, se procesan inscripciones con las fechas retroactivas. El resultado de esto es, que Medicare puede pagar los servicios ofrecidos durante un período específico de inscripción dos veces; uno por el servicio específico que fue pagado al contratista de Medicare que recibe pagos por servicio, y en segundo lugar, por los sistemas de pago del MA en una tarifa mensual del "capitation" al plan. Esta instrucción asegurará que cualquier reclamación de pago por servicio que fuera aprobada para pago erróneamente sea procesada a base del procedimiento normal de recobro usado por los contratistas para los pagos excesivos.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5105.pdf>

SERVICIOS TELEHEALTH DE MEDICARE

CR 5201

Una corrección fue realizada a la cantidad de pago relacionada con los servicios de telesalud cuando el lugar de distancia del profesional está localizado en un hospital de acceso crítico.

En situaciones dónde un hospital de acceso crítico (CAH) ha elegido

MODIFICATION TO THE COORDINATION OF BENEFITS AGREEMENT (COBA)

CR 5094

As part of the COBA consolidated crossover process, the Coordination of Benefits Contractor (COBC) loads each trading partner's claims selection criteria to a file known as the COBA Insurance File (COIF). The COBC transmits an extract of the COIF to each Common Working File (CWF) host site on a weekly basis. As claims are processed through the CWF, that system applies logic to either include or exclude the claims.

Effective with October 1, 2006, the CWF shall accept and process the revised COIF layout, as provided in Attachment A, as part of the national COBA crossover process. As part of the COIF changes, the CMS is changing the name of field 170 from "Original Claims Paid at Greater than 100% of the Submitted Charges" to "Original Claims Paid at Greater than 100% of the Submitted Charges without Deductible or Co-Insurance Remaining." In addition, CMS is reducing the total bytes for the "Contractor ID" selection criterion as part of this change request.

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

COLLECTION OF PAYMENTS MADE DURING PERIODS OF MANAGED CARE ENROLLMENT

CR 5105

CMS pays for a beneficiary's medical services more than once when a specific set of circumstances occurs. Once the data systems recognize a beneficiary has enrolled in a Medicare Advantage (MA) Organization, the MA receives capitation payments for a beneficiary.

In some cases, enrollments with retroactive dates are processed. The result is that Medicare may pay for the services rendered during a specific period twice; once for the specific service which was paid by the fee-for-service Medicare contractor, and secondly by the MA Payment Systems in the monthly capitation rate to the plan. This CR will ensure that any fee-for-service claims that were approved for payment erroneously are submitted to the normal collection process used by the contractors for overpayments.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5105.pdf>

MEDICARE TELEHEALTH SERVICES

CR 5201

A correction was made to the payment amount regarding telehealth services when the distant site practitioner is located in a critical access hospital.

In situations where a CAH has elected payment Method II for CAH outpatients, and the practitioner has reassigned his/her benefits to the CAH, FIs should make payment for telehealth services provided by

el Método de pago II para pacientes ambulatorios del CAH, y el profesional ha reasignado los beneficios de estos pacientes al CAH, el Intermediario Fiscal debe realizar el pago por los servicios de telesalud provistos por el médico o profesional al 80 por ciento de la cantidad de MPFS por el servicio del lugar de distancia. El capítulo 12, sección 190.6.1 fue revisada para reflejar estos cambios.

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

LA ACTUALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TELEHEALTH

CR 5122

Para facturar los servicios de telesalud provistos después del 1 de enero de 2006, no se utilizarán los códigos de CPT 99261- 99263 (hospital inpatient follow-up consultations) o 99271-99275 (confirmatory consultations). Estos códigos no son válidos y de utilizarlos el reembolso podría verse afectado.

La Asociación Médica Americana ha eliminado los códigos de CPT 99261 - 99263 (hospital inpatient follow-up consultations) y los códigos 99271 - 99275 (confirmatory consultations). Efectivo el 1 de enero de 2006, estos códigos de CPT ya no existirán y serán removidos del "Physician Fee Schedule".

Asegúrese de que su personal de facturación esté enterado que los códigos de CPT 99261- 99263 y 99271-99275 ya no serán más utilizados para los servicios de telesalud.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5122.pdf>

DEDUCIBLE NO APLICADO A LAS PRUEBAS DE CERNIMIENTO DEL CÁNCER DE COLORECTAL

CR 5127

El deducible anual de la parte B para las pruebas de cernimiento para el cáncer colorectal mencionadas en la lista, no aplicará a los servicios provistos después del 1 de enero de 2007:

• G0104 • G0105 • G0106 • G0120

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5127.pdf>

PAGO POR EL TRANSPLANTE DE ISLOTE DE CÉLULA EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS PATROCINADOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

CR 5140

CMS actualizó el modificador utilizado en reclamaciones para el trasplante de la célula de islotes y para el seguimiento de rutina relacionado con el trasplante en ensayos clínicos patrocinados por el

the physician or practitioner at 80 percent of the MPFS amount for the distant site service. Chapter 12, Section 190.6.1 was revised to reflect these policy changes.

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

MEDICARE TELEHEALTH SERVICES UPDATE

CR 5122

When billing for telehealth services provided on or after January 1, 2006, do not use current procedure terminology (CPT) codes 99261-99263 (hospital inpatient follow-up consultations) or 99271-99275 (confirmatory consultations). These codes no longer exist, and using them could impact your reimbursement.

The American Medical Association has deleted CPT codes 99261 – 99263 (hospital inpatient follow-up consultations) and codes 99271 - 99275 (confirmatory consultations). Effective January 1, 2006, these CPT codes no longer exist and were removed from the physician fee schedule.

