

¡Qué Bueno Que Preguntó!

PROCESO DE EXCEPCIÓN A LOS LÍMITES EN TERAPIAS

Proveedores Afectados

Proveedores, médicos y profesionales de la salud (NPPs por sus siglas en inglés) que facturan a los Contratistas de Medicare (Intermediarios Fiscales [FIs por sus siglas en inglés], incluso a los Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar [RHHIs por sus siglas en inglés] y Contratistas de la Parte B) bajo los beneficios de terapia física de la Parte B de Medicare.

Cont. on page 6

We Are Glad You Asked!

THE THERAPY CAPS EXCEPTION PROCESS

Provider Types Affected

Providers, physicians, and non-physician practitioners (NPPs) who bill Medicare contractors (fiscal intermediaries (FIs) including regional home health intermediaries (RHHIs), and carriers) under the Part B benefit for therapy services.

Cont. on page 6



TRIPLE-S, INC.



An Independent
Member of the
American Medical
Association



CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES

Emission Date: March 20, 2006 | Volume 85 / January, February and March 2006

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

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

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

AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

TABLA DE CONTENIDO

¡Qué Bueno que Preguntó!

Proceso a los límites en terapias	Portada y pág. 6
Servicios Médicos Vs. Proceso de Desafiliación	7

Proveedores fuera del Programa Medicare

Proveedores que deciden no pertenecer	8
---	---

Recursos de Información y Educación

CMS busca opiniones de los proveedores	9
Lista de servicios de Teleconsulta	11
Fondos Federales para servicios de salud	14
Instrucciones equivocadas - base para otorgar	16
Cambios al proceso general de apelaciones	19
Directorio de Médicos y Suplidores Participantes	24
Aviso Importante - Centro de Llamadas	24
Nuevos productos educativos disponibles	25

Programa CERT

Proceso establecido por CERT	29
Laboratorios Clínicos y CERT	34

HIPAA

Proveedores/Vendors que pasaron pruebas HIPAA ..	35
Solicitud y recibo de información de reclamaciones electrónicas	38
Inclusión de data de Hospicios a las Transacciones 270/271	42
Fin del Plan de Contingencia de Medicare	44
Actualización a los Códigos de Taxonomía	50

Current Procedural Terminology (CPT) is copyright 2005 American Medical Association. All Rights reserves. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. The AMA assumes no liability for the date contained herein. Applicable FARS/DRARS restrictions apply to government use. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association.

TABLA DE CONTENIDO - Cont.

Política Médica

Transplante de Células Madre	53
Proyecto de Demostración de Oncología del 2006 ..	55
Guías para la Documentación y Codificación	69
Pago de Visitas de Evaluación y Manejo	82
Servicios de Consulta - Códigos 99241-99255	83
Instrucciones para informar el nuevo código HCPCS V2788	90
Implante de Desfibrilador Cardíaco Automático	92

Políticas de Pago

Actualización de las tarifas para instalaciones	93
Nuevas pruebas con dispensa	94
Actualización del Cargo Razonable para 2006	98
Actualización trimestral CCI versión 12.0	100
Reducción por la regla de procedimientos	101
Actualización de emergencia - Tarifas Fijas 2006 ..	106
Actualización octubre 2005 - tarifas DMEPOS	108

Medicamentos

Límites de pago de la Parte B - ASP	112
---	-----

Aviso de Remesa

Actualización de Código de Comentario	113
---	-----

Reclamaciones

Fin del proceso actual de "Crossover"	114
Código que describe la categoría del estatus en la reclamación	118

Laboratorio

Cambios al Módulo de Éditos del NCD	119
Actualización anual de 2006 de las Tarifas Fijas ..	124
Fecha de servicio de pruebas de laboratorio	132
Cambios a la aplicación para éditos del NCD	134
Codificación y documentación correcta de servicios de laboratorio	137

Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas

UPINs sustitutos informados en reclamaciones ..	139
---	-----

Ambulancia

Recordatorio sobre reglas de facturación por concepto de servicios	141
Recordatorio sobre la implementación del itinerario de transición	143
Tarifas Fijas Ambulancia	145
Factor de Inflación para Tarifas de Ambulancias ..	147

Centro de Enfermería Especializada

Servicios en Centros de Enfermería	150
--	-----

Contrato

Proveedores Sancionados	159
Página Web de CMS para NPI	Contraportada

MOA-2006

AMA DISCLAIMER OF WARRANTIES AND LIABILITIES

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

TABLE OF CONTENTS

We are Glad you Asked!

<i>Therapy Caps Exception Process</i>	Cover & page 6
<i>Medicare Advantage Disaffiliation Process</i>	7

Opt-Out Providers from the Medicare Program

<i>Medicare Program Opt-Out Providers</i>	8
---	---

Information and Education Resources

<i>CMS Seeks Provider Input</i>	9
<i>List of Medicare Telehealth Services</i>	11
<i>Federal Funding of Emergency Health</i>	14
<i>Erroneous Guidance - Basis to Waive Penalty</i>	16
<i>General Appeals Process in Initial Determination</i> ...	19
<i>2006 Participating Physicians/Suppliers Directory</i> ..	24
<i>Important Message - Call Center</i>	24

CERT Program

<i>New Educational Products Available on Medicare</i> ..	25
<i>The CERT Process</i>	29

HIPAA

<i>Clinical Laboratories and CERT</i>	34
<i>Vendors/Providers that has tested X12N Format</i>	18
<i>Electronically Requesting and Receiving Information</i>	38
<i>Addition of Hospice Data to HIPAA 270/271</i>	42
<i>Termination of the HIPAA Incoming Claim</i>	44
<i>Update to Taxonomy Codes</i>	50

Current Procedural Terminology (CPT) is copyright 2005 American Medical Association. All Rights reserves. No fee schedules, basic units, relative values, or related listings are included in CPT. The AMA assumes no liability for the date contained herein. Applicable FARS/DRARS restrictions apply to government use. CDT-4 codes and descriptions are © 2004 American Dental Association.

TABLE OF CONTENTS - Cont.

Medical Policy

<i>Stem Cell Transplantation</i>	53
<i>2006 Oncology Demonstration Project</i>	55
<i>Documentation and Coding Guidelines</i>	69
<i>Evaluation and Management Visits Payment</i>	82
<i>Consultation Services - CPT Codes 99241-99255</i> ..	83
<i>Instructions for Reporting New Code V2788</i>	90
<i>Implantable Automatic Cardiac Defibrillator</i>	92

Billing Policies

<i>Telehealth Originating Site Facility Fee</i>	93
<i>New Waived Tests</i>	94
<i>Reasonable Charge Update for 2006 for Splints</i>	98
<i>Quarterly Update to CCI Edits, Version 12.0</i>	100
<i>Multiple Procedure Reduction of the Technical Component</i>	101
<i>Emergency Update to the 2006 Physician Fee</i>	106
<i>October 2005 Fee Schedule for DMEPOS</i>	108

Drugs

<i>January 2006 Quarterly ASP Drug Pricing</i>	112
--	-----

Remittance Advice

<i>Remittance Advice Remark Code and Claim</i>	113
--	-----

Claims

<i>Termination of the Existing Eligibility Crossover Process</i>	114
<i>Claim Status Category Code</i>	118

Laboratory

<i>Changes to the Laboratory NCD Edit Software</i>	119
<i>2006 Annual Update for Clinical Laboratory</i>	124
<i>Clinical Diagnostic Laboratory Date of Service</i>	132
<i>Changes to the NCD Edit Software</i>	134
<i>Correct Coding and Documentation</i>	137

Independent Diagnostic Testing Facilities

<i>Surrogate UPINs Reported on Claims</i>	139
---	-----

Ambulance

<i>Reminder Regarding Medicare Billing Rules</i>	141
<i>Reminder of the Transition Schedule</i>	143
<i>Ambulance Fee Schedule</i>	145
<i>Ambulance Inflation Factor</i>	147

Skilled Nursing Facility

<i>Nursing Facility Services</i>	150
--	-----

Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i>	159
<i>CMS NPI Web Page</i>	Backcover

MOA-2006

¡Qué Bueno Que Preguntó!

Puntos Claves:

A partir del 1 de enero de 2006, se estableció una limitación financiera a los servicios de rehabilitación ambulatoria que reciben los beneficiarios de Medicare. Estos límites aplican a servicios de terapia ambulatoria en todos los escenarios de la Parte B, excepto para servicios ambulatorios en hospital (lugar de servicio 22) y en la sala de emergencia del hospital (lugar de servicio 23).

Los servicios de rehabilitación ambulatorios incluyen:

- Terapia Física – servicios de terapia física y de patología del habla-lenguaje. El límite anual combinado para el año 2006 es de \$1,740; y
- Terapia Ocupacional – El límite anual para el 2006 es de \$1,740.

En el 2006, el Congreso de los Estados Unidos aprobó el “Déficit Reduction Act” (DRA), el cual permite a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) proveer a solicitud del individuo inscrito bajo los beneficios de la Parte B de Medicare o a petición de la persona que representa a tal individuo, aprobar excepciones a los límites de terapia para servicios brindados durante el año calendario 2006, si es que dichos servicios cumplen con ciertos criterios para que sean considerados médicamente necesarios (Sección 1833(g)(5) de la Ley de Seguro Social). Para obtener más información al particular favor de acceder al Petición de Cambio 4364 y el MM4364 del portal de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm4364.pdf>

Próximamente los proveedores impactados por este cambio recibirán una carta circular. Dicha carta proveerá los detalles de facturación y procedimiento para la solicitud de las excepciones.

We Are Glad You Asked!

Key Points:

Effective January 1, 2006, a financial limitation (therapy cap) was placed on outpatient rehabilitation services received by Medicare beneficiaries. These limits apply to outpatient Part B therapy services from all settings except the outpatient hospital (place of service code 22)and the hospital emergency room (place of service code 23).

Outpatient rehabilitation services include:

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

In 2006 Congress passed the Deficit Reduction Act (DRA), which allows the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to grant, at the request of the individual enrolled under the Part B benefit or a person acting on behalf of that individual, exceptions to therapy caps for services provided during calendar year 2006, if these services meet certain qualifications as medically necessary services (Section 1833(g)(5) of the Social Security Act). For more details please visit CR4364 and MM4364 at the CMS web page: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/mm4364.pdf>

Providers affected by this policy will soon receive a Circular Letter. This letter shall include billing information and details regarding the exception process.

¡Qué Bueno Que Preguntó!

SERVICIOS MÉDICOS VS. PROCESOS DE DESAFILIACIÓN

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 desafiarse 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. 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.

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 nuestros expedientes el contratista considerará para pago aquellas reclamaciones que se hayan procesados y denegado por estas razón, sin tomar en cuenta los 120 días para solicitar una apelación.

Para agilizar 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.

We Are Glad You Asked!

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. CMS then proceeds to activate the beneficiary's privileges with the Original Medicare plan, based on the Information obtained from the Medicare Advantage plan. Presently, this process is taking 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 regardless of whether the 120 day appeals period has expired.

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. Once the information is updated you or the beneficiary can request a reopening so that we can consider the claims for payment.

DG/IP/JS/(MV CMS) 03-09-06

Proveedores fuera del Programa Medicare

PROVEEDORES QUE DECIDEN NO PERTENECER AL PROGRAMA MEDICARE

A continuación la lista de los Proveedores para Puerto Rico e Islas Vírgenes que decidieron no pertenecer al Programa Medicare desde el 30 de enero de 2006:

Opt-Out Providers from the Medicare Program

MEDICARE PROGRAM OPT-OUT PROVIDERS

Following are the Opt-Out Providers for Puerto Rico and the US Virgin Islands as of January 30, 2006:

Provider Name	Provider Address	Opt-Out Period	
Puerto Rico			
Dr. Juan L. Romero Basso	3 Ave. Arterial Hostos Capital Center Ste. 806 Hato Rey, PR 00918	12/23/2004	12/22/2006
Dr. José M. Montañez	First Pine Center 1451 Ave Ashford San Juan, PR 00907	9/25/2005	9/24/2007
Dr. Osvaldo Font de Santiago	Muñoz Rivera #1007 A Cond. Darlington Ste. 1001 Río Piedras, PR 00918	9/26/2005	9/25/2007
U.S. Virgin Islands			
Dr. Roy Scheider	Suite 209 Sugar Estate St. Thomas, VI 00802	6/29/2005	6/28/2007

Rev. 02/02/2006/SS

Recursos de Información y Educación para Proveedores

CMS BUSCA OPINIONES DE LOS PROVEEDORES SOBRE SU SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE LOS CONTRATISTAS “FEE FOR SERVICE”

Proveedores Afectados

Una muestra de 25,000 proveedores de Medicare, clientes de 42 Contratistas bajo un sistema de pago por servicios mediante tarifa fija de Medicare (Fee-For Service [FFS por sus siglas en inglés]), incluyendo a Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Contratistas de la Parte B, Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), e Intermediarios Rurales de Servicios en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) decidieron proveer un vehículo para que usted pudiera comunicar sus opiniones acerca de los servicios que recibe por parte de contratistas FFS. La Encuesta de Satisfacción del Proveedores sobre Contratistas de Medicare (MCPSS por sus siglas en inglés) esta diseñada para obtener datos cuantificables sobre la satisfacción del proveedor con las ejecutorias de los contratistas FFS. La MCPSS es una de las herramientas que el CMS utilizará para medir el nivel de satisfacción del proveedor, como un requisito del *Medicare Modernization Act* (MMA). Específicamente, la encuesta permitirá a CMS auscultar la satisfacción del proveedor en relación a servicios claves provistos por 42 contratistas que procesan y pagan más de 280 billones de dólares en reclamaciones de Medicare anualmente. Esos contratistas de Medicare utilizarán los resultados obtenidos para mejorar el servicio. CMS utilizará los resultados para mejorar su supervisión y aumentar los niveles de eficacia en la administración del programa de Medicare.