Make sure that your billing staffs are aware that CPT codes 99261-99263 and 99271-99275 are no longer usable for telehealth services.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5122.pdf>

NON-APPLICATION OF DEDUCTIBLE FOR COLORECTAL CANCER SCREENING TESTS

CR 5127

The annual Part B deductible for colorectal cancer screening tests listed below will not apply for services furnished on or after January 1, 2007:

• G0104 • G0105 • G0106 • G0120

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5127.pdf>

PAYMENT FOR ISLET CELL TRANSPLANTATION IN NATIONAL INSTITUTE HEALTH (NIH)-SPONSORED CLINICAL TRIALS

CR 5140

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is updating the modifier used for claims for islet cell transplantation and for routine follow-up care related to the transplantation in NIH-sponsored clinical trials. Please note that effective for islet cell transplantation and routine

Instituto Nacional de Salud. Por favor note que para el trasplante de células de islotes y para los servicios de seguimiento de rutina relacionado con el trasplante de la célula del islote efectivo en o después del 1 de mayo de 2006, el modificador del QV ya no será válido. El modificador de QR (item or service provided in a Medicare-specified study) reemplazará el modificador QV para los servicios en o después del 1 de mayo de 2006.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción estará disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5140.pdf>

REVISIÓN A LAS POLÍTICAS DE MONITOREO DEL EPOETIN Y ARANESP

CR 5251

Las instrucciones en el CR 4135 serán aplicadas a los pacientes que recibieron su EPO o Aranesp® en el centro de diálisis renal. Para las fechas de servicio del 1 de abril de 2006 en adelante, las reclamaciones para los pacientes que optaron en recibir el tratamiento de diálisis en el hogar bajo el Método 1 o Método 2 y el EPO o Aranesp® auto-administrado en su hogar no se requiere informar el modificador GS y por lo tanto, no están sujetos al 25% de reducción en el pago según lo descrito en el CR 4135. Los proveedores deben informar en las reclamaciones el código de condición 70 para identificar a los pacientes de diálisis en el hogar que se auto-administran EPO o Aranesp® y el código de condición 76 para los pacientes de diálisis en el hogar que recibieron servicios de asistencia en la facilidad. Hasta que esta instrucción sea implantada, los proveedores pueden solicitar los ajustes de reclamaciones por servicios de diálisis en el hogar que recibieron una reducción inapropiada del 25% en el pago.

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

CAMBIO EN LOS CÓDIGOS PARA LAS FACILIDADES Y HOSPITALES QUE FACTURAN DIÁLISIS RENAL RELACIONADO ALFA EPOETIN (EPO) EFECTIVO EL 1 DE ENERO DE 2007

CR 5216

Un nuevo código ha sido establecido para una inyección de alfa epoetin, de 100 unidades para pacientes renales en diálisis. El nuevo código, Q4081 será efectivo el 1 de enero de 2007. Las facilidades y hospitales que ofrecen servicios renales deben continuar utilizando el código J0886 y comenzar a utilizar el código Q4081 para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5216.pdf>

INFORMACIÓN SOBRE EL IDENTIFICADOR NACIONAL ÚNICO

CR 5217

Hasta nuevo aviso y antes del 23 de mayo de 2007, los proveedores deben informar su número de proveedor de Medicare para someter

follow up services related to the islet cell transplantation on or after May 1, 2006, the QV modifier is no longer valid. The QR modifier (item or service provided in a Medicare-specified study) will replace the QV modifier for services on or after May 1, 2006.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5140.pdf>

REVISIONS TO THE EPOETIN (EPO) AND ARANESP MONITORING POLICY

CR 5251

The instructions in the Change Request 4135 are to be applied to patients that receive their EPO or Aranesp® in the renal dialysis center. For dates of service April 1, 2006 and later, claims for patients that have opted to receive home dialysis under Method 1 or Method 2 and are self-administering the EPO or Aranesp® in their home are not required to report the GS modifier and therefore, are not subject to the 25% payment reduction as described in CR 4135. Providers should report condition code 70 on claims to identify home dialysis patients that self-administer EPO or Aranesp® and condition code 76 for the home dialysis patients that received back-up services in the facility. Upon implementation of this instruction, providers may request claim adjustments for home dialysis claims that received an inappropriate 25% reduction in payment.

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

CHANGE IN HCPCS FOR RENAL DIALYSIS FACILITIES AND HOSPITALS BILLING FOR ESRD RELATED EPOETIN ALFA (EPO) EFFECTIVE JANUARY 1, 2007

CR 5216

A new HCPCS code has been established for an injection of epoetin alfa, 100 units for ESRD patients on dialysis. The new code, Q4081 will be effective January 1, 2007. Renal dialysis facilities and hospitals should discontinue using the code J0886 and begin using the code Q4081 for claims with dates of service on or after January 1, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5216.pdf>

NATIONAL PROVIDER IDENTIFIERS (NPIS) INFORMATION

CR 5217

Until further notice and prior to May 23, 2007, providers should report the Medicare legacy identifiers of those providers enrolled to submit claims to Medicare, as well as their NPI.

facturas así como también su NPI.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción es encuentra en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5217.pdf>

CORRECCIÓN A LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA (CB) DE UNA FACILIDAD DE CUIDADO DIESTRO (SNF)

CR 5220

Cuando un pago no es posible en la Parte A del programa por razones tales como que los beneficios se han agotado o la estadía en un SNF es parcialmente cubierta, algunos o todos los servicios provistos en estos períodos no cubiertos pueden ser médicamente necesarios y pueden ser cubiertos como servicios auxiliares bajo la Parte B. Bajo la provisión de facturación consolidada de los SNF, los servicios de terapia que están sujetos a la facturación consolidada durante la estadía de SNF no cubierta, sólo pueden ser facturados con un tipo de factura 22x (SNF inpatient Part B). Actualmente han sido rechazados los tipos de factura 22x que contienen servicios de terapia sujeto a la facturación consolidada cuando caen dentro de períodos parcialmente cubiertos identificados en los tipos de factura inpatient (es decir, tipos de factura 21x).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5220.pdf>