La primera implementación nacional de la MCPSS comenzará en enero de 2006. Si usted ha sido seleccionado, recibirá un compendio de

Information and Education Resources for Providers

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS) SEEKS PROVIDER INPUT ON SATISFACTION WITH MEDICARE FEE-FOR-SERVICE CONTRACTOR SERVICES

Provider Types Affected

Sample of 25,000 Medicare providers served by 42 Medicare Fee-for-Service FFS Contractors, including fiscal intermediaries (FIs), carriers, durable medical equipment regional carriers (DMERCs), and rural home health intermediaries (RHHIs)

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) would like to provide a channel for you to voice your opinions about the services you receive from your Fee-for-Service (FFS) Contractors. The Medicare Contractor Provider Satisfaction Survey (MCPSS) is designed to garner quantifiable data on provider satisfaction with the performance of FFS contractors. The MCPSS is one of the tools CMS will use to carry out the measurement of provider satisfaction levels, a requirement of the Medicare Modernization Act (MMA). Specifically, the survey will enable CMS to gauge provider satisfaction with key services performed by the 42 contractors that process and pay the more than \$280 billion in Medicare claims each year. Those Medicare contractors will use the results to improve service. CMS will use the results to improve its oversight of and increase the efficiency of the administration of the Medicare program.

The first national implementation of the MCPSS will begin January 2006. If you have been selected, you will receive a notification packet in the mail with background information about the survey, as well as an instruction sheet with information on how to access and complete the survey instrument via a

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

información en el correo con información de trasfondo acerca de la encuesta, así como una hoja instructiva sobre la manera de acceder y cumplimentar la encuesta a través de un sitio Web seguro. Esta carta también incluirá un número telefónico para someter sus respuestas por correo o fax, si usted así lo prefiere.

Manténgase alerta al compendio de notificación en el correo. Si usted es seleccionado y recibe el compendio de notificación, por favor, separe el tiempo para completar y someter sus respuestas a la encuesta tan pronto le sea posible. El período de recolección de datos para el estudio piloto se extenderá hasta fines de abril.

Trasfondo

La encuesta 2006 recogerá respuestas de aproximadamente 25,000 proveedores seleccionados al azar – aquellos médicos, profesionales de servicios de salud y lugares de servicio que proveen servicios a beneficiarios de Medicare a través del país – en las siete áreas clave de la interacción entre proveedores y contratistas:

- Comunicaciones con el proveedor
- Preguntas del proveedor
- Procesamiento de reclamaciones
- Apelaciones
- Suscripción del proveedor
- Revisión médica
- Auditoria del proveedor y reembolso

La encuesta contiene un total de 76 preguntas y se cumplimenta en aproximadamente 22 minutos. La fecha final para someter la misma es el 25 de enero de 2006. CMS analizará los datos y publicará un informe resumido en julio, el cual estará disponible en la Internet. Cada contratista recibirá, también, un informe individual sobre su rendimiento en el mes de junio. La MCPSS se realizará anualmente. CMS le ha otorgado el contrato a Westat, una compañía encuestadora, para administrar la MCPSS.

Información Adicional

Para preguntas o información adicional sobre el MCPSS, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS/>.

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

Information and Education Resources for Providers

secure Internet website. The letter will also include a phone number that you can call to request a paper copy of the survey instrument to submit your responses by mail or fax, if you prefer to do so.

Be alert for a notification packet in the mail. If you are selected and receive the notification packet, please take the time to complete and submit your survey responses as soon as possible. The data collection period for the pilot will continue through the end of April.

Background

The 2006 survey will query approximately 25,000 randomly selected providers – those physicians, healthcare practitioners, and facilities that serve Medicare beneficiaries across the country – on the seven key areas of the provider/contractor interface:

- *Provider communications*
- *Provider inquiries*
- *Claims processing*
- *Appeals*
- *Provider enrollment*
- *Medical review*
- *Provider audit and reimbursement*

It contains a total of 76 questions and takes approximately 22 minutes to complete. The deadline for survey submission is January 25, 2006. CMS will analyze the data and release a summary report in July that will be made available on the Internet. Each contractor will also receive an individual report on their performance in June. The MCPSS will be conducted on an annual basis.

CMS has awarded a contract to Westat, a survey research firm, to administer the MCPSS.

Additional Information

For questions or additional information about the MCPSS, please visit <http://www.cms.hhs.gov/MCPSS/> on the CMS web site.

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

Pub. NA/Trans. NA/SE 0602/ 01-25-06/ ML RRC

Recursos de Información y Educación para Proveedores

LISTA DE SERVICIOS DE TELECONSULTA

Proveedores Afectados

Dietistas Licenciados, profesionales de la nutrición y otros proveedores de Servicios de Teleconsulta que facturan a los Contratistas o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por tales servicios.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) han añadido la terapia de nutrición médica (MNT por sus siglas en inglés) individual a la lista de servicios de Teleconsulta de Medicare.

El CR4204, del cual se extrae este artículo, amplía la lista de servicios de Teleconsulta de Medicare para incluir MNT individual (según se representa en los códigos HCPCS G0270, 97802, y 97803; además, añade a los dietistas licenciados y profesionales de nutrición a la lista de profesionales de la salud elegibles para proveer y recibir pago por concepto de servicios de Teleconsulta.

Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina esté al tanto de estos cambios en la facturación de los servicios de Teleconsulta.

Trasfondo

El uso de un sistema de telecomunicaciones puede sustituir los encuentros “cara-a-cara”, o directos (“hands-on”) para consultas, visitas a oficina, sicoterapia individual, manejo farmacológico, examen de entrevista para diagnóstico de condiciones psiquiátricas, y servicios relacionados a Enfermedad Renal Terminal, incluidos en el pago mensual per cápita (excepto por una visita al mes para examinar el lugar de acceso).

En la Reglamentación Final de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos del año calendario 2006 (CMS 1502-FC), CMS ha ampliado la lista de servicios de Teleconsulta de Medicare para incluir alimentación MNT individual, según se describe en los códigos HCPCS G0270, 97802, y 97803. Por lo tanto, a partir del 1 de enero de 2006, los

Information and Education Resources for Providers

LIST OF MEDICARE TELEHEALTH SERVICES

Provider Types Affected

Registered dietitians, nutrition professionals, and other providers of Medicare telehealth services billing Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for such services.

Provider Action Needed

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has added individual medical nutrition therapy (MNT) to the list of Medicare telehealth services.

CR4204, from which this article is taken, expands the list of Medicare telehealth services to include individual MNT (as represented by HCPCS codes G0270, 97802 and 97803); and adds registered dietitians and nutrition professionals to the list of practitioners eligible to furnish, and receive payment, for telehealth.

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

Background

The use of a telecommunications system may substitute for a face-to-face, “hands on” encounter for consultation, office visits, individual psychotherapy, pharmacologic management, psychiatric diagnostic interview examination, and end-stage renal disease related services included in the monthly capitation payment (except for one visit per month to examine the access site).

In the calendar year 2006 Physician Fee Schedule-Final Rule (CMS-1502-FC), CMS expanded the list of Medicare telehealth services to include individual MNT as described by HCPCS codes G0270, 97802, and 97803. Therefore, effective January 1, 2006, the telehealth

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

modificadores de Teleconsulta “GT” (*via interactive audio and video telecommunications system*), el modificador “GQ” (*via asynchronous telecommunications system*) son válidos cuando se facturan con estos códigos HCPCS.

Además, debido a que los dietistas licenciados y registrados, así como los nutricionistas (según se define en el CFR 42, Sección 410.134) son los únicos profesionales de la salud permitidos por ley para brindar servicios de MNT, se ha añadido a los dietistas y a los nutricionistas a la lista de profesionales de la salud que pueden brindar y recibir pagos por concepto de servicios de Teleconsulta.

La Publicación 100-02 (*Medicare Benefit Policy Manual*), Capítulo 15, Secciones 270.2 y 270.4, y la Publicación 100-04 (*Medicare Claims Processing Manual*), Capítulo 12, Sección 190, se revisaron para implementar esta adición a la lista de servicios de Teleconsulta de Medicare.

Sin embargo, usted debe saber, que esta expansión a la lista de servicios de Teleconsulta de Medicare no cambia los criterios de elegibilidad, las condiciones de pago, la metodología de pago o facturación aplicables a los servicios de Teleconsulta de Medicare, según se establece en estos manuales. Por ejemplo, las localidades originadoras deben estar localizadas en un condado “Non-MSA” o en áreas rurales de escasez de profesionales de la salud, y solamente puede incluir oficinas de médicos o profesionales de la salud, hospitales, hospitales de acceso crítico (CAH por sus siglas en inglés), clínicas rurales de salud, o centros de salud cualificados a nivel federal.

Aún más, usted debe utilizar un sistema de telecomunicaciones de audio y vídeo interactivo que le permitan una comunicación en tiempo real entre un médico o profesional de la salud en una localidad distante, y el beneficiario de Medicare. Además, como una condición de pago, el paciente debe estar presente y ser participante de la visita de Teleconsulta.

La única excepción a este requisito de telecomunicación interactiva es en el caso de programas federales de demostración de telemedicina llevándose a cabo en Alaska o Hawaii.

Information and Education Resources for Providers

modifiers “GT” (*via interactive audio and video telecommunications system*) and modifier “GQ” (*via asynchronous telecommunications system*) are valid when billed with these HCPCS codes.

Additionally, since certified registered dietitians and nutrition professionals (as defined in 42 CFR, Section 410.134) are the only practitioners permitted by law to furnish MNT, registered dietitians and nutrition professionals have been added to the list of practitioners who may furnish and receive payment for a telehealth service.

Publication 100-02 (Medicare Benefit Policy Manual), Chapter 15, Sections 270.2 and 270.4, and Publication 100-04 (Medicare Claims Processing Manual), Chapter 12, Section 190, have been revised to implement this addition to the list of Medicare telehealth services.

Be aware, nonetheless, that this expansion to the list of Medicare telehealth services does not change the eligibility criteria, conditions of payment, payment or billing methodology applicable to Medicare telehealth services as set forth in these manuals. For example, originating sites must be located in either a non-MSA county or rural health professional shortage area, and can only include a physician’s or practitioner’s office, hospital, critical access hospital (CAH), rural health clinic, or federally qualified health center.

Further, you must use an interactive audio and video telecommunications system that permits real-time communication between the distant site physician, or practitioner, and the Medicare beneficiary, and as a condition of payment, the patient must be present and participating in the telehealth visit.

The only exception to this interactive telecommunications requirement is in the case of Federal telemedicine demonstration programs conducted in Alaska or Hawaii. In these

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

En esas circunstancias, se permite el pago por concepto de servicios de teleconsulta de Medicare cuando se hace uso de tecnología no sincronizada de almacenar y luego enviar (“store-and-forward”).

Finalmente, usted debe recordar que si la localidad distante es un Hospital de Acceso Crítico (CAH por sus siglas en inglés) que ha elegido el Método II y el médico o profesional de la salud ha reasignado sus beneficios al CAH, el CAH debe facturar a su Intermediario Fiscal habitual por concepto de los servicios profesionales de teleconsulta brindados, haciendo uso de cualquiera de los “**revenue codes**” 096x, 097x o 098x. Todos los requisitos de facturación por servicios de teleconsulta a distancia aplican.

Información Adicional

Puede encontrar más información sobre los servicios de Teleconsulta visitando los siguientes enlaces en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R790CP.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R43BP.pdf>. Estos enlaces contienen el CR4204.

También puede buscar en los siguientes manuales:

- Manual en línea 100-02 (*Medicare Benefit Policy Manual*), Capítulo 15 (Covered Medical and Other Health Services), Secciones 270.2 (List of Medicare Telehealth Services) y 270.4 (Payment – Physician/Practitioner at a Distant Site); y
- Manual 100-04 (*Medicare Claims Processing Manual*), Capítulo 12 (Physician/Practitioner Billing), Secciones 190.3 (List of Medicare Telehealth Services), 190.5 (Payment Methodology for Physician/Practitioner at the Distant Site), 190.6 (Originating Site Facility Fee Payment Methodology), y 190.7 (Contractor Editing of Telehealth Claims).

Encontrará estas secciones revisadas como anejos al CR4204.

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

12-23-05 / Trans. R709CP & R43BP/CR 4204/02-04-06/ ML RRC

Information and Education Resources for Providers

circumstances, Medicare payment is permitted for telehealth services when asynchronous store-and-forward technology is used.

*Finally, you should remember that if the distant site is a CAH that has elected Method II, and the physician or practitioner has reassigned his/her benefits to this CAH, it should bill its regular fiscal intermediary for the professional telehealth services provided, using any of the **revenue codes** 096x, 097x or 098x. All requirements for billing distant site telehealth services apply.*

Additional Information

You can find more information about telehealth services by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R790CP.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R43BP.pdf> on the CMS web site. These Web addresses contain CR4204.

You might also want to look at the following manuals:

- *Online manual 100-02 (Medicare Benefit Policy Manual), Chapter 15 (Covered Medical and Other Health Services), Sections 270.2 (List of Medicare Telehealth Services) and 270.4 (Payment – Physician/Practitioner at a Distant Site); and*
- *Manual 100-04 (Medicare Claims Processing Manual), Chapter 12 (Physician/Practitioner Billing), Sections 190.3 (List of Medicare Telehealth Services), 190.5 (Payment Methodology for Physician/Practitioner at the Distant Site), 190.6 (Originating Site Facility Fee Payment Methodology), and 190.7 (Contractor Editing of Telehealth Claims).*

You can find these revised manual sections as attachments to CR4204.

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

Recursos de Información y Educación para Proveedores

IMPLEMENTACIÓN DE LA SECCIÓN 1011 DEL MMA FONDOS FEDERALES PARA SERVICIOS DE SALUD DE EMERGENCIA A EXTRANJEROS INDOCUMENTADOS

Proveedores Afectados

Hospitales, médicos y proveedores de servicios de ambulancia.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo de edición especial resume la política de CMS sobre la Sección 1011 del “**Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act (MMA)**” con respecto a Fondos Federales para servicios de salud de emergencia provistos a extranjeros indocumentados.

El 9 de mayo de 2005, CMS anunció esta política respecto a la Sección 1011, Fondos Federales para Servicios de Salud de Emergencia para Extranjeros Indocumentados, como parte del MMA. Este nuevo programa proveerá \$1 billón de dólares a ser distribuidos en un período de cuatro años. El propósito de estos fondos es ayudar a hospitales, ciertos médicos y proveedores de servicios de ambulancia a recuperar los costos de proveer servicios de emergencia médica a extranjeros indocumentados y ciertos grupos de extranjeros. Debido a que esta medida de MMA no forma parte del Programa de Medicare, CMS designará un contratista único con el fin de suscribir proveedores, recibir reclamaciones, calcular cantidades de pagos a proveedores y efectuar dichos pagos. Tan pronto CMS designe a tal contratista que llevará a cabo estas funciones, usted será notificado. Puede obtener la política de notificación de CMS, así como documentos relacionados, en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/UndocAliens/downloads/sec1011.pdf>.

Information and Education Resources for Providers

MMA CMS' IMPLEMENTATION OF SECTION 1011 OF THE MEDICARE MODERNIZATION ACT FEDERAL FUNDING OF EMERGENCY HEALTH SERVICES FURNISHED TO UNDOCUMENTED ALIENS

Provider Types Affected

Hospitals, physicians and ambulance providers

Provider Action Needed

This special edition article summarizes the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) policy regarding section 1011 of the Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) regarding the Federal Funding of Emergency Health Services furnished to undocumented aliens.

On May 9, 2005, CMS announced its policy regarding section 1011, Federal Funding of Emergency Health Services Furnished to Undocumented Aliens, of the MMA. This new program will provide \$1 billion over four years to help hospitals, certain physicians, and ambulance providers recoup the costs of providing needed emergency medical care to undocumented aliens and certain other aliens. Since this provision of the MMA is not part of the Medicare program, CMS will designate a single contractor for the purposes of enrolling providers, receiving claims, calculating provider payment amounts, and effectuating payments. As soon as

CMS awards a contract to perform this workload, you will be notified. CMS' policy notice and related documents can be found be viewed at: <http://www.cms.hhs.gov/UndocAliens/downloads/sec1011.pdf> on the CMS web site.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo de Edición Especial para obtener más detalles sobre la Política de CMS para la Sección 1011 del MMA.

Trasfondo

La Sección 1011 proveerá \$250 millones de dólares por año durante los años fiscales (FY) 2005-2008, para pagos a proveedores elegibles que brindaron servicios de salud de emergencia a extranjeros indocumentados y otros extranjeros en específico. Dos terceras partes de los fondos se dividirán entre los 50 estados y el Distrito de Columbia basado en porcentajes relativos de extranjeros indocumentados. Una tercera parte se dividirá entre los seis estados con el mayor número de detenciones de extranjeros indocumentados.

De las respectivas adjudicaciones por estado, se efectuarán los pagos directamente a los hospitales, ciertos médicos y proveedores de servicio de ambulancia por concepto de algunos o todos los costos incurridos al proveer servicios de salud de emergencia requeridos bajo la sección 1867 y servicios relacionados a pacientes hospitalizados, ambulatorios y servicios de ambulancia a individuos elegibles. Proveedores elegibles pueden incluir: Instalaciones Indígenas de Servicios de Salud (IHS por sus siglas en inglés), ya sea que éstas son operadas por el Servicio Indígena de Salud o por una tribu indígena u organización tribal. Un hospital de Acceso Crítico de Medicare (CAH por sus siglas en inglés) es considerado también un hospital bajo la definición estatutaria. Los pagos bajo la sección 1011 pueden ser efectuados siempre y cuando el servicio de salud no haya sido reembolsado previamente por medio de seguros u otros medios, durante ese año fiscal.

Los pagos se pueden efectuar solamente por concepto de servicios provistos a ciertos individuos descritos en el estatuto como:

1. Extranjeros indocumentados

Information and Education Resources for Providers

See the **Background** and **Additional Information** sections of this special edition article to find out further details regarding the CMS policy for Section 1011 of the MMA.

Background

Section 1011 provides \$250 million per year for the fiscal years (FY) 2005 – 2008 for payments to eligible providers for emergency health services provided to undocumented and other specified aliens. Two-thirds of the funds will be divided among all 50 states and the District of Columbia based on their relative percentages of undocumented aliens. One-third will be divided among the six states with the largest number of undocumented alien apprehensions.

From the respective state allotments, payments will be made directly to hospitals, certain physicians, and ambulance providers for some or all of the costs of providing emergency health care required under section 1867 and related hospital inpatient, outpatient, and ambulance services to eligible individuals. Eligible providers may include an Indian Health Service facility, whether operated by the Indian Health Service or by an Indian tribe or tribal organization. A Medicare critical access hospital (CAH) is also a hospital under the statutory definition. Payments under section 1011 may only be made to the extent that care was not otherwise reimbursed (through insurance or otherwise) for such services during that fiscal year.

Payments may be made only for services furnished to certain individuals described in the statute as:

1. Undocumented aliens;

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

2. Extranjeros que han sido enviados condicionalmente hacia los Estados Unidos, a través de un punto de entrada oficial, con el fin de recibir servicios elegibles, y;
3. Ciudadanos mexicanos con permiso para entrar a los Estados Unidos por un período no mayor de 72 horas bajo la autoridad de la tarjeta de identificación de lectura biométrica (también conocida como Visa de Láser o “Laser Visa”) que les permite cruzar la frontera, emitida de acuerdo a los requisitos de reglamentaciones prescritas bajo una sección específica del *Immigration and Nationality Act*.

Información Adicional

Puede obtener información adicional en el siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/UndocAliens/01_overview.asp

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

Information and Education Resources for Providers

2. *Aliens who have been paroled into the United States at a United States port of entry for the purpose of receiving eligible services; and*
3. *Mexican citizens permitted to enter the United States for not more than 72 hours under the authority of a biometric machine-readable border crossing identification card (also referred to as a “laser visa”) issued in accordance with the requirements of regulations prescribed under a specific section of the Immigration and Nationality Act.*

Additional Information

Additional information can be found be viewed at http://www.cms.hhs.gov/UndocAliens/01_overview.asp on the CMS Web site.

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

Pub. SE0535/Rev. RR-ML/12-05-05

INSTRUCCIONES EQUIVOCADAS – BASE PARA OTORGAR DISPENSAS DE PENALIDADES

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a Medicare y que son objeto de penalidades como resultado de tales facturaciones.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

No se podrá aplicar penalidades a Proveedores y Suplidores si la base para tales penalidades, que de otra manera hubieran aplicado, fue que el proveedor actuó de acuerdo a las instrucciones erróneas recibidas del programa de Medicare.

Medicare puede otorgar una dispensa a una penalidad cuando **TODAS las condiciones que se mencionan a continuación estén presentes:**

- Las instrucciones recibidas fueron erróneas.

ERRONEOUS GUIDANCE – BASIS TO WAIVE PENALTY

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers who bill Medicare and who face penalties as a result of such billings

Provider Action Needed

Providers and suppliers may not be subject to a penalty if the basis for the penalty that would have otherwise been applicable was that the provider acted in accordance with erroneous guidance from the Medicare program.

*Medicare can grant a waiver of a penalty when **ALL of the following conditions are present:***

- *The guidance was erroneous.*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Las instrucciones fueron emitidas por el Secretario del Departamento de Salud y Recursos Humanos, o por un Contratista de Medicare (Contratista de la Parte B, Intermediario Fiscal, Contratista Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC por sus siglas en inglés) o Intermediario Regional de Salud en el Hogar (RHHI por sus siglas en inglés), actuando dentro del contexto de autoridad concedida al Contratista bajo el Contrato de Medicare.
- Las instrucciones se pusieron por escrito.
- Las instrucciones se relacionaban al suministro de un artículo o servicio, o a la presentación de una reclamación de beneficios por proveer tal artículo o servicio con respecto al proveedor o suplidor que somete tal reclamación.
- Las instrucciones se emitieron a tiempo.
- El proveedor o suplidor presentaron de manera completa y precisa las circunstancias relacionadas a tales artículos, servicios, y la reclamación sometida al Contratista de Medicare o a los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), y todo esto lo hizo por escrito.
- El proveedor o suplidor siguió las instrucciones recibidas de parte del Contratista de Medicare (o de parte de CMS).

Lea cuidadosamente el CR 3898 si usted entiende que ha sido objeto de una penalidad por haber actuado de acuerdo con las instrucciones erróneas recibidas del programa de Medicare.

Trasfondo

La sección 903© del Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act de 2003, (conocido como MMA por sus siglas en inglés), establece las bases para otorgar dispensa a penalidades o cargos de interés impuestos a proveedores y suplidores que hayan incurrido en tales penalidades; y/o

Information and Education Resources for Providers

- *The guidance was issued by the Secretary of the Department of Health and Human Services or was issued by a Medicare contractor (carrier, fiscal intermediary, durable medical equipment regional carrier (DMERC) or regional home health intermediary (RHHI)) acting within the scope of the contractor's Medicare contract authority.*
- *The guidance was in writing.*
- *The guidance related to the furnishing of an item or service or to the submission of a claim for benefits for furnishing such item or service with respect to the provider or supplier submitting such claim.*
- *The guidance was issued timely.*
- *The provider or supplier accurately and fully presented the circumstances relating to such items, services, and claim to the Medicare contractor or to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), and did so in writing.*
- *The provider or supplier followed the guidance provided by the Medicare contractor (or by CMS).*

Review CR3898 if you feel you are being subjected to a penalty for acting in accordance with erroneous guidance from the Medicare program.

Background

Section 903 © of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003, referred to as MMA, establishes a basis for waiving penalties and interest charges levied on providers and suppliers who incurred such penalties and/or interest as a result of following Medicare guidance,

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

cargos por intereses aplicados como resultado de haber seguido instrucciones de Medicare, las cuales resultaron equivocadas. **El CR 3898 detalla las condiciones bajo las cuales** un proveedor o suplidor podrá solicitar una dispensa de la penalidad impuesta a causa de tales instrucciones erróneas. El CR 3898 no toca el tema de dispensa de cargos por intereses.

Información Adicional

Encontrará detalles completos del proceso para solicitar y obtener una dispensa en el Capítulo 33 (Miscellaneous Hold Harmless Provisions), Sección 10 (Erroneous Program Guidance: Basis to Waive Penalty) del *Medicare Claims Processing Manual*. Este material se incluye como anejo al CR 3898 y está disponible en el siguiente enlace en sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals>.

Desde ese sitio Web, busque el CR 3898 en la columna CR NUM a la derecha, y pulse el número del archivo para ese CR.

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

Information and Education Resources for Providers

*which turned out to be erroneous. **CR3898 details the conditions under which a provider or supplier may seek a waiver of a penalty due to such erroneous guidance. CR3898 does not address the waiver of interest charges.***

Additional Information

Full details of the process for seeking and obtaining a waiver can be found in Chapter 33 (Miscellaneous Hold Harmless Provisions), Section 10 (Erroneous Program Guidance: Basis to Waive Penalty) of the Medicare Claims Processing Manual. That material is attached to CR3898, which can be found by going to: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals> on the CMS web site.

From that web site, look for CR3898 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Pub. 11-01-05 / Trans. 739 / CR-3898 / 02-05-06 / ML RRC

Recursos de Información y Educación para Proveedores

CAMBIOS AL CAPÍTULO 29 – PROCESO GENERAL DE APELACIONES EN DETERMINACIONES INICIALES

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten a Medicare reclamaciones “Fee-For-Service” de la Parte A y Parte B.

Trasfondo

El proceso de apelaciones sobre reclamaciones se enmendó por el Acta de Protección y Mejoras de Beneficios (BIPA por sus siglas en inglés) de Medicare, Medicaid y SCHIP. La Sección 1869 (c) del Acta del Seguro Social (el Acta) según enmendada por BIPA, requiere un segundo nivel, nuevo en el proceso de apelaciones, llamado reconsideración. Este es diferente al primer nivel de apelación anterior para reclamaciones de la Parte A realizada por Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés). Las reconsideraciones serán procesadas por Contratistas Independientes Cualificados (QICs por sus siglas en inglés).

El CR4019 se enfoca en el proceso general de apelaciones en las Determinaciones Iniciales. El CR4019 contiene una cantidad considerable de información que es pertinente a todo el proceso de las apelaciones de Medicare y se enfoca específicamente en las inclusiones hechas a las Secciones 200 hasta la 260 del Capítulo 29 del Medicare Claims Processing Manual.

Puntos Clave

Decisiones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) Sujetas al Proceso Administrativo de Apelaciones

La Administración de Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) realiza determinaciones iniciales de beneficios y determinaciones iniciales en solicitudes para beneficios sobre la Parte A y Parte B. Estas decisiones están sujetas a apelación con la SSA.

Errores Menores y Omisiones

Los proveedores deben estar conscientes de que no es necesario apelar una reclamación si el proveedor ha cometido un error menor u omisión al someter una reclamación, lo cual causó que la reclamación fuese rechazada. En el caso donde

Information and Education Resources for Providers

MMA – CHANGES TO CHAPTER 29 – GENERAL APPEALS PROCESS IN INITIAL DETERMINATIONS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who submit Part A or Part B Fee-for-Service claims to Medicare

Background

The Medicare claim appeals process was amended by the Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000 (BIPA). Section 1869(c) of the Social Security Act (the Act), as amended by BIPA, requires a new second level in the administrative appeals process called a reconsideration. It is different from the previous first level of appeal for Part A claims performed by Fiscal Intermediaries (FIs). Reconsiderations will be processed by Qualified Independent Contractors (QICs).

CR4019 focuses on the general appeals process in Initial Determinations. CR4019 contains a considerable amount of information that is pertinent to the entire process of Medicare claims appeals, and focuses specifically on the additions of Sections 200 to 260 to Chapter 29 of the Medicare Claims Processing Manual.

Key Points

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Decisions Subject to the Administrative Appeals Process The Social Security Administration (SSA) makes initial Part A and Part B entitlement determinations and initial determinations on applications for entitlement. These decisions are subject to appeal with the SSA.

Minor Errors and Omissions

Providers should be aware that there is no need to appeal a claim if the provider has made a minor error or omission in filing the claim, which, in turn, caused the claim to be denied. In the case where a minor error or omission is involved, the provider

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

un error menor u omisión haya ocurrido, el proveedor puede solicitar al Contratista de Medicare que reabra la reclamación de manera que el error u omisión pueda corregirse, en lugar de ir a través del proceso de apelaciones.

¿Quién Puede Apelar?

CR4019 (Adiciones al Capítulo 29) define y describe los individuos y entidades que tienen el derecho de apelar la determinación inicial del Contratista de Medicare. (Los contratistas de Medicare son Contratistas de la Parte B, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) e Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), e Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés). Un individuo que tiene derecho a una apelación se denomina como una de las “partes” del proceso.

Apelaciones de Proveedores o Suplidores Cuando el Beneficiario ha Fallecido

Cuando un proveedor o suplidor apela a favor de un beneficiario fallecido, y el proveedor o suplidor no tiene el derecho a apelar, es la responsabilidad del contratista determinar si la otra parte está disponible para la apelar. El CR4019 describe lo que debe hacerse en esta situación.