ACTUALIZACIÓN ANUAL 2007 A LOS PAGOS DE BONOS EN LAS ÁREAS CON ESCASEZ DE PROFESIONALES DE SALUD (HPSA)

CR 5237

Este artículo requiere a los Carriers e Intermediarios a utilizar el nuevo archivo de pago de la prima de HPSA para el pago automatizado de las facturas con fechas de servicio del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2007.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm5237.pdf>

INFORMACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE TAXONOMÍA PARA IDENTIFICAR LAS SUBPARTES EN RECLAMACIONES INSTITUCIONALES

CR 5243

Efectivo el 1 de enero de 2007, los proveedores institucionales que someten reclamaciones por su facilidad primaria y las subpartes (tales como, unidades psiquiátricas, unidades de rehabilitación, etc.) deben



A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5217.pdf>

CORRECTION TO SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) ENFORCEMENT

CR 5220

When no Part A program payment is possible, for reasons such as the beneficiary's benefits have exhausted or the inpatient SNF stay is partially non-covered, some or all services provided in these non-covered periods may be medically necessary and may be covered as ancillary services under Part B.

Under the SNF CB provision, therapy services are subject to SNF CB during non-covered SNF stays and are only billable on a 22x (SNF inpatient Part B) bill type. Currently, 22x bill types that contain therapy services subject to SNF CB are being rejected for SNF CB when they fall within partially non-covered periods identified on inpatient SNF bill types (i.e. 21x bill types).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5220.pdf>

2007 ANNUAL UPDATE FOR THE HEALTH PROFESSIONAL SHORTAGE AREA (HPSA) BONUS PAYMENTS

CR 5237

This article instructs Carriers and FIs to use the new HPSA bonus payment file for the automated bonus payment for claims with dates of service on or after January 1, 2007, through December 31, 2007.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm5237.pdf>

REPORTING OF TAXONOMY CODES TO IDENTIFY PROVIDER SUBPARTS ON INSTITUTIONAL CLAIMS

CR 5243

Effective January 1, 2007, institutional Medicare providers who submit claims for their primary facility and its subparts (such as psychiatric unit, rehabilitation unit, etc.) must report a taxonomy code on all claims

informar un código taxonómico en todas las facturas sometidas. El código taxonómico asistirá a Medicare en el pareo del identificador nacional del proveedor (NPI) con cada una de las subpartes, en el caso donde el proveedor elija no solicitar un NPI para cada uno de las subpartes individualmente.

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

**ESPECIFICACIONES DEL OUTPATIENT CODE EDITOR
VERSION 7.3 PARA EL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS
AMBULATORIOS DE OCTUBRE 2006**

CR 5244

Esta notificación describe los cambios al sistema de pagos prospectivos ambulatorios para la actualización de Octubre 2006. El Outpatient Code Editor (OCE) de Octubre 2006 y el PRICER reflejarán los códigos HCPCS, los APCs que han sido añadidos, y otras revisiones identificadas en esta notificación.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5244.pdf>

**ACTUALIZACIÓN DE OCTUBRE 2006 PARA LAS
ESPECIFICACIONES DEL OCE VERSIÓN 22.0 PARA HOSPITALES
QUE NO ESTÁN EN OPPTS**

CR 5256

El OCE para servicios no reembolsables bajo OPPTS (non-OPPS) ha sido actualizado con nuevos cambios en códigos. Este OCE es utilizado para procesar facturas que no se reembolsan en el sistema de pagos de OPPTS.

Los cambios realizados a la versión 22.0 para procesar facturas que no se reembolsan en el sistema de pagos de OPPTS puede ser obtenido en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles>

**ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE OCTUBRE 2006 PARA LAS
TARIFAS DE EQUIPO MÉDICO, PROTÉSICOS, ORTÓTICOS Y
SUPLIDOS**

CR 5255

Esta instrucción provee los detalles relacionados con la actualización trimestral de octubre 2006 para las tarifas de equipo médico duradero, protésicos, ortóticos y suplidos (en inglés, DMEPOS). Las tarifas de DMEPOS son actualizadas trimestralmente a fin de implementar las tarifas para códigos nuevos y revisar cualquier cantidad para las tarifas de códigos existentes que fueron calculados en error. El proceso de actualización trimestral para los DMEPOS está localizado en el Manual para el Procesamiento de Reclamaciones, Publicación 100-04, Capítulo 23, Sección 60.

submitted. The taxonomy code will assist Medicare in crosswalking from the national provider identifier (NPI) of the provider to each of its subparts in the event that the provider chooses not to apply for a unique NPI for each of its subparts individually.

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

**OCTOBER 2006 OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM
OUTPATIENT CODE EDITOR SPECIFICATIONS VERSION 7.3
(OPPS)**

CR 5244

This notification describes changes to the OPPTS for the October 2006. The October 2006 Outpatient Code Editor (OCE) and OPPTS PRICER will reflect the Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes and ambulatory payment classification (APC) additions and changes, and other revisions, identified in this notification.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5244.pdf>

**OCTOBER 2006 NON-OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT
SYSTEM OUTPATIENT CODE EDITOR (NON-OPPTS OCE)
SPECIFICATIONS VERSION 22.0**

CR 5256

The Non-OPPTS 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 OPPTS. The changes made to version 22.0 of the non-OPPTS OCE can be obtained at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles>

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

CR 5255

This notification provides specific instructions regarding the October quarterly update for the 2006 DMEPOS fee schedule. The DMEPOS fee schedules are updated on a quarterly basis in order to implement fee schedule amounts for new codes, and to revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error. The quarterly updates process for the DMEPOS fee schedule is located in the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 23, Section 60.