Partes en una Apelación

Cualquiera de las personas o entidades que pueden apelar la decisión de Medicare de denegar o reducir el pago, son partes en una apelación para artículos o servicios pagaderos bajo la Parte A o la Parte B.

Pasos en el Proceso de Apelaciones: Un Resumen

El proceso de apelación descrito en el CR4019 tiene vigencia para todas las redeterminaciones emitidas a partir del 1 de mayo de 2005, por los FIs de Medicare, y todas las redeterminaciones emitidas a partir del 1 de enero de 2006, por los Contratistas de la Parte B. El proceso de apelaciones consiste de cinco niveles. Cada nivel debe ser completado para cada reclamación en cuestión, previo a proceder al próximo nivel de apelación. Ninguna apelación puede ser aceptada hasta que una determinación inicial se realice para la reclamación. El siguiente diagrama bosqueja los pasos en el proceso de apelaciones de Medicare:

Information and Education Resources for Providers

can request that the Medicare contractor reopen the claim so the error or omission can be corrected, rather than having to go through the appeals process.

Who May Appeal

CR4019 (Additions to Chapter 29) defines and describes the individuals and entities who have the right to appeal a Medicare contractor's initial determination. (Medicare contractors are carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs), and Fiscal Intermediaries (FIs), including Regional Home Health Intermediaries (RHHIs).) An individual who has a right to appeal is referred to as a “party.”

Provider or Supplier Appeals When the Beneficiary Is Deceased

When a provider or supplier appeals on behalf of a deceased beneficiary, and the provider or supplier otherwise does not have the right to appeal, it is the contractor's responsibility to determine whether another party is available to appeal. CR4019 describes what must be done in this situation.

Parties to an Appeal

Any of the persons/entities who may appeal Medicare's decision to deny or reduce payment are parties to an appeal of a claim for items or services payable under Part A or Part B.

Steps in the Appeals Process: Overview

The process of appeal described in CR4019 is effective for all redeterminations issued on or after May 1, 2005, by Medicare FIs and all redeterminations issued on or after January 1, 2006, by carriers. The appeals process consists of five levels. Each level must be completed for each claim at issue prior to proceeding to the next level of appeal. No appeal can be accepted until an initial determination has been made for the claim. The following chart outlines the steps in the Medicare appeal process:

Cont. on next page

Proceso de Apelaciones de Medicare “Fee for Service”

Nivel de Apelación	Tiempo Límite para Someter la Solicitud	Dónde Apelar*	Umbral Monetario o Cantidad en Controversia
1. Redeterminación			
<ul style="list-style-type: none"> Realizada por el Contratista de Medicare 	120 días a partir de la fecha de recibir el aviso de determinación inicial (Resumen de Medicare o Remesa). (Se presume que se recibe el aviso de la determinación inicial, 5 días a partir del aviso de no haber evidencia de lo contrario.)	Parte A – FI (MAC) Parte B – Contratista de la Parte B (MAC)	Ninguno
2. Reconsideración			
<ul style="list-style-type: none"> Realizado por el QIC Archivo del caso preparado por el Contratista de Medicare y enviado al QIC.** Contratista de Medicare puede tener responsabilidades por cumplir, debido a decisiones tomadas por el QIC 	180 días a partir de la fecha de recibir la redeterminación	Parte A y Parte B – QIC	Ninguno
3. Audiencia con un Juez de Ley Administrativa (ALJ)			
<ul style="list-style-type: none"> Archivo del caso preparado por el QIC y enviado al Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA) de HHS Contratista de Medicare puede tener responsabilidades por cumplir, debido a decisiones tomadas a nivel del ALJ 	60 días a partir de la fecha de recibir el aviso de reconsideración	Parte A y Parte B – HHS OMHA Field Office	Por lo menos \$100 permanecen en controversia. *** Para solicitudes hechas a partir del 1 de enero de 2006, por lo menos \$110 permanece en controversia.
4. Revisión de Junta de Apelaciones Departamentales (DAB)			
<ul style="list-style-type: none"> Contratista puede tener responsabilidades por cumplir debido a decisiones tomadas a nivel del DAB 	60 días a partir de la fecha de recibir la decisión o la desestimación del ALJ	Parte A y Parte B – DAB	Ninguno
5. Revisión de Tribunal Federal (Judicial)			
<ul style="list-style-type: none"> Contratista de Medicare puede tener responsabilidades por cumplir debido a decisiones tomadas a nivel del Tribunal Federal. 	60 días a partir de la fecha de recibir la decisión del DAB o una denegación de revisión del DAB		Por lo menos \$1,050.00 permanece en controversia. *** Para solicitudes hechas a partir de 1 de enero de 2006, por lo menos \$1,090.00 permanece en controversia.

*¿Dónde Apelar? – Parte A incluye reclamaciones de la Parte B sometidas a través de un FI.

**De acuerdo a la sección apropiada del manual y el “*Joint Operating Agreement*” (JOA).

***Vigente el año 2005, en solicitudes hechas para una audiencia ALJ o revisión judicial, los requisitos de cantidad en controversia (AIC–Amount in Controversy) aumentarán de acuerdo al porcentaje de aumento en los componentes de cuidado médico del “*Consumer Price Index*” de julio de 2003, para consumidores de zonas urbanas (promedio de ciudad de E.U.) que precede al año en reclamación. Cualquier cantidad que no sea múltiplo de \$10 se redondeará al próximo múltiplo de \$10.00.

Cont. on next page

The Medicare Fee-for-Service Appeals Process

Appeal Level	Time Limit for Filing Request	Where to Appeal*	Monetary Threshold to be Met or Amount in Controversy (AIC)
1. Redetermination			
<ul style="list-style-type: none"> Performed by the Medicare Contractor 	120 days from date of receipt of the notice initial determination (MSN or RA). (The notice of initial determination is presumed to be received five days from the date of the notice unless there is evidence to the contrary.)	Part A – FI (MAC) Part B – Carrier (MAC)	None
2. Reconsideration			
<ul style="list-style-type: none"> Performed by QIC Case file prepared by the Medicare contractor and forwarded to the QIC.** Medicare contractor may have effectuation responsibilities for decisions made by the QIC. 	180 days from date of receipt of the redetermination	Part A and B – QIC	None
3. Administrative Law Judge (ALJ) Hearing			
<ul style="list-style-type: none"> Case file prepared by the QIC and forwarded to the HHS Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA). Medicare contractor may have effectuation responsibilities for decisions made at the ALJ level. 	60 days from the date of receipt of the reconsideration notice	Part A and B – HHS OMHA Field Office	At least \$100 remains in controversy*** <i>For requests made on or after January 1, 2006, at least \$110 remains in controversy</i>
4. Departmental (DAB) Appeals Board Review			
<ul style="list-style-type: none"> Contractor may have effectuation responsibilities for decisions made at the DAB level. 	60 days from the date of receipt of the ALJ hearing decision/dismissal	Part A and Part B – DAB	None
5. Federal Court (Judicial) Review			
<ul style="list-style-type: none"> Medicare contractor may have effectuation responsibilities for decisions made at the Federal Court level. 	60 days from date of receipt of DAB decision or declination of review by DAB		At least \$1,050 remains in controversy*** <i>For requests made on or after January 1, 2006, at least \$1,090 remains in controversy</i>

*Where to Appeal - Part A includes Part B claims filed with the FI.

** In accordance with the appropriate manual section and the Joint Operating Agreement (JOA).

***Beginning in 2005, for requests made for an ALJ hearing or judicial review, the dollar Amount in Controversy (AIC) requirement will increase by the percentage increase in the medical care component of the Consumer Price Index for all urban consumers (U.S. city average) for July 2003 to the July preceding the year involved. Any amount that is not a multiple of \$10 will be rounded to the nearest multiple of \$10.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

¿Dónde Apelar?

El lugar donde las partes deben radicar una apelación depende del nivel de la apelación. El diagrama anterior indica dónde los apelantes deben radicar la solicitud de apelación, según el nivel de la misma.

¿Cuándo Apelar? – Límites de Tiempo para Radicar Apelaciones y Justa Causa para la Extensión de los Límites de Tiempo para Radicar Apelaciones

Los tiempos límites para radicar apelaciones varían de acuerdo al tipo de apelación. La tabla anterior indica los tiempos límites para radicar solicitudes de apelación para cada nivel de apelación. Estos límites de tiempo se pueden extender si se demuestra justa causa para la radicación tardía.

Justa Causa – Proceso General para Establecer Justa Causa para Radicaciones Tardías

Los procedimientos para establecer justa causa son vigentes para todas las solicitudes de redeterminación recibidas por el FI a partir del 1 de mayo de 2005 y las recibidas por el contratista de la Parte B a partir del 1 de enero de 2006.

La nueva Sección 240 del Capítulo 29 del *Medicare Claims Processing Manual* enumera el procedimiento para establecer justa causa para radicación tardía; cuándo se llega a una decisión favorable de justa causa; y cuándo se llega a una decisión no favorable en torno a justa causa. Puede encontrar una lista de condiciones y ejemplos que pueden establecer justa causa para radicación tardía por parte de beneficiarios, o por proveedores, médicos y suplidores en la Sección 240, adjunta al CR4019.

Requisitos de Cantidad en Controversia (AIC por sus siglas en inglés)

Los requerimientos para la cantidad en controversia aplican solamente para los Niveles de ALJ y de la Corte Federal. El diagrama anterior indica la cantidad en controversia (AIC) así como el método de calcular el AIC para el proceso de apelaciones de Medicare.

Information and Education Resources for Providers

Where to Appeal

Where a party must file an appeal depends on the level of appeal. The above chart indicates where appellants should file appeal requests for each level of appeal.

When to Appeal – Time Limits for Filing Appeals and Good Cause for Extension of the Time Limit for Filing Appeals

The time limits for filing appeals vary according to the type of appeal. The table above indicates the time limits for filing appeal requests for each level of appeal. These time limits may be extended if good cause for late filing is shown.

Good Cause - General Procedure to Establish Good Cause for Late Filing

Procedures to establish good cause are effective for all requests for redeterminations received by FIs on or after May 1, 2005, and all requests for redeterminations received by the carrier on or after January 1, 2006.

The new Section 240 of Chapter 29 of the Medicare Claims Processing Manual lists the general procedure for establishing good cause for late filing; when a favorable decision for good cause is made; and when an unfavorable decision for good cause is made. A listing of conditions and examples that may establish good cause for late filing by beneficiaries or by providers, physicians, and suppliers, can be found in Section 240, which is attached to CR4019.

Amount in Controversy (AIC) Requirements

The amount in controversy requirements apply only to the ALJ and Federal Court Levels. The chart above indicates the amount in controversy (AIC) as well as the method of calculating the AIC, for the Medicare appeals process.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Información Adicional

Puede ver la instrucción oficial emitida a su FI o Contratista en relación a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals>

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

Todas las secciones nuevas del Capítulo 29 del *Medicare Claims Processing Manual* están adjuntas al CR4019. Estas secciones proveen detalles que explica el proceso revisado de apelaciones.

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

Information and Education Resources for Providers

Additional Information

The official instruction issued to your FI or carrier regarding this change may be found by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals> on the CMS web site.

From that web page, look for CR4019 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

All of the new sections of Chapter 29 of the Medicare Claims Processing Manual are attached to CR4019. These sections provide excellent detail that explains the revised appeals process.

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

Pub. 10-07-05 /Trans. 695 /CR- 4019/11-23-05 / ML RRC

DIRECTORIO DE MÉDICOS Y SUPLIDORES PARTICIPANTES DE MEDICARE (MEDPARD) DEL 2006

El directorio de médicos y suplidores participantes de Medicare (MedPard) actualizado al 2006 para Puerto Rico e Islas Vírgenes EEUU, ya está disponible. Lo puede acceder en nuestra página en la siguiente dirección: http://www.triples-med.org/webmedicare/directorio_medico/busqueda_especialidad/

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

2006 MEDICARE PARTICIPATING PHYSICIANS AND SUPPLIERS DIRECTORY (MEDPARD)

The 2006 Medicare Participating Physicians and Suppliers Directory (MEDPARD) for Puerto Rico and the US Virgen Islands is now available. The 2006 MEDPARD may be found at our Website at: http://www.triples-med.org/webmedicare/directorio_medico/busqueda_especialidad/

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

01/31/2006 RRC

AVISO IMPORTANTE

Deseamos informarles que efectivo al lunes, 6 de marzo de 2006, nuestro horario de servicio a través del Centro de Llamadas será de 8:00 AM a 4:00 PM.

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

IMPORTANT MESSAGE

We would like to inform you that effective Monday, March 6, 2006, we will be providing services through our Call Center from 8:00 AM to 4:00 PM.

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

RG/DG/03-03-06

Recursos de Información y Educación para Proveedores

NUEVOS PRODUCTOS EDUCATIVOS DISPONIBLES SOBRE LA CUBIERTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE EL OCTAVO EN LA SERIE DE ARTÍCULOS DE MEDLEARN MATTERS

Proveedores Afectados

Médicos, profesionales de la salud, proveedores, suplidores y personal administrativo que brinda servicio a beneficiarios de Medicare.

Puntos Importantes para Recordar:

- Vigente el 1 de enero de 2006, Medicare tendrá una nueva cubierta de medicamentos recetados para sus beneficiarios.
- Esta cubierta incluye medicamentos de marca y bioequivalentes.
- Los medicamentos actualmente cubiertos por la Parte B de Medicare continuarán con cobertura bajo la Parte B.
- Esta nueva cubierta de medicamentos no es automática – todos los beneficiarios de Medicare tendrán que tomar una decisión a fines del 2005. Debido a que usted es una fuente confiable de información, sus pacientes pueden dirigirse a usted en busca de información sobre esta nueva cubierta. Por tanto, estamos confiando que tanto usted como su personal administrativo tomarán ventaja de esta oportunidad educativa y que ayudarán a los pacientes de Medicare a aprender más sobre esta nueva cubierta.
- Usted debe motivar a todos sus pacientes beneficiarios de Medicare a que aprendan lo más posible sobre la nueva cubierta de medicamentos recetados ya que podrán ahorrar dinero en el costo de medicamentos recetados. Hay ayuda adicional disponible para personas con ingresos y recursos limitados.

Information and Education Resources for Providers

NEW EDUCATIONAL PRODUCTS AVAILABLE ON MEDICARE PRESCRIPTION DRUG COVERAGE – THE EIGHTH IN THE MEDLEARN MATTERS SERIES

Provider Types Affected

Physicians, health care professionals, providers, suppliers, and staff who provide service to people with Medicare

Important Points to Remember

- *On January 1, 2006, new prescription drug coverage will be available to all people with Medicare.*
- *It will cover brand name and generic drugs.*
- *Drugs that are currently covered by Medicare Part B will continue to be covered by Part B.*
- *This new drug coverage is not automatic - all people with Medicare will need to make a decision this fall. Since you're a trusted source, your patients may turn to you for information about this new coverage. Therefore, we're looking to you and your staff to take advantage of this "teachable moment" and help your Medicare patients learn more about this new coverage.*
- *You should encourage all your Medicare patients to learn more about the new prescription drug coverage because it may save them money on prescription drugs. There is extra help available for people with limited income and resources.*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Si sus pacientes beneficiarios de Medicare le hacen preguntas sobre esta nueva cubierta, pídale que llamen al teléfono 1-800-MEDICARE o que se conecten al sitio Web de Medicare en el siguiente enlace: <http://www.medicare.gov>.

La cubierta de medicamentos recetados bajo la Parte D de Medicare será administrada a través de planes de medicamentos Medicare Advantage (MA-PDs por sus siglas en inglés) y Planes de Medicamentos Recetados (PDPs por sus siglas en inglés). Para aquellos beneficiarios de Medicare que se unan a un programa MA-PD o PDP, su proveedor tiene que tener una relación contractual con ese MA-PD o PDP para poderle facturar y recibir pago de esos planes por concepto de los medicamentos recetados cubiertos de ese individuo. Los proveedores "Fee-For-Service" (FFS) no pueden facturar a los FIs o Contratistas de la Parte B por concepto de medicamentos cubiertos por la Parte D. El artículo que sigue en esta serie brindará más información sobre facturación de la Parte B comparada con la Parte D.

NUEVOS PRODUCTOS DISPONIBLES EN EL SIGUIENTE ENLACE: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp>

Existen nuevos productos, los cuales puede descargar en el sitio Web de "Medicare Prescription Drug Coverage Information for Providers". Este portal está dedicado a proveer la más reciente información sobre cubierta de medicamentos a proveedores de Medicare "Fee-For-Service" (FFS). Entre estos nuevos productos encontramos los siguientes:

CURSO DE ADIESTRAMIENTO MEDICARE RX: INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PROFESIONALES DE LA SALUD – CRÉDITOS DE EDUCACIÓN CONTINUA

Este curso de adiestramiento cubre información importante sobre la cubierta del programa de medicamentos recetados de Medicare, incluyendo

Information and Education Resources for Providers

- If your Medicare patients ask you questions about the new coverage, you can refer them to 1-800-MEDICARE and to <http://www.medicare.gov> for additional information and assistance.

Medicare prescription drug coverage under Part D will be administered through Medicare Advantage Prescription Drug Plans (MA-PDs) and Prescription Drug Plans (PDPs). For Medicare beneficiaries who join a MA-PD or a PDP, their provider must have a contractual relationship with that MA-PD or PDP to bill and receive payment from the plans for that individual's covered prescription drugs. FFS providers cannot bill Medicare fiscal intermediaries (FIs) or carriers for Part D covered drugs. Our next article in this series will provide further information on Part B versus Part D billing.

NEW PRODUCTS AVAILABLE ON <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp>

New products are available to download at the Medicare Prescription Drug Coverage Information for Providers web page. This page is dedicated to providing the latest drug coverage information for Fee-For-Service (FFS) Medicare providers. The new products include the following:

MEDICARE RX TRAINING COURSE: IMPORTANT INFORMATION FOR HEALTH CARE PROFESSIONALS – EARN CME CREDIT

This training course covers important information about Medicare prescription drug coverage, including the fundamental components of the

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

los componentes fundamentales del programa, los tipos de planes de medicamentos disponible, recursos para beneficiarios de Medicare y profesionales de la salud, así como fechas importantes en los años 2005 y 2006.

El Centro Médico de la Universidad de Kansas (KUMC por sus siglas en inglés) está ofreciendo cursos de educación continua con créditos, en coordinación con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés).

- Médicos: 1.5 CME - Créditos de Categoría 1
- Enfermeros: 1.8 CNE - Horas Contacto
- Otros Profesionales de la Salud: 1.5 Horas Crédito

Una vez usted haya completado el curso y reciba sus calificaciones con puntuación que le permitan pasar el curso, se le otorgará un enlace que le permitirá acceso a KUMC. KUMC hará un cargo nominal por concepto de cursos con crédito.

FOLLETO PARA MÉDICOS

Esta publicación explica el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare a los médicos y su personal administrativo.

HOJA DESPRENDIBLE PARA MÉDICOS

Este recurso es apropiado para distribución en oficinas de médicos y otros ambientes clínicos. Contiene información básica sobre la nueva cubierta, así como los números de contacto para el programa "State Health Insurance Assistance" (SHIP) en cada estado. Los SHIPs guiarán a los beneficiarios de Medicare a los recursos disponibles de consejería individual.

AFICHES PARA SU OFICINA O CLÍNICA "¿TIENE INGRESOS LIMITADOS? LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL PUEDE AYUDARLE."

Estos afiches brindan información a beneficiarios de Medicare de recursos e ingresos limitados sobre fuentes de ayuda con sus gastos de medicamentos recetados. Son apropiados para publicación en ambientes de oficinas de médicos donde los beneficiarios de Medicare y las personas a cargo de su cuidado puedan ver la

Information and Education Resources for Providers

program, types of drug plans available, resources for people with Medicare and health care professionals, and important dates in 2005 and 2006.

The University of Kansas Medical Center (KUMC) is offering Continuing Education Credit for this course in coordination with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS):

- *Doctors: 1.5 CME Category 1 Credit*
- *Nurses: 1.8 CNE Contact Hours*
- *Other Health Care Professionals: 1.5 Credit Hours*

Once you complete the course and receive a passing score on the post-assessment, you will be provided with a link to KUMC. KUMC will charge a nominal fee for credit courses.

PHYSICIAN BROCHURE

This publication explains the new Medicare prescription drug coverage for physicians and their staff.

PHYSICIAN TEAR-OFF SHEET

This resource is appropriate for distribution in physicians' offices and other clinical settings. It contains basic information on the new coverage, as well as contact numbers for each state's State Health Insurance Assistance Program (SHIP). The SHIPs will direct people with Medicare to resources for individual counseling.

"HAVE LIMITED INCOME? SSA CAN HELP" - POSTERS FOR YOUR OFFICE OR CLINIC

These posters direct people with Medicare who have limited income and resources to sources for help with prescription drug costs. The posters are suitable for display in healthcare settings where people with

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

información. Para ver y ordenar estos afiches, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp>

NOTA: NO APLICA A PUERTO RICO, ISLAS VÍRGENES DE EU U OTROS TERRITORIOS DE EU. PARA INFORMACIÓN FAVOR DE LLAMAR AL 1-800-MEDICARE.

NUEVAS PUBLICACIONES DISPONIBLES PARA BENEFICIARIOS

Existen nuevas publicaciones para los beneficiarios de Medicare que les explican los diferentes aspectos de la nueva cubierta de medicamentos recetados. Las mismas están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoveragepubs.asp>

Información Adicional

Para encontrar los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare (*Medicare Prescription Drug Plans*) disponibles en cada estado, visite el “**Landscape of Local Plans**” en el sitio Web de Medicare donde encontrará una lista completa.

Usted puede hacer uso del buscador conocido como “**Medicare Prescription Drug Plan Finder**” para ayudar a los beneficiarios de Medicare a aprender sobre la nueva cubierta de medicamentos recetados de Medicare. Allí pueden encontrar y comparar planes de medicamentos que llenen sus necesidades personales, y suscribirse al plan que estimen adecuado.

El nuevo buscador de formularios (**Formulary Finder**) localizado en el sitio Web de CMS ayudara a los beneficiarios de Medicare a encontrar los planes de medicamentos recetados disponibles en cada estado. Cada beneficiario debe buscar el plan que tenga el formulario de medicamentos que contengan el mayor número de los medicamentos recetados que éste requiere.

Recomendamos que marque el enlace **Medicare Prescription Drug Coverage Information for Providers** para que obtener información actualizada y recursos educativos en línea: <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp>

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

Information and Education Resources for Providers

Medicare and their caregivers will see the information. To view and order the posters, go to <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp> on the CMS web site.

NOTE: THIS DOES NOT APPLY TO PUERTO RICO, THE US VIRGIN ISLANDS OR OTHER US TERRITORIES. FOR INFORMATION PLEASE CALL 1-800-MEDICARE.

NEW BENEFICIARY PUBLICATIONS AVAILABLE

New publications for people with Medicare that explain various aspects of the new coverage are available at <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoveragepubs.asp> on the CMS web site.

Additional Information

*To find Medicare Prescription Drug Plans available in each state, visit the **Landscape of Local Plans** on the Medicare website for a complete listing.*

*You can use the new **Medicare Prescription Drug Plan Finder** to help people with Medicare learn about the new Medicare prescription drug coverage, find and compare prescription drug plans that meet personal needs, and enroll in the prescription drug plan that is right for him/her.*

*The new **Formulary Finder** on the Medicare website will help people with Medicare find plans in each state that match their required drug lists.*

Bookmark the Medicare Prescription Drug Coverage Information for Providers page, <http://www.cms.hhs.gov/medlearn/drugcoverage.asp>, for the latest information and educational resources.

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

Pub. N/A / Trans. N/A / SE 0559 / Nov-26-05 / ML RRC

PROGRAMA CERT

PROCESO ESTABLECIDO POR CERT (*COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING*) PARA EL MANEJO DE ALEGACIONES DE UN PROVEEDOR SOBRE DESTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Proveedores Afectados

Todos los proveedores de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

La Edición Especial SE0547 delinea el proceso que los proveedores de Medicare deben seguir cuando los expedientes médicos solicitados por el Contratista de Documentación de CERT (CDC por sus siglas en inglés) y/o el Contratista Evaluador de CERT (CRC por sus siglas en inglés) fueron destruidos a causa de un desastre.

Para propósitos del uso de CERT, se define “desastre” como cualquier catástrofe (*ya sea natural o causada por el hombre*) que pueda ocasionar daños de magnitud y severidad suficiente como para destruir parcial o completamente, o retrasar el acceso, a los expedientes médicos y/o documentación relacionada.

- Un desastre natural incluye: huracanes, tornados, terremotos, erupciones volcánicas, fuegos, deslizamientos de lodo, tormentas de nieve y “*tsunamis*”.
- Desastres ocasionados por el hombre incluyen: actos de terrorismo, bombas, inundaciones a causa de acciones del hombre, desórdenes civiles y explosiones. Un desastre puede ser extenso e impactar múltiples estructuras, o puede ser aislado y que impacte una sola localidad.

Si usted no puede presentar los expedientes médicos que se le solicitan debido a que los mismos fueron destruidos por un desastre, el CDC/CRC le solicitará que declare, bajo pena

CERT PROGRAM

THE COMPREHENSIVE ERROR RATE TESTING (CERT) PROCESS FOR HANDLING A PROVIDER'S ALLEGATION OF MEDICAL RECORD DESTRUCTION

Provider Types Affected

All Medicare providers

Provider Action Needed

SE0547 outlines the process Medicare providers should follow when medical records requested by Medicare's Comprehensive Error Rate Testing (CERT) Documentation Contractor (CDC) and/or Medicare's CERT Review Contractor (CRC) are destroyed by disaster.

For CERT purposes, a “disaster” is defined as any natural or man-made catastrophe which causes damages of sufficient severity and magnitude to partially or completely destroy or delay access to medical records and associated documentation.

- *Natural disasters would include hurricanes, tornadoes, earthquakes, volcanic eruptions, fires, mudslides, snowstorms, and tsunamis.*
- *Man-made disasters would include terrorist attacks, bombings, floods caused by manmade actions, civil disorders, and explosions. A disaster may be widespread or impact multiple structures or be isolated and impact a single site only.*

If you cannot submit the requested medical records because they were destroyed by a disaster, the CDC/CRC will ask you to attest, under penalty of perjury, to the destruction of

Cont. on next page

PROGRAMA CERT

de perjurio, sobre la destrucción de los expedientes. El **Formulario de Declaración** está disponible en línea para los proveedores en el siguiente enlace: <http://www.certprovider.org>.

Aquellos proveedores que tengan que utilizar este formulario, podrán imprimirlo y enviarlo por fax al CDC, quien retendrá el mismo o lo enviará al CRC, dependiendo de cuál contratista envió la carta de solicitud inicial de expedientes médicos a ese proveedor.

Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) reconocen que existen circunstancias en las cuales la destrucción de documentación de expedientes médicos, debido a eventos imprevistos, no debe considerarse un “error de falta de documentación”. Por lo tanto, CMS ha establecido el siguiente proceso y los siguientes procedimientos para corroborar alegaciones de que los expedientes médicos solicitados por CERT han sido destruidos a causa de un desastre.

El proceso de **corroboración se compone de dos pasos: 1) calificación y 2) exactitud**. En el primer paso, el CDC/CRC evaluará la declaración para determinar si el evento califica como un desastre. Desastres provocados por proveedores y desastres causados por negligencia de parte de los proveedores serán considerados como “errores de falta de documentación”.

Los siguientes son ejemplos de desastres provocados por proveedores y/o desastres causados por negligencia de parte de los proveedores que **NO CALIFICAN** como un desastre natural o causado por el hombre:

- Mi perro se comió el expediente médico.
- Mi computadora destruyó o causó la pérdida el expediente médico.

Si el evento no califica como un desastre natural o causado por el hombre, según se define en la Sección “**Acción Necesaria de Parte del Proveedor**” de este artículo, la reclamación asociada a ese expediente médico será documentada como “error por falta de documentación”.

CERT PROGRAM

*the medical records. The **Attestation Form** is available to providers at <http://www.certprovider.org>.*

Providers who need to use this form can print and fax the form to the CDC who will either retain the form or send it to the CRC depending on which contractor sent the initial request letter for medical record documentation to the provider.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) recognizes that there are circumstances in which destruction of medical record documentation because of unforeseen events should not count as a “no documentation error.” Therefore, CMS has established the following process and procedures to corroborate allegations that CERT-requested medical records were destroyed by a disaster.

*The **corroboration process is comprised of two steps: 1) qualification and 2) accuracy**. In the first step, the CDC/CRC will review the attestation statement to determine if the event qualifies as a disaster.*

Provider induced disasters and disasters caused by negligence on the part of providers will be counted as “no documentation errors.”