Más información relacionada con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1037CP.pdf>

More information about this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R1037CP.pdf>

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

CR 5270

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.

Para el 2006, una tarifa separada de \$0.146 por I.U. del factor de coagulación de sangre es pagadera cuando el pago separado para el factor de coagulación de sangre es realizado. La tarifa provista será incluida en la cantidad de pago de los precios de archivo trimestral del ASP.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5270.pdf>

ACTUALIZACIÓN DE OCTUBRE 2006 DEL SISTEMA DE PAGOS PROSPECTIVOS AMBULATORIOS: RESUMEN DE CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS DE PAGO

CR 5304

Esta notificación describe los cambios e instrucciones de facturación para varias políticas de pago que fueron implantados en la actualización de octubre de 2006. El Outpatient Code Editor (OCE) y OPSS PRICER reflejarán las adiciones y cambios relacionados a los HCPCS, APC's y Modificadores identificados en esta instrucción.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción esta disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5304.pdf>



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

CR 5270

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. Per the MMA, 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. Pricing for compounded drugs

is performed by the local contractor.

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 OPSS, 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.

For 2006, a separate fee of \$0.146 per I.U. of blood clotting factor furnished is payable when separate payment for the blood clotting factor is made. The furnishing fee will be included in the payment amounts on the quarterly ASP pricing files.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5270.pdf>

OCTOBER 2006 UPDATE OF THE HOSPITAL OUTPATIENT PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM (OPSS): SUMMARY OF PAYMENT POLICY CHANGES

CR 5304

This Recurring Update Notification describes changes to, and billing instructions for, various payment policies implemented in the October 2006 OPSS update. The October 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.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5304.pdf>

TERMINACIÓN DEL CÓDIGO HCPCS G0107**CR 5292**

El código G0107 (Colorectal Cancer Screening; fecal-occult blood test, 1-3 simultaneous determinations) ha sido utilizado para la facturación Medicare y el pago de la prueba de cernimiento de sangre oculta. El código G0107 será retirado efectivo el 1 de enero de 2007. Este será reemplazado para propósitos de la facturación Medicare por el código de CPT 82270 (Blood, occult, by peroxidase activity (e.g., Guaiac)) cualitativo; heces fecales, especímenes consecutivos colectados con determinaciones simples, para el cernimiento del neoplasma colorectal (por ejemplo; al paciente le fueron provistas tres tarjetas o una sencilla tarjeta triple para la colección consecutiva).

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5292.pdf>

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. Con el propósito de permitir un tiempo adicional para canalizar 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.

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

ARTICULOS ESPECIALES**PRIMER CONTRATO PARA LOS CONTRATISTAS ADMINISTRATIVOS DE PARTE A Y B DE MEDICARE (A/B MAC)****SE0642**

CMS próximamente anunciará el resultado de la primera competencia abierta para Contratistas Administrativos de Parte A y B de Medicare (A/B MAC). Dicha actividad es parte de la estrategia de implementación de la Reforma Contractual en Medicare. El primer A/B MAC será concedido a la jurisdicción 3, la cual incluye los estados de Arizona, Montana, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Utah y Wyoming.

TERMINATION OF HEALTHCARE COMMON PROCEDURE CODING SYSTEM (HCPCS) CODE G0107**CR 5292**

HCPCS code G0107 (Colorectal Cancer Screening; fecal-occult blood test, 1-3 simultaneous determinations) is currently being used for Medicare billing and payment of screening FOBT. HCPCS code G0107 will be retired effective January 1, 2007. It will be replaced for Medicare billing purposes by Current Procedural Terminology (CPT) code 82270 (Blood, occult, by peroxidase activity (e.g., Guaiac) qualitative; feces, consecutive collected specimens with single determination, for colorectal neoplasm screening (i.e., patient was provided three cards or single triple card for consecutive collection).

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5292.pdf>

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.

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

SPECIAL ARTICLES**FIRST CONTRACT FOR A PART A/PART B MEDICARE ADMINISTRATIVE CONTRACTOR (MAC)****SE0642**

CMS soon will announce the result of the first full and open competition for a Part A/Part B Medicare Administrative Contractor (A/B MAC) conducted as part of the agency's Medicare Contracting Reform implementation strategy.

This first A/B MAC award will be for Jurisdiction 3, which includes the states of Arizona, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah and Wyoming.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0642.pdf>

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE REFERENCIA POR LOS CENTROS DE CONTACTO DEL PROVEEDOR

CR 5089

Con el propósito de proteger la privacidad de los beneficiarios de Medicare y cumplir con los requisitos del Acta de Privacidad del 1974 y la ley de Portabilidad de Medicare, el personal de Servicio al Cliente de Medicare debe autenticar la identidad de proveedores / suplidores que llaman o escriben para solicitar información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) del beneficiario antes de divulgar la misma al solicitante.

Un artículo educativo relacionado con esta instrucción está disponible en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5089.pdf>

PRIMAS Y DEDUCIBLE DE MEDICARE PARA EL 2007

CR 5345

Incluimos los deducibles y primas de Medicare efectivos el 1 de enero de 2007:

Parte A – Seguro de Hospital

- \$992.00 por los primeros 60 días (por periodo de beneficios)
- \$248.00 diario (de 61 a 90 días)
- \$496.00 diario (de 91 a 150 días)

Coaseguro SNF

- Por los primeros 20 días, no paga nada
- \$124.00 (de 21 a 100 días)

Parte B – Seguro Médico

- \$131.00 deducible anual

Primas

Parte A – Seguro de Hospital

- \$410.00 mensual (personas con menos de 30 créditos, Seguro Social)
- \$226.00 mensual (personas con 30 a 39 créditos)

Parte B – Seguro Médico

Efectivo el 1 de enero de 2007 la prima mensual será calculada en base a los ingresos del beneficiario.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0642.pdf>

DISCLOSURE DESK REFERENCE FOR PROVIDER CONTACT CENTERS

CR 5089

In order to protect the privacy of Medicare beneficiaries and to comply with the requirements of the Privacy Act of 1974 and the Health Insurance Portability and Accountability Act, customer service staff at Medicare must first authenticate the identity of providers/staff that call or write to request beneficiary protected health information (PHI) before disclosing it to the requestor.