*The following are examples of provider induced disasters and **disasters caused by negligence** on the part of providers that **would NOT qualify** as a natural or man-made disaster:*

- *My dog ate the medical record*
- *My computer lost or destroyed the medical record*

*If the event does not qualify as a natural or man-made disaster defined in the **Provider Action Needed** section of this article, the claim associated with that medical record is documented as a “no documentation error.”*

Cont. on next page

PROGRAMA CERT

Los siguientes son ejemplos de eventos que **SÍ CALIFICAN** para ser considerados como un desastre natural o un desastre causado por el hombre:

- El expediente médico fue destruido por una inundación.
- Un fuego en la oficina destruyó los expedientes médicos.

Si el evento califica como un desastre natural o causado por el hombre, el CDC/CRC se moverá al **segundo paso del proceso de corroboración**: confirmar la certeza de la declaración. El CDC confirmará la declaración por medio de una o todas las siguientes maneras:

- El CDC verificará en los siguientes archivos de base de datos para evidencia sobre desastres naturales causados por el hombre y/o inducidos por el proveedor:
 - a. Pacer (búsquedas Civiles y Criminales), crimetime.com, búsqueda de noticias, búsqueda en Internet, Lista de Proveedores Sancionados HHS OIG, Merlin, búsqueda de expedientes estatales (expedientes de corte, aseguradoras o en el enlace <http://www.insurancefraud.org>/Choicepoint/Autotrak, Argyli, Tracer, y el National Crime Insurance Bureau).
- El CDC entrevistará al proveedor que notificó sobre la destrucción de los expedientes médicos. El CDC determinará los eventos que provocaron la destrucción de los expedientes médicos, por ejemplo: qué ocasionó la destrucción (clima, fuego, etc.); si se mantienen copias de resguardo (en formato electrónico u otra forma); qué otras cosas pudieron haberse destruido; si se notificó al Departamento de Bomberos, Departamento de Policía, ajustadores de seguros, etc., para que evaluaran los daños.
- El CDC identificará la magnitud de la destrucción de los expedientes médicos, determinará si el Contratista de Medicare/DMERC/FI tiene copias, entrevistará a

CERT PROGRAM

*The following are examples of events that **WOULD qualify** as a natural or man-made disaster:*

- *The medical record was destroyed by a flood.*
- *Office fire consumed the medical record.*

*If the event does qualify as a natural or man-made disaster, the CDC/CRC will move to the **second step in the corroboration process**: confirming the accuracy of the attestation. The CDC will confirm the attestation statement through any or all of the following means:*

- *The CDC **checks the following database records for evidence** of natural, man-made, and/or provider induced disasters:*
 - a. *Pacer (Civil and Criminal Searches), Crimetime.com, News Searches, Internet Search, HHS OIG Sanctioned Providers, Merlin, State Record Searches (Courthouse Records, Insurance Carriers or <http://www.insurancefraud.org>/Choicepoint/Autotrak, Argyli, Tracer, and the National Crime Insurance Bureau).*
- *The **CDC interviews the provider** who reported the destruction of medical records. The CDC determines the events leading up to the destruction of medical records, such as: what caused the destruction (weather, fire, etc.), were back-up records maintained (electronic or otherwise), what else might have been destroyed, were fire, police, insurance adjusters called to review the damage?*
- *The CDC will identify the magnitude of the destruction to medical records, determine if the Medicare Carrier/DMERC/FI has copies, interview other third parties as*

Cont. on next page

PROGRAMA CERT

terceras personas (de ser necesario), y determinará si los expedientes médicos fueron retenidos en algún otro lugar y cómo fueron mantenidos.

El **CDC validará cualquier evidencia adicional** que sirva de apoyo al evento, lo cual puede incluir, pero no se limita a, las siguientes fuentes:

- Eventos relacionados al clima, tales como lluvia, inundaciones, huracanes, tornados, etc., que puedan ser confirmados por NOAA a nivel de un condado o estado geográfico.
- Fuego que pueda ser confirmado por el Departamento de Bomberos.
- Explosiones, por ejemplo de gas natural, que puedan ser confirmadas por el Departamento de Bomberos o la compañía local de gas.
- Explosiones de productos químicos que puedan ser confirmadas por el Departamento de Bomberos y el Negociado de Alcohol, Tabaco y Armas de Fuego.
- Explosiones que puedan ser confirmadas por investigadores locales, estatales o federales.
- Oficiales de seguro a nivel estatal pueden confirmar si médicos, hospitales, o suplidores de Equipo Médico Duradero (DMEs por sus siglas en inglés) solicitaron cubierta de seguro para tales desastres en sus respectivas pólizas de seguro.
- FEMA puede confirmar si médicos, hospitales y suplidores DMEs solicitaron préstamos de recuperación de desastres.
- Agencias locales y estatales de investigación pueden confirmar los eventos que ocasionaron la destrucción de los expedientes médicos.
- Empleados o no empleados de médicos, hospitales y suplidores DMEs pueden haber contribuido a la destrucción de expedientes médicos y debe existir expedientes que puedan divulgar los cargos presentados contra tales individuos.

CERT PROGRAM

necessary, and determine if medical records were retained elsewhere and how were they maintained.

*The **CDC validates additional supporting evidence** for the event, which may include but not be limited to the following sources:*

- *Weather related events, such as, rain, floods, hurricanes, tornadoes, etc., that can be confirmed by NOAA on a state and county geographical basis.*
- *Fire that can be confirmed by checking with the local Fire Marshall.*
- *Explosions, such as, natural gas that can be confirmed by the local Fire Marshal or local gas company.*
- *Explosions, such as, chemical explosions that can be confirmed by the local Fire Marshall and the Bureau of Alcohol, Tobacco, and Firearms.*
- *Local, state, and federal investigative officials can confirm explosions.*
- *State insurance officials can confirm whether doctors, hospitals, and DME suppliers applied for insurance coverage under their insurance policies.*
- *FEMA can confirm if doctors, hospitals, and DME suppliers applied for disaster recovery loans.*
- *Local and state investigative agencies may be able to confirm events leading to the destruction of medical records.*
- *Employees or non employees of doctors, hospitals, and DME suppliers may have contributed to the destruction of medical records and there should be records disclosing charges against that individual(s).*

Cont. on next page

PROGRAMA CERT

Cuando el CDC no puede verificar la certeza de la explicación brindada en la declaración, la reclamación será considerada como “**error por falta de documentación**”. Por favor, note que esto puede, eventualmente, llevar a la determinación de que se ha realizado un pago indebido y puede resultar en una acción de recobro.

Información Adicional

El Artículo de Medlearn Matters MM2976 describe el programa CERT y el MM3812 provee información adicional sobre CERT. Pueden acceder estos artículos en los siguientes enlaces de la página Web de CMS, respectivamente: <http://www.cms.hhs.gov/ContractorLearningResources/downloads/JA2976.pdf> y <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3812.pdf>

Para evaluar copias de las cartas que utilizan los contratistas de CERT para solicitar documentación de expedientes médicos a los Médicos o Proveedores de Medicare, puede acceder el siguiente enlace que se encuentra en la página Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/CERT>.

Información Adicional

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

Pub. SE0547/Trans. N/A/CR# N/A/Rev. ML-RR

CERT PROGRAM

Where the CDC is unable to verify the accuracy of the explanation provided in the attestation statement, the claim will be counted as a “no documentation error.” Please note that this could eventually lead to a determination that an overpayment has occurred and overpayment recovery action could result.

Additional Information

Medlearn Matters article MM2976 describes the CERT program and MM3812 provides additional information on CERT. Those articles can be viewed at: <http://www.cms.hhs.gov/ContractorLearningResources/downloads/JA2976.pdf> and <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3812.pdf>, respectively on the CMS web site.

To review copies of the letters CERT contractors use to request medical record documentation from Medicare Physicians/ Providers go to <http://www.cms.hhs.gov/CERT> on the CMS web site.

Additional Information

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

PROGRAMA CERT

LABORATORIOS CLÍNICOS Y CERT

Con el propósito de proteger la integridad del programa Medicare, el Centro para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) desarrolló el programa de la tasa de error en los pagos de reclamaciones, conocido como Comprehensive Error Rate Testing (CERT).

El contratista de CERT escoge periódicamente una muestra al azar de reclamaciones pagadas o denegadas por los contratistas de Medicare. Esta entidad solicita documentación y lleva a cabo revisiones médicas independientes a las que realizan los contratistas para determinar si la reclamación se adjudicó correctamente. Finalmente, crean los informes de la tasa de error y los comparten con los contratistas.

Según los informes de CERT, los laboratorios clínicos aparecen entre los proveedores con la tasa de error más alta por concepto de documentación insuficiente. Por esta razón, exhortamos que cuando usted reciba una carta solicitándole documentación sobre una reclamación seleccionada por CERT, prontamente someta copia de la orden médica y los resultados de cada prueba que se llevó a cabo. **Someter documentación incompleta o no someter documentación puede resultar en un recobro innecesario, o que su caso se refiera a la Oficina del Inspector General.**

Si desea información adicional sobre el programa CERT puede acceder nuestra página electrónica: www.triples-med.org, y acceder el boletín de CERT (CERT Newsletter) o el adiestramiento en línea titulado Comprehensive Error Rate, bajo las secciones de Noticias & Artículos y Proveedores, respectivamente.

CERT PROGRAM

CLINICAL LABORATORIES AND CERT

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Comprehensive Error Rate Testing Program was developed with the purpose of protecting the integrity of the Medicare Program.

The CERT contractor selects a random sample of claims paid or denied by Medicare. Such contractors request documents and perform independent medical reviews to determine whether a claim was accurately processed. They then create an error rate report informing the Medicare contractor of their findings.

*According to CERT reports, clinical laboratory providers rank the highest in errors due to insufficient documentation. Therefore, when you receive a request for documents regarding a claim selected by the CERT Program, we exhort you to promptly submit the medical order and the results of each performed test. **The submission of documents that are incomplete or failure to submit any of these documents may result in the recovery of the amount paid per claim or the referral of your case to the Office of the Inspector General.***

For more information concerning the CERT Program you can access our website at; www.triples-med.org, and access the CERT Newsletter or the Computer Based Training links under the News & Articles and Providers sections.

Circular letter # M-05-10-08

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

PROVEEDORES/“VENDORS” QUE PASARON PRUEBAS HIPAA FORMATO X12N (TRANSACCIÓN 837)

La siguiente tabla identifica a aquellos proveedores y vendedores de programas de facturación electrónica que han completado exitosamente las pruebas “HIPAA X12N 837 Professional” realizadas por Triple-S, Inc./División de Medicare. Sus programas pueden ser utilizados por los proveedores de Medicare para el envío de reclamaciones en formato X12N.

VENDORS/PROVIDERS THAT HAS TESTED X12N FORMAT (837 TRANSACTION)

The following table identifies those providers and billing software vendors that have successfully completed “HIPAA X12N 837 Professional” testing with Triple-S, Inc./Medicare Division. Their programs may be used by Medicare providers to submit X12N electronic claims.

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date of HIPAA Tests
MASS: Medical Accounting Systems Software (VisualMASS 7.0)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	PO Box 397 Manatí, PR 00674 787-854-8638 787-884-7214 mass@coqui.net mass@masspr.com	004010X098A1	11/14/2003
Medical Computer System (Medical Biller 7.0)	-UPIN -Visit/Consultation -Diagnostic Test -Laboratory Procedure	4 Calle Barcelona Urb. Torrimar Guaynabo, PR 00966 787-793-8833 Fax: 787-793-8299 medbiller@coqui.net	004010X098	10/25/2002
Structured Systems Corp. (Medical Practice 6.2)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN -Surgery Procedure -Laboratory Procedure	PO Box 50335 Levittown, PR 00950 787-795-5072 reinaldocrespo@structuredsystems.com	004010X098A1	9/15/2003
TurboMED, Inc. (TurboMED 1.01)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -Referring Provider/UPIN	Box 1811 Arecibo, PR 00613 787-898-1437 ciscar@caribe.net	004010X098A1	9/23/2003
CompuSoft de Puerto Rico	-Laboratory Services	Urb. Borinquen, Calle 4H 18-C Cabo Rojo, PR 00623 787-851-2867, 787-851-6320 oficina@compusoftor.com	004010X098	10/9/2002
EVERTEC, Inc. Health Systems Division (MedOne 2.0 / MedicMAX)	-Visit/Consultation	PO Box 842 Bayamon, PR 00960-0842 787-474-6000, 787-269-5620 mjimenez@evertecinc.com jlazaro@evertecinc.com	004010X098	10/11/2002
Blás Menendez y Assoc. (MedicMax 2.11.20)	-Surgery -Visit/Consultation -Purchase Service -Referring Provider	PO Box 3226 Guaynabo, PR 00970 787-783-6102 bmassoc@prtc.net blasmenz@prtc.net http://www.BlasMenendez.com	004010X098	11/6/2002
Air Information Systems (Medi+2000, Airispro)	-Visit/Consultation -Diagnostic Tests -UPIN -Ambulance	PO Box 270152 San Juan, PR 00927-0152 787-793-0046 Fax: 787-749-0552 air@abac.com	004010X098A1	9/15/2003

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date of HIPAA Tests
The Right Answer (TRA Medical Billing System 5.0)	-Emergency procedures -Visit/Consultation -UPIN Data -Ambulatory Surgery -Radiology Services -Mammography Procedures -Anesthesia Procedures -Laboratory Services	PMB 396 405 Ave. Esmeralda, Suite #2 Guaynabo, PR 00969-3738 787-272-8787, 787-643-3738 FAX: 787-272-6106 tracasc@prtc.net	004010X098	4/15/2003
Lab Warehouse Inc. (Best 2000)	-Laboratory Services	13 Calle 65 de Infantería Esq. Calle Concordia Lajas, PR 00667 787-899-2900 labware@caribe.net	004010X098	4/16/2003
WebMD	-Radiology Services -UPIN	WebMD Envoy 26 Century Blvd. Nashville, TN 37214 877-469-3263 Contact: Lucy Savino LSavino@webmd.net	004010X098	6/30/2003
TekPro, Inc. (MedicPro 3.5)	-Visit/Consultation -UPIN Data -Physical Therapy -Emergency procedures -Radiology Services -Anesthesia Procedures -Laboratory Services -Mammography Procedures	Isabel Andreu Aguilar #103 Edif. Insuramerica Ste. 301 Hato Rey, PR 00925 787-753-1136, 787-753-1189 Fax: 787-763-1262 tekpro@prtc.net	004010X098A1	9/23/2003
Lamars Computerized Services (Control Total, Versión HIPAA)	-Laboratory Procedure -UPIN	Urb. La Cumbre 9 Kennedy St. Río Piedras, PR 00926 787-720-9697 Fax: 787-272-5824 lamars@centennialpr.net	004010X098A1	9/15/2003
Computer Softek Inc. (WinMBS 3.0)	-Visit/Consultation -UPIN -Surgery Procedure	PO Box 190408 San Juan, PR 00919-0408 787-751-5196, 787-565-8514 www.winmbs.com softek@prtc.net	004010X098	6/27/2003
JCL Systems, Inc. (Med Center)	-Visit/Consultation -Laboratory Procedure -Surgery Procedure	Box 144, 53 Ave. Esmeralda Guaynabo, PR 00969 787-630-7881 juliojclsys@hotmail.com research@jclsys.com	004010X098A1	9/15/2003
Simplesoft PR Inc. (Medical Orders System 2.1)	-Visit / Consultation -UPIN -MSP Claims	210 Sol San Juan PR 00901 787-696-4594 simplesoft@hotmail.com	004010X098	7/28/2003
Royal Computer Systems Inc. (MEDITRACK 1.0)	-Visit/Consultation -Surgery Procedure	Box 362863 San Juan, P.R. 787-764-8383, 787-251-4429 emartinez@wns.net www.meditrak-pr.info	004010X098A1	10/6/2003
Health Computer Systems (SAIL v.5.03)	-Visit/Consultation -Anesthesia -UPIN	PO Box 270030 San Juan, PR 00927-0030 787-781-9868 hcspr@att.net http://www.hcspr.com	004010X098A1	10/15/2003

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Vendor Name and Program Name	Claims Type Tested	Address and Telephones	837 Production Version	Certification Date of HIPAA Tests
OFFI-PLUS, INC (OFFI-MED 7.02)	-Visit/Consultation -Surgery	PO Box 1132 Trujillo Alto, PR 00977-1132 787-283-0804 PCS 787-642-9035 FAX: 787-292-0222 offiplus@prtc.net offiplus@libertypr.net	004010X098A1	10/15/2003
Aranay Interactive Systems (InstantMed 7.0)	-Anesthesia Procedure -UPIN	609 Miramar Ave. Suite 101 San Juan PR 00907 787-225-4466 apinzon@aranay.com	004010X098A1	10/22/2003
Multi Soft Developers, MSD (WABS MEDICAL BILLING)	-Radiology Services -UPIN	Ave. Americo Miranda #1110 San Juan, PR 00921 787 793-5725, 787 783-3266 msdbrunet@msn.com brunet@caribe.net www.genius-msd.com	004010X098A1	10/22/2003
Infomedika, Inc. (IUHP ver. 3)	-Visit/Consultation -UPIN	http://www.infomedika.com ctorres@infomedika.com 787-620-2474	004010X098A1	10/22/2003
MCPC	-Visit/Consultation -UPIN	787-765-3638 mcpc@medsev.biz	004010X098A1	12/26/2003
Inmediata	-Visit/Consultation	636 San Patricio Ave. San Juan, PR 00920 787-774-6969 , (787) 277-0980 sevelopez@inmediata.com servicioalcliente@inmediata.com www.inmediata.com	004010X098A1	2/6/2004
Healthcare Automation Services, Inc. (OMS 5.1)	-Visit/Consultation -UPIN -Physical Therapy -Podiatry	140 South Long Beach Avenue Ste 100, Freeport, NY 11520 (516) 868-9777 Fax (516) 868-9060, hcaincny@yahoo.com	004010X098A1	7/29/2004
Healthcare Informatics Partners (Medical Receivables v. A10d)	-Radiology Services -UPIN -Visit/Consultation -Cardiology Services	Condominio San Alberto 605 Ave. Condado, Suite 611 San Juan PR 00907-3811 787-721-0391 FAX 787-721-0417 aperez@firstpointpr.com	004010X098A1	08/11/2004
Schuyler House (SchuyLab 2.2.16)	-Laboratory Services	1390 Boone Industrial Drive Ste 115 Columbia, Mo; 1-888-724-8952, 573-499-1993 ext. 7101, FAX 573-499-1983 sherri@schuylerhouse.com http://www.schuylerhouse.com	004010X098A1	09/24/2004
McKesson Transactions Solutions Hub	-Visit/Consultation -UPIN -Ophthalmological Services	One Dubuque Building, Suite 500, Dubuque, Iowa 52001 Main Fax Line (563-557-3334) 800-527-8133 marvjo.vrotsos@mckesson.com	004010X098A1	10/05/2004
Thoroughbred Software International, Inc. (RAMS Software v8.4.1)	-Visit/Consultation -Cardiology Services -Home Health Services	285 Davidson Ave, Suite 302 Somerset, NJ 08873 (732) 560-1377 Fax (732) 560-1594 tbred@tbred.com	004010X098A1	10/13/2004

Updated: December, 2005/FF-Systems Dept./MOA

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

SOLICITUD Y RECIBO DE INFORMACIÓN DE RECLAMACIONES ELECTRÓNICAS UTILIZANDO LAS TRANSACCIONES ASC X12N276/277 ESTATUS/ RESPUESTA DE RECLAMACIONES

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Esta edición especial discute cómo los profesionales de la salud pueden decidir implementar el uso de las transacciones ASC X12N 276/277 Estatus/Respuesta de Reclamaciones, y así beneficiarse de poder solicitar y recibir estatus sobre reclamaciones en un solo formato estándar para todos los planes de salud.

El implementar el uso de las transacciones ASC X12N 276/277 puede hacer que las solicitudes de estatus de reclamaciones electrónicas y el recibo de respuestas para proveedores pequeños resulte viable y así eliminar la necesidad de:

- Mantener programación redundante, y
- Enviar y evaluar solicitudes de estatus de reclamaciones y respuestas manualmente.

Los proveedores que implementan el uso de las transacciones ASC X12N 276/277 pueden crear un proceso más eficiente de seguimiento y también lograr un aumento en el flujo de efectivo mensualmente. Esto lo logrará al reducir considerablemente los costos administrativos en los cuales incurre al tener múltiples formatos y en el procesamiento manual de solicitudes de estatus de reclamaciones.

Trasfondo

Aún cuando se ha reportado un aumento significativo en el número de proveedores que procesa transacciones por servicios de salud electrónicamente, los proveedores han

ELECTRONICALLY REQUESTING AND RECEIVING INFORMATION REGARDING CLAIMS USING THE ASC X12N276/277 CLAIMS STATUS INQUIRY/RESPONSE TRANSACTIONS

Provider Types Affected

Physicians, providers and suppliers billing Medicare carriers and intermediaries.

Provider Action Needed

*This special edition discusses how health care providers may want to implement the ASC X12N 276/277 Claims Status Inquiry/Response Transactions and benefit by being able to request and receive the status of claims **in one standard format, for all health care plans.***

Implementing the ASC X12N 276/277 would make electronic claim status requests and receipt of responses feasible for small providers, and eliminate the need to:

- *Maintain redundant software, and*
- *Send and review claim status requests and responses manually.*

Providers who implement the ASC X12N 276/277 may create a more efficient follow up process and also achieve an increase in cash flow each month by greatly reducing the administrative costs incurred by supporting multiple formats and manually processing claim status requests.

Background

Even though there has been a significant increase in the number of providers who use electronic health care transactions, providers have faced the burden of sending information

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

enfrentado la carga de enviar información a diferentes planes de salud en formatos múltiples. Aún cuando los diferentes planes aceptan información en formatos similares, éstos frecuentemente tienen necesidades adicionales que complican aún más el intercambio eficiente de información. Por ende, los proveedores han recibido la carga del trabajo administrativo adicional que se requiere para procesar transacciones de servicios médicos de manera electrónica (incluyendo solicitudes de estatus de reclamaciones y sus respuestas). Esto ha aumentado los costos y ha disminuido la eficiencia del procesamiento de solicitudes de estatus de reclamaciones y sus respuestas.

La Ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 contiene disposiciones administrativas dirigidas a reducir y simplificar las necesidades que enfrentan los proveedores de servicios salud.

1. Le ordenó al Gobierno Federal a adoptar estándares nacionales para la transferencia de cierta información de servicios de salud;
2. Le requiere a los pagadores a utilizar formatos de transacción estándar así como conjuntos de códigos, tales como códigos categoría del estatus de reclamaciones por servicios de salud y códigos de estatus de reclamaciones emitidas por el Comité de Mantenimiento de Ajuste de Códigos de Estatus de Reclamaciones (*Claim Adjustment Status Code Maintenance Committee*). Los contratistas de Medicare y los Intermediarios tienen que actualizar periódicamente sus sistemas de reclamación con los códigos de estatus de reclamaciones de servicios de salud más recientes para utilizarlos con:
 - La Solicitud de Estatus de Reclamaciones de Servicios de Salud (ASC X12N 276), y
 - La Respuesta a Reclamación de Servicios de Salud (ASC X12N 277).

to various health plans in multiple formats. Even when different plans accept information in similar formats, they frequently have additional requirements that further complicate efficient information interchange. Consequently, providers have been burdened with additional administrative work in order to electronically process healthcare transactions (including claims status requests and responses). This has increased the costs and decreased the efficiency of processing claims status requests and responses.

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 includes administrative simplification provisions meant to reduce and simplify the administrative demands faced by healthcare providers. HIPAA:

1. *Directed the Federal government to adopt national standards for the transfer of certain health care data; and*
2. *Requires all payers to use national standard transaction formats and code sets, such as the health care claims status category codes and the health care claim status codes issued by the Claim Adjustment Status Code Maintenance Committee. Medicare carriers and intermediaries must periodically update their claims system with the most current health care claim status codes for use with:*
 - *The Health Care Claim Status Request (ASC X12N 276), and*
 - *The Health Care Claim Response (ASC X12N 277).*

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

La transacción ASC X12N 276 (Solicitud de Información del Estatus de la Reclamación) se utiliza para transmitir solicitudes de estatus de reclamaciones de servicios de salud específicas, mientras que la transacción ASC X12N 277 (Respuesta de Estatus de Reclamación) puede utilizarse para cualquiera de los siguientes:

- Como respuesta a una solicitud de estatus de una reclamación de servicios de salud (276)
- Como una notificación sobre estatus de reclamaciones de servicios de salud, incluyendo reconocimiento inmediato de recibo; y
- Como una solicitud de información adicional sobre una reclamación de servicios de salud.

La mayoría de los proveedores que actualmente utilizan un formato electrónico y que desean solicitar el estatus de una reclamación de manera electrónica por medio de las transacciones ASC X12N 276/277, pueden incurrir en algunos costos de conversión.

Sin embargo, después de la implementación, los proveedores se beneficiarán de la posibilidad de solicitar y recibir información sobre el estatus de reclamaciones en un **formato estándar para todos los planes de salud**. Esto haría más viable las solicitudes de estatus de reclamaciones y el recibo de respuestas para el proveedor pequeño, y así eliminar la necesidad de:

- Mantener programación redundante, y
- Enviar y evaluar solicitudes de estatus y sus respuestas de forma manual.

Es posible que los proveedores que implementan el uso de transacciones ASC X12N 276/277 puedan crear un sistema de seguimiento más eficiente y también logren un aumento en el flujo de efectivo mensualmente. Esto se logra al reducir de manera considerable los costos administrativos en los cuales incurrir al tener que manejar formatos múltiples y en el procesamiento manual de solicitudes de estatus de reclamaciones.

The ASC X12N 276 (Claims Status Inquiry Transaction) is used to transmit request(s) for status of specific health care claim(s), and the ASC X12N 277 (Claims Status Response Transaction) can be used for any of the following:

- *As a response to a health care claim status request (276);*
- *As a notification about health care claim(s) status, including front end acknowledgments; and*
- *As a request for additional information about a health care claim(s).*

Most health care providers who are currently using an electronic format and who wish to request claim status electronically using the ASC X12N 276/277 may incur some conversion costs.

*However, after implementation, providers will benefit by being able to request and receive the status of claims **in one standard format, from all health care plans**. This would make electronic claim status requests and receipt of responses feasible for small providers, and eliminate the need to:*

- *Maintain redundant software, and*
- *Send and review claim status requests and responses manually.*

It is possible that providers who implement the ASC X12N 276/277 can create a more efficient follow up process and also achieve an increase in cash flow each month by greatly reducing the administrative costs incurred by supporting multiple formats and manually processing claim status requests.

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Es tiempo de comenzar a utilizar esta transacción:

Medicare puede aceptar la transmisión de la transacción ASC X12N276 (su solicitud electrónica sobre el estatus de una reclamación sometida previamente) y responder con la transacción ASC X12N 277 (nuestra respuesta electrónica a su solicitud).

Actualmente, CMS envía sobre 10,000 respuestas (transacciones 277) mensualmente y usted también se puede beneficiar de este proceso. Este proceso le puede ayudar a reducir el tiempo requerido de seguimiento a Medicare, así como a cualquier otro pagador, de 20 minutos a sólo unos segundos.

Información Adicional

Puede evaluar un artículo informativo titulado **“Realizing Savings from the HIPAA Transaction Standards: How to Get There from Here,”** preparado por Martin A. Brutscher, socio de McBee Asociados, Inc., en el siguiente enlace de la Internet: http://www.mcbeeassociates.com/HFMA_white_paper.pdf

El artículo demuestra los tipos de resultados que pueden estar disponibles para los proveedores que implementan el uso de las transacciones ASC X12N 276/277 así como otras transacciones bajo la Ley HIPAA. También puede evaluar el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 31 (Formatos ANSI X12N), Sección 20 (ANSI X12N 276/277 Solicitud de Estatus de Reclamaciones/Respuesta a Transacciones Estándar) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c31.pdf>.

Puede descargar la Guía de Implementación de Transacciones X12 276/277, Versión 4010A1, así como los códigos de estatus de reclamaciones y códigos de categoría, (libre de costo) en el siguiente sitio Web: <http://www.wpc-edi.com/hipaa>.

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

It's time to start using this transaction.

Medicare can accept transmission of the ASC X12N 276 (your electronic request on the status of a previously submitted claim) and respond with an ASC X12N 277 (our electronic answer back to you).