A provider education article related to this instruction is available at: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5089.pdf>

MEDICARE DEDUCTIBLE AND PREMIUM RATES FOR 2007

CR 5345

Deductibles and premiums rates for Medicare effective January 1, 2007:

Part A – Hospital Insurance

- \$992.00 for the first 60 days (per benefit period)
- \$248.00 daily (61 – 90 days)
- \$496.00 daily (91 – 150 days)

SNF Coinsurance

- \$124.00 daily (for the 21st - 100th day each benefit period)

Part – B Medical Insurance

- \$131.00 annual deductible

Premiums

Part A – Hospital Insurance

- \$410.00 per month for those who must pay a premium
- \$226.00 per month for those who have 30 to 39 quarters of coverage

Part B – Medical Insurance

Effective January 1, 2007, the Part B premium will be based on the income of the beneficiary.

Parámetro de Ingresos para Determinar la Prima de la Parte B

Prima/mes	Ingreso Individual	Ingreso Combinado (Casados)
\$ 93.50	\$ 80,000.00 o menos	\$160,000.00 o menos
\$105.80	\$ 80,000.01 - \$100,000.00	\$160,000.01 - \$200,000.00
\$124.40	\$100,000.01 - \$150,000.00	\$200,000.01 - \$300,000.00
\$142.90	\$150,000.01 - \$200,000.00	\$300,000.01 - \$400,000.00
\$161.40	\$200,000.01 o mas	\$400,000.01 o mas

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

DÍAS FERIADOS EN COSVI: DICIEMBRE 2006

Viernes, 15 de diciembre de 2006:

- Oficinas de COSVI se cerrarán al mediodía.
- Sistema DDE estará disponible en horario regular.
- Las facturas electrónicas que envíe serán procesadas en el horario normal de trabajo.

Viernes, 22 de diciembre de 2006:

- Oficinas de COSVI estarán cerradas todo el día.
- Sistema DDE estará disponible en horario regular.
- Las facturas electrónicas que envíe serán procesadas en el horario normal de trabajo.

Lunes, 25 de diciembre de 2006, Día de Navidad:

- Oficinas de COSVI estarán cerradas todo el día.
- Sistema DDE no estará disponible durante este día.
- Las facturas electrónicas que envíe serán registradas con fecha de recibo del 26 de diciembre de 2006.

Viernes, 29 de diciembre de 2006:

- Oficinas de COSVI permanecerán cerradas durante este día.
- Sistema DDE estará disponible en horario regular.
- Las facturas electrónicas que envíe serán procesadas en el horario normal de trabajo.

Lunes, 1 de enero de 2007, Día de Año Nuevo:

- Oficinas de COSVI estarán cerradas todo el día.
- Sistema DDE no estará disponible durante este día.
- Las facturas electrónicas que envíe serán registradas con fecha de recibo del 2 de enero de 2007.

!!!**Muchas Felicidades en la Época Navideña y en el Año Nuevo!!!**

Income Parameters for Determining Part B Premium

Premium/month	Individual Income	Combined Income (Married)
\$ 93.50	\$ 80,000.00 or less	\$160,000.00 or less
\$105.80	\$ 80,000.01 - \$100,000.00	\$160,000.01 - \$200,000.00
\$124.40	\$100,000.01 - \$150,000.00	\$200,000.01 - \$300,000.00
\$142.90	\$150,000.01 - \$200,000.00	\$300,000.01 - \$400,000.00
\$161.40	\$200,000.01 or more	\$400,000.01 or more

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

2006 DECEMBER HOLIDAY SCHEDULE AT COSVI

Friday, December 15, 2006:

- COSVI Offices will be closed at noon.
- DDE System will be available during normal hours.
- Electronic bills transmitted on this day will be processed within the normal hours.

Friday, December 22, 2006:

- COSVI Offices will be closed all day.
- DDE System will be available during normal hours.
- Electronic bills transmitted on this day will be processed within the normal hours.

Monday, December 25, 2006, Christmas Day:

- COSVI Offices will be closed all day.
- DDE System will not be available on this day.
- Electronic bills transmitted on this day will be stamped with a receipt date of December 26, 2006.

Friday, December 29, 2006:

- COSVI Offices will be closed all day.
- DDE System will be available during normal hours.
- Electronic bills transmitted on this day will be processed within the normal hours.

Monday, January 1st, 2007, Happy New Year:

- COSVI Offices will be closed all day.
- DDE System will not be available on this day.
- Electronic bills transmitted on this day will be stamped with a receipt date of January 2nd, 2007.

Happy Holidays and A Great New Year!!!

REVISIÓN MÉDICA

NUEVOS CONTRATISTAS QUE AYUDARAN A IDENTIFICAR FRAUDE EN EL NUEVO PROGRAMA DE COBERTURA PARA RECETAS MEDICAS DE MEDICARE PARTE D

Nuevos contratistas, conocidos como “Medicare Drug Integrity Contractors” o por sus siglas en inglés “MEDICs” han sido contratados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para investigar querellas o alegaciones de fraude potencial, pérdidas o abuso relacionado a los beneficios de cobertura para recetas médicas de Medicare. Este artículo tiene el propósito de informarle que EDS MEDIC Norte tiene la responsabilidad de manejar las querellas para las Islas Vírgenes. Delmarva MEDIC Sur tiene la responsabilidad de manejar las querellas para Puerto Rico.

Le invitamos a que aprenda mas sobre las funciones de MEDIC Norte accediendo desde el 1ro. de diciembre de 2006, nuestra página electrónica en la siguiente dirección: <http://www.edssafeguardservices.eds-gov.com/>.

MEDIC Norte está interesado en recibir querellas de fraude potencial, pérdidas o abuso relacionado a proveedores, suplidores y otras partes relacionadas. Algunos ejemplos de fraude pueden incluir:

- Situaciones donde al recetador se le ofrecen pagos para escribir recetas de ciertos medicamentos o productos.
- Situaciones en donde el proveedor escribe recetas para medicamentos que no son necesarios, muchas veces en cantidades masivas, y muchas veces para pacientes que no son de ellos.
- Situaciones donde el recetador falsifica información (no consistente con el expediente médico) sometida a una autorización previa o se omite un formulario para justificar cobertura
- Robar el número de DEA del recetador o su recetario. Esta información puede ser utilizada ilegalmente para escribir recetas de medicamentos controladas u otras drogas.
- Sospechas de relaciones inapropiadas entre farmacéuticas manufactureras y proveedores que pueden incluir:
 - Arreglos por intercambios, cuando el manufacturero le ofrece al proveedor pagos en efectivo u otros beneficios cada vez que la receta del paciente cambia de un producto manufacturado por una farmacéutica a un producto manufacturado por la competencia.
 - Incentivos ofrecidos a proveedores con el propósito de prescribir medicinas médicamente innecesarias.
 - Promociones ilegales para uso de medicamentos fuera de etiqueta a través de mercadeo, incentivos financieros u otras compañías de promoción
 - Proveer muestras gratis a los médicos con conocimiento y

MEDICAL REVIEW

NEW CONTRACTORS HELP IDENTIFY FRAUD IN THE MEDICARE PART D PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

New contractors, called Medicare Drug Integrity Contractors or MEDICs have been contracted by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) to investigate any complaints or allegations of potential fraud, waste and abuse related to the Medicare prescription drug benefit. This notice is to inform you about the EDS MEDIC North which has responsibility for the U.S. Virgin Islands. Delmarva MEDIC South will have responsibility for Puerto Rico.

You are invited to learn more about the role of the MEDIC North at the website available December 1, 2006: <http://www.edssafeguardservices.eds-gov.com/>.

The MEDIC North is interested in receiving complaints of potential fraud, waste or abuse from Medicare providers, suppliers and other concerned parties. Some examples of these types of complaints may include:

- Situations where the prescriber is offered or paid to write prescriptions for certain drugs or products.
- Situations known where the provider writes prescriptions for drugs that are not medically necessary, often in mass quantities, and often for patients that are not theirs.
- Situations where the prescriber falsifies information (not consistent with medical record) submitted through a prior authorization or other formulary oversight mechanism in order to justify coverage.
- Theft of prescriber’s DEA number or prescription pad. This information could illegally be used to write prescriptions for controlled substances or other medications.
- Suspicions of inappropriate relationships between pharmaceutical manufacturers and physicians that may include:
 - “Switching” arrangements, when manufacturers offer physicians cash payments or other benefits each time a patient’s prescription is changed to the manufacturer’s product from a competing product.
 - Incentives offered to physicians to prescribe medically unnecessary drugs.
 - Illegal promotion of off-label drug usage through marketing, financial incentives, or other promotion campaigns.
 - Providing free samples to physicians knowing and expecting those physicians to bill the federal health care programs for the samples.

Please report your complaint to 1-877-7SafeRx or 1-877-772-3379 to report complaints that you think may indicate fraud.

esperando que estos médicos facturen a los programas federales de salud por estas muestras.

Reporte su querrela llamando al teléfono 1-877-7SafeRx ó al 1-877-772-3379 para reportar querellas que usted piensa puede haber indicaciones de fraude.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (PHP) Y RAZONES DE DENEGACIÓN

La hospitalización parcial constituye un programa organizado y distinto de tratamiento psiquiátrico intensivo diurno a nivel ambulatorio, diseñado para proveer al paciente con condiciones de salud mental profundas e incapacitantes de un programa de tratamiento individualizado, comprensivo, coordinado y multidisciplinario. El beneficio de hospitalización parcial de Medicare está diseñado para proveer servicios en sustitución de reclusión a nivel hospitalario:

- Para pacientes que presentan síntomas psiquiátricos/psicológicos incapacitantes
- Para pacientes que experimentan exacerbación aguda de un desorden mental severo y persistente
- Para pacientes que han sido dados de alta de una institución psiquiátrica (en lugar de continuar hospitalizados)

El reembolso de dichos servicios de hospitalización parcial requiere que se cumpla con determinados criterios y requisitos. Nos preocupan sobremedida estos servicios debido a la cantidad de reclamaciones que se deniegan por que la documentación sometida no demuestra cumplimiento con los criterios y requisitos del programa. A continuación consideramos las causas responsables del mayor número de denegaciones. Recomendamos de las facilidades participantes del programa auditen sus expedientes médicos para que sepan como se encuentran en relación con dichos tópicos.