Currently, CMS sends out over 10,000 responses (277s) per month, and you too can benefit from this process. It could help you reduce the time required to follow up with Medicare as well as with any payer from 20 minutes to a few seconds.

Additional Information

An informative article entitled “Realizing Savings from the HIPAA Transaction Standards: How to Get There from Here,” which was prepared by Martin A. Brutscher, Partner, McBee Associates, Inc., can be reviewed at the following website: http://www.mcbeeassociates.com/HFMA_white_paper.pdf

The article shows the types of results that may be available to providers who implement the ASC X12N 276/277 as well as other HIPAA transactions.

Also, the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04), Chapter 31 (ANSI X12N Formats), Section 20 (ANSI X12N 276/277 Claims Status Request/Response Transaction Standard) can be reviewed at the following Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) website: <http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/clm104c31.pdf>

The X12 276/277 version 4010A1 implementation guide, as well as the claim status codes and category codes, may be downloaded without charge at: <http://www.wpc-edi.com/hipaa>.

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

Pub. SE0524/Rev ML-RR

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

REVISIÓN AL CAPÍTULO 31 INCLUSIÓN DE DATA DE HOSPICIOS A LAS TRANSACCIONES 270/271 DE HIPAA TRANSACCIÓN DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD Y TRANSACCIÓN DE RESPUESTA

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare de la Parte B, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) y/o a Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) e Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de hospicio.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4193, la cual añade data de Hospicios a las transacciones de solicitud de información para Elegibilidad de Beneficios de Cuidados de Salud y la transacción de Respuesta (270/271) bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Los Hospicios formarán parte de los elementos esenciales de data que se devuelven en la respuesta 271.

Trasfondo

CMS está realizando cambios en la infraestructura de su Tecnología de Informática para dirigir esfuerzos hacia los estándares de solicitudes de información sobre la elegibilidad de beneficiarios de Medicare. Este enfoque creará la base de datos y la infraestructura necesaria para proveer una transacción centralizada de elegibilidad de beneficios de cuidados de salud y su respuesta (270/271) en cumplimiento con la Ley HIPAA, en tiempo real. CMS está utilizando una metodología de fases para proveer esta transacción de elegibilidad en tiempo real:

REVISION TO CHAPTER 31 – ADDITION OF HOSPICE DATA TO HIPAA 270/271 ELIGIBILITY INQUIRY AND RESPONSE TRANSACTIONS

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and/or fiscal intermediaries (FIs), including regional home health intermediaries (RHHIs) for Hospice services.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4193, which adds Hospice data to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Health Care Eligibility Benefit Inquiry and Response transaction (270/271). Hospice will be part of the core data elements returned on the 271 response.

Background

CMS is making changes to its Information Technology infrastructure to address standards for Medicare beneficiary eligibility inquiries. This approach will create the necessary database and infrastructure to provide a centralized Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) compliant 270/271 health care eligibility inquiry and response in real-time. CMS is using a phased approach for providing this eligibility transaction on a realtime basis:

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Extranet: Se permitirá que los Clearinghouses, ciertos proveedores y socios de negocios (según se describe más adelante) sometan transacciones 270 por medio del sistema de comunicación Extranet CMS AT&T (esto es, la red de comunicación de data de Medicare o MDCN por sus siglas en inglés). Este extranet provee una red segura, privada y cerrada que se utiliza en la actualidad para transmitir data entre CMS y los contratistas "Fee-For-Service".

Internet: CMS espera brindar acceso limitado a través del Internet a las transacciones 270/271 durante este año. Se proveerán instrucciones sobre la manera de acceder la data utilizando este método antes de que el servicio de Internet se haga disponible.

Todos los archivos electrónicos de las transacciones 270 se procesarán en el centro de cómputos de CMS, y el centro de cómputos de CMS, a su vez, utilizará una sola base de datos nacional consolidada para responder a las solicitudes de información de elegibilidad.

El CR4193 hace revisiones al *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 31 (ANSI X12 Formats Other than Claims or Remittance), Sección 10.2 (Eligibility Extranet Workflow), al añadir la siguiente data de Hospicios a las transacciones HIPAA de CMS para solicitudes de información de Elegibilidad de Beneficios de Salud y su Respuesta (270/271).

Elementos de Data de la Respuesta 271

Si se somete un código de tipo de servicio en una transacción 270 que no genera elementos de data de Medicare adicionales, los siguientes elementos de data se devolverán en el formato 271 según aplique:

271 Information Returned	Loop	Segment	Element	Data Value
Hospice Data	2110C	EB	EB01	X
			EB03	45
			EB04	MA
			EB06	26
		DTP	DTP01	292
			DTP02	D8 or RD8
			DTP03	Dates

Extranet: Clearinghouses, certain providers, and trading partners (as described below) will be permitted to submit 270s via the CMS AT&T communication Extranet (the Medicare Data Communication Network or MDCN). This Extranet is a secure closed private network currently used to transmit data between Medicare Fee-for-Service (FFS) contractors and CMS.

Internet: CMS expects to provide limited internet access to the 270/271 transaction this year. Instructions on accessing eligibility data via this method will be provided prior to the time internet access becomes available.

All electronic 270 files will be processed at the CMS data center, and the CMS data center will use a single consolidated national eligibility database to respond to the eligibility inquiries.

CR4193 revises the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04) Chapter 31 (ANSI X12 Formats Other than Claims or Remittance), Section 10.2 (Eligibility Extranet Workflow), by adding the following Hospice data to the CMS HIPAA Health Care Eligibility Benefit Inquiry and Response transaction (270/271).

271 Response Data Elements

If a service type code is submitted in a 270 that does not trigger additional Medicare data elements, the following data elements will be returned in the 271 as applicable:

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 23 de enero de 2006.

Información Adicional

El artículo MM3883 de Medlearn Matters provee información sobre el proceso de acceso a seguir para solicitudes de información sobre elegibilidad de beneficios y respuestas (Transacciones HIPAA 270 y 271, Solamente Extranet). Puede evaluar ese artículo visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3883.pdf>

Para información detallada, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista, DMERC o Intermediario sobre ese cambio. Puede ver esa instrucción visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R793CP.pdf>

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

Implementation

The implementation date for the instruction is January 23, 2006.

Additional Information

Medlearn Matters Article MM3883 provides information regarding the access process for beneficiary eligibility inquiries and replies (HIPAA 270 and 271 transactions, Extranet Only). It can be reviewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3883.pdf> on the CMS web site.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R793CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-29-05 / Trans. R793CP / CR-4193 / 01-14-05 / ML RRC

FIN DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE MEDICARE PARA HIPAA PARA RECLAMACIONES RECIBIDAS INCLUSIÓN DE UNA CIRCUNSTANCIA INUSUAL AUTO-EVALUABLE, MODIFICACIÓN A LA EXCEPCIÓN "OBLIGATED TO ACCEPT AS PAYMENT IN FULL", Y MODIFICACIÓN A LOS ANEJOS A, B Y C DE LA ASCA

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare en Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), esto es, Contratistas de la Parte B, Intermediarios Fiscales

TERMINATION OF THE MEDICARE HIPAA INCOMING CLAIM CONTINGENCY PLAN, ADDITION OF A SELF-ASSESSABLE UNUSUAL CIRCUMSTANCE, MODIFICATION OF THE OBLIGATED TO ACCEPT AS PAYMENT IN FULL EXCEPTION, AND MODIFICATION OF ASCA EXHIBIT LETTERS A, B AND C

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who submit claims to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

(FIs por sus siglas en inglés), Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) o Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés).

Trasfondo

Este artículo, que se basa en el CR 4119, resume algunas de las revisiones más importantes a los requisitos de *Electronic Data Interchange* (EDI) incluidos en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 24 (EDI General y Requisitos de Apoyo EDI, Reclamaciones Electrónicas y Coordinación de Requisitos de Beneficios, Presentación Obligatoria de Reclamaciones Electrónicas de Medicare). Algunos de estos cambios ya han sido informados en artículos previos de Medlearn Matters y los mismos se mencionan en este artículo solamente a modo de recordatorio.

Las revisiones a las políticas de EDI son necesarias para:

- Estar en cumplimiento con la Ley HIPAA, incluyendo la Terminación del Plan de Contingencia, y cambios a los programas gratuitos de computadora para procesar reclamaciones.
- Estar en cumplimiento con la Ley para el Cumplimiento de la Simplificación Administrativa (ASCA por sus siglas en inglés), incluyendo modificaciones a la circunstancia inusual "Obligated to Accept as Payment in Full" (OTAF), y modificación a anejos de ASCA.

Nota: Los proveedores de Medicare deben cumplir con estos requisitos de intercambio de datos electrónicos (EDI). Aquellas transacciones electrónicas que no cumplan en su totalidad con los requisitos de la guía de implementación para esos formatos serán rechazadas.

Puntos Claves

(FIs), durable medical equipment regional carriers (DMERCs) or regional home health intermediaries (RHHIs))

Background

This article, based on CR4119, summarizes some of the key revisions to electronic data interchange (EDI) requirements contained in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 24 (General EDI and EDI Support Requirements, Electronic Claims and Coordination of Benefits Requirements, Mandatory Electronic Filing of Medicare Claims). Some of these changes have already been reported in earlier Medlearn Matters articles and are mentioned here only as reminders.

The EDI policy revisions are necessary for:

- *HIPAA compliancy, including contingency plan termination, and free claim software changes;*
- *Administrative Simplification Compliance Act (ASCA) compliancy, including unusual circumstance, "Obligated to Accept as Payment in Full" (OTAF) modification, and modified ASCA letters.*

Note: *Medicare providers must adhere to these electronic data interchange requirements. Electronic transactions that do not fully comply with the implementation guide requirements for these formats will be rejected.*

Key Points

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

PLAN DE CONTINGENCIA DE MEDICARE PARA LA LEY HIPAA PARA RECLAMACIONES RECIBIDAS:

El Plan de Contingencia de Medicare para la Ley HIPAA para reclamaciones recibidas ha finalizado. **Todas las reclamaciones electrónicas enviadas a Medicare en o después del 1ro de octubre de 2005, y que no cumplan con la 837 versión 4010A1 IG o el *National Council for Prescription Drug Program (NCPDP) Telecommunication Standards Requirements* y el *Batch Standard 5.1* (solamente para DMERCs) serán rechazadas.** Favor de referirse a la sección **Información Adicional** de este artículo para más información.

Hasta tanto el Plan de Contingencia de Medicare para **transacciones compulsorias de otro tipo que no sea aquellas enviadas a Medicare llegue a su fin**, los Contratistas de Medicare **continuarán apoyando** los formatos de transacciones electrónicas pre-HIPAA enumerados en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 24, Sección 40.2 (anejo al CR 4119). Favor de referirse a la sección **Información Adicional** de este artículo para más información.

RECLAMACIONES NCPDP:

Las reclamaciones NCPDP sometidas a los DMERCs pueden incluir modificadores para drogas compuestas en la **porción narrativa** en el segmento previo de autorización del estándar NCPDP, ya que éste actualmente no apoya a los modificadores de reporte en el segmento de compuesto. Refiérase al anejo del CR4119, *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 24, Sección 40.2-B, para más instrucciones y una lista de los modificadores.

Actualmente, los socios de negocios (“trading partners”) de Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés) no tienen la capacidad de aceptar transmisiones en el formato de NCPDP para **pagos secundarios**. CMS está trabajando con el NCPDP para desarrollar una forma alterna de resolver este problema; sin embargo, hasta entonces, las reclamaciones NCPDP no serán transferidas a otros pagadores. **Las farmacias**

MEDICARE HIPAA INCOMING CLAIM CONTINGENCY PLAN:

*The Medicare HIPAA incoming claim contingency plan has been terminated. **All electronic claims sent to Medicare on or after October 1, 2005, that do not comply with the 837 version 4010A1 IG or the National Council for Prescription Drug Program (NCPDP) Telecommunication Standard requirements and the Batch Standard 5.1 (DMERCs only) will be rejected.** Please refer to the **Additional Information** section of this article for more information.*

*Until the Medicare contingency plan for **HIPAA mandated transaction types other than claims sent to Medicare is terminated**, Medicare contractors **will support** the pre-HIPAA electronic transaction formats listed in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 24, Section 40.2 (attached to CR 4119). Please refer to the **Additional Information** section of this article for more information.*

NCPDP CLAIMS:

*NCPDP claims submitted to DMERCs may contain modifiers for compound drugs in the **narrative portion** in the prior authorization segment on the NCPDP standard since it does not currently support reporting modifiers in the compound segment. Please refer to the attachment to CR4119, Medicare Claims Processing Manual, Chapter 24, Section 40.2-B, for further instructions and a list of the modifiers.*

*Currently Coordination of Benefits (COB) trading partners are not able to accept NCPDP format transmissions for **secondary payment**. CMS is working with the NCPDP to develop a “workaround” to resolve this problem, however, until then, NCPDP claims will not be crossed over to other payers. **Retail pharmacies will need to bill secondary***

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

detallistas tendrán que facturar directamente a los pagadores secundarios para cobrar beneficios complementarios que puedan adeudarse por esas reclamaciones. La transmisión de reclamaciones en formato electrónico pre-HIPAA a otros pagadores bajo el acuerdo COB llegará a su fin cuando (la primera de estas fechas) un socio de negocios (“trading partner”) concluya exitosamente las pruebas en el uso del X12 837, versión 4010A1 y/o el formato NCPDP de la Ley HIPAA (según sea apropiado); o el Plan de Contingencia de Medicare para COB bajo la Ley HIPAA llegue a su fin.

OTROS ASUNTOS:

Pueden someterse reclamaciones de Medicare de pagadores secundarios en formatos **no electrónicos** cuando un pagador primario ha realizado un ajuste “*Obligated to Accept as Payment in Full*” (OTAF), **y cuando existe más de un pagador primario**. Los proveedores han sido avisados que deben informar los ajustes OTAF en el segmento **CN1** de la reclamación, pero ni es posible identificar cuál de los pagadores primarios posee un ajuste OTAF informado, ni es posible informar más de un ajuste OTAF en el caso de que apliquen a cada pagador primario.

El programa de facturación gratuito (que provee su Contratista de Medicare) debe poder identificar **cuándo Medicare es el pagador secundario**. También debe poder recopilar códigos estándar de razón de ajustes en reclamaciones y cantidades de ajustes realizados por un pagador primario cuando Medicare es el pagador secundario. Si el programa actualmente