Los casos se deniegan por no cumplir con:

1. Criterios de admisión – Nivel requerido: Necesidad, Severidad, Duración, Servicios

- La documentación referente a los síntomas psiquiátricos del paciente no muestra la agudeza y severidad suficientes que requerirían hospitalización si los servicios de PHP no estuviesen disponibles.
- Cuando el paciente es referido de un hospital psiquiátrico a un PHP, no existe evidencia de dicho referido ni ninguna otra evidencia indicativa de que la admisión al PHP se lleva a cabo para acortar la estadía de dicho paciente a nivel hospitalario.
- La descripción de la condición o síntomas no cumple con los criterios del DMS IV para sustentar el diagnóstico del paciente. Los pacientes admitidos a los servicios de hospitalización parcial generalmente están en una etapa aguda o en descompensación de un desorden mental de Eje I, según definido en la edición corriente del Manual de Diagnóstico y Estadística publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, que interfiere severamente con múltiples áreas del diario vivir. A menudo la documentación sometida no describe la frecuencia, severidad y comienzo de los síntomas.
- No se espera que la condición psiquiátrica del paciente mejore con el

PARTIAL HOSPITALIZATION PROGRAM (PHP) AND DENIAL REASONS

Partial hospitalization is a distinct and organized intensive psychiatric outpatient day treatment program, designed to provide patients who have profound and disabling mental health conditions with an individualized, comprehensive, coordinated, and multidisciplinary treatment program. The Medicare partial hospitalization benefit is designed to furnish services “in lieu” of inpatient treatment:

- For patients who exhibit disabling psychiatric/psychological symptoms
- For patients who experience an acute exacerbation of a severe and persistent mental disorder
- For patients who have been discharged from inpatient psychiatric care (in lieu of continued hospitalization)

In order for these services to be reimbursed, there are certain criteria and requirements that must be met. We are concern with these services because a significant amount of claims are denied due to the fact that submitted documentation fails to show compliance with such requirements and criteria. Following ahead we are addressing those issues responsible for the highest number of denials. We urge facilities to audit their records and find out how they are stands regarding these topics.

Cases are being denied because do not meet:

1. Admission criteria - Level required: Need, Severity, Duration, Services.

- Documentation on patient’s psychiatric symptoms fails to show they are acute and severe enough that inpatient care would be required if PHP services were not available
- When the patient is referred to the PHP from the psychiatric hospital, there is no evidence of the referral from the inpatient setting or any other evidence indicating that the admission to the PHP is done to shortened patient’s psychiatric inpatient stay.
- Condition/symptoms’ description do not comply with DMS IV criteria to sustain patient’s diagnosis. Patients admitted to a PHP generally have an acute onset or decompensation of a covered Axis I mental disorder, as defined by the current edition of the Diagnostic and Statistical Manual published by the American Psychiatric Association, which severely interferes with multiple areas of daily life. The documentation submitted often fails to describe the frequency, severity and onset of symptoms.
- Patient’s psychiatric condition is not expected to improve with treatment.
- Patient’s condition makes him/her unable to participate in all aspects of the program included in the plan of treatment.
- Patient lacks an adequate support system.

2. Certification establishing the need for partial hospitalization and due

tratamiento.

- La condición del paciente le impide participar en todos los aspectos del programa incluidos en el plan de tratamiento.
- El paciente carece de un sistema de apoyo adecuado.

2. Certificación requerida al momento de la hospitalización parcial y que establece la necesidad de dicha hospitalización se encuentra ausente del expediente médico sometido.

Requisitos iniciales de certificación: Consiste de un enunciado indicando que el paciente requeriría cuidado psiquiátrico hospitalizado en ausencia de (“en lugar de”) los servicios de hospitalización parcial y estableciendo un plan inicial de tratamiento.

Dicho enunciado/plan tiene que estar firmado por un médico. Este enunciado/plan tiene que estar fechado o en el expediente debe poder hallarse evidencia de que el mismo fue realizado al momento de la admisión. El médico que certifica a un paciente para PHP, ha de ser el médico que supervisa el cuidado del paciente en el PHP y certifica no tan solo la necesidad del nivel de cuidado de PHP sino que a la vez confirma su involucramiento en el desarrollo del plan individualizado de tratamiento del paciente.

El Título 42 CFR 424.24(e)(1) establece que el médico ha de certificar:

- Que el individuo requeriría cuidado psiquiátrico hospitalizado de no proveerse los servicios de hospitalización parcial.
- Los servicios son o fueron provistos mientras el individuo se encontraba bajo el cuidado de un médico.
- Los servicios se prestaron siguiendo un plan escrito de tratamiento.

Cuando la hospitalización parcial se utiliza para acortar la estadía y se transfiere al paciente interno a un nivel de cuidado de menor intensidad, debe evidenciarse la necesidad de la combinación de servicios agudos, intensivos y estructurados provistos en un PHP. La recertificación debe tener en consideración la naturaleza seria y continuada de la condición psiquiátrica del paciente que requiere tratamiento activo en un PHP.

3. Intensidad de servicios: El plan de tratamiento individual y las notas de progreso o terapéuticas no reflejan la intensidad que se espera de este nivel de servicios. La documentación no demuestra la necesidad de intervención intensiva y la prestación de tratamiento vigoroso y proactivo.

La necesidad de tratamiento activo intensivo de la condición del paciente para poder mantener un nivel funcional y prevenir una recaída u hospitalización es lo que cualifica al paciente para recibir los servicios de PHP. El nivel mínimo de tratamiento activo para PHP es de 4 horas al día, 5 días a la semana.

Un programa que solo contempla el manejo de la medicación para los pacientes, cuya condición psiquiátrica es de otro forma estable, no constituye la combinación estructurada, ni la intensidad de servicios que contempla el tratamiento activo en un PHP.

La hospitalización parcial es tratamiento activo que incorpora un plan individualizado de tratamiento que describe una coordinación de servicios en torno a las necesidades particulares del paciente e incluye un enfoque multidisciplinario de equipo de cuidado del paciente bajo

upon admission at PHP is lacking in medical record submitted.

Initial certification requirements: Consists of a statement pinpointing that the beneficiary would require inpatient psychiatric care in the absence of partial hospitalization services (referred to as an “in lieu of”), and the establishment of an initial plan.

A physician must sign this statement/plan. Either this statement plan must be dated or there must be evidence in the medical record that the statement/plan was made at the time of admission. The physician who certifies a patient for PHP is the physician supervising the patient’s care in the PHP and is not only certifying the need for PHP level of care, but also confirming his or her involvement in the development of the patient’s individualized plan of treatment.

Title 42 CFR 424.24(e)(1) establishes that the physician must certify that:

- The individual would require inpatient psychiatric care if the partial hospitalization services were not provided.
- The services are or were furnished while the individual was under the care of a physician.
- The services were furnished under a written plan of treatment.

Where partial hospitalization is used to shorten an inpatient stay and transition the patient to a less intense level of care, there must be evidence of the need for the acute, intense, structured combination of services provided by a PHP. Recertification must address the continuing serious nature of the patient’s psychiatric condition requiring active treatment in a PHP.

3. Intensity of services: The individual treatment plan and progress/therapeutic notes do not evidence the expected intensity of this level of care. The documentation fails to reflect the need for intense intervention and the delivery of “vigorous and proactive” treatment.

It is the need for intensive, active treatment of his/her condition to maintain a functional level and to prevent relapse or hospitalization, which qualifies the patient to receive PHP services. The minimum level of active treatment for PHP is 4 hours a day/5 days a week.

A program that only monitors the management of medication for patients, whose psychiatric condition is otherwise stable, is not the combination, structured, and intensity of services which make up active treatment in a PHP.

Partial hospitalization is active treatment that incorporates an individualized treatment plan, which describes a coordination of services wrapped around the particular needs of the patient and includes a multidisciplinary team approach to patient care under the direction of a physician. The program reflects a high degree of structure and scheduling. Programs providing primarily social, recreational, or diversionary activities are not considered partial hospitalization.

4. Plan of Treatment: Frequently plans of treatment are lacking in type, amount, frequency and duration of services. Additionally, goals are not measurable, functional, time frame, and directly related to the reason for

la dirección de un médico. El programa refleja un alto grado de estructuración y planificación. Programas que proveen actividades primariamente de tipo social, recreativo o de diversión no se consideran hospitalización parcial.

4. Plan de Tratamiento: Frecuentemente carecen del tipo, cantidad, frecuencia y duración de los servicios. Además, las metas no son medibles, funcionales, específicas en tiempo, y directamente relacionadas con la razón de admisión.

Deben incluir los servicios específicos a ser provistos al paciente, la frecuencia de esos servicios, cómo dichos servicios beneficiarán al paciente y las metas anticipadas/resultados.

En el proceso de revisión médica se utiliza el plan de tratamiento en combinación con toda la información del expediente médico para determinar la necesidad médica de los servicios provistos al paciente.

5. Actividades Terapéuticas: Falta de documentación con respecto a la participación del paciente, curso y respuesta al tratamiento, tiempo dedicado a ello.

6. Notas en el expediente médico: Frecuentemente no son claras ni legibles, a menudo estereotipadas, faltas de información individualizada concerniente al estado del paciente, su respuesta al tratamiento.

Cada intervención (psicoterapia de grupo, psicoterapia individual, educación/adiestramiento y actividad de grupo debe tratarse en una nota separada e identificable e incluir una descripción de:

- Qué se hizo en la sesión de grupo
- Cómo el servicio está beneficiando al paciente
- Cómo el paciente reaccionó a la intervención
- Revisión y resumen de metas a largo y corto plazo abordadas en la intervención
- Progreso del paciente (utilizando términos funcionales medibles) dirigido al logro de las metas establecidas en el plan de cuidado
- Nombre, credenciales/grado y firma de la persona que conduce la sesión
- Fecha así como el tiempo de comienzo y terminación de la sesión.

La sección 1833(e) del Acta de Seguro Social impide a Medicare pagar por servicios a menos que la información necesaria y suficiente sea sometida mostrando que tales servicios fueron provistos en cumplimiento con los criterios aplicables y para determinar la cantidad a pagar.

Para información adicional sobre este tema puede referirse a la Determinación Local de Cubierta de PHP, LCD # 97-05-06 en nuestro portal de Internet www.cosvi.com/medicare, al Manual de Medicare para el Procesamiento de Reclamaciones, Capítulo 4 - Hospital Parte B y al Manual de Beneficios, Capítulo 6, sección 70.3 – Servicios de Hospitalización Parcial.

admission.

The plan must include the specific services to be provided to the patient, the frequency of the services, how the service will benefit the patient and the anticipated goals/outcome.

Medical review uses the plan of treatment in combination with all the medical record to determine medical necessity of the services provided to the patient.

5. Therapeutic Activities: Lacking information regarding patient's participation, course, response to treatment, time devoted.

6. Record Notes: Often the notes are not clear not readable, often stereotype and lack of information concerning individualized patient's status and his/her response to treatment.

Each intervention (psychotherapy group, individual psychotherapy session, education/training group, and activity group) should be addressed in a separate and identifiable note which should include a description of:

- what was done in the group/session
- how the service is benefiting the patient
- how the patient reacted to the intervention and his/her level of participation
- review and summary of long and short term goals addressed by the intervention
- patient's progress (using measurable functional terms) towards attaining goals set forth in the plan of care
- name, credentials/degree and signature of the person conducting the session
- date along with starting and ending times.

Section 1833(e) of the Social Security Act prevents Medicare from paying for services unless necessary and sufficient information is submitted that shows that services were provided in compliance with applicable criteria and to determine the amounts due.

Additional information on PHP may be found in the Local Coverage Determination (LCD) # 97-05-06 at www.cosvi.com/medicare, Medicare Claims Processing Manual Chapter 4 - Part B Hospital and the Benefit Policy Manual, Chapter 6, section 70.3 - Partial Hospitalization Services.



NOTI MEDICARE

COSVI 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.cosvimedicare.com

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.cosvimedicare.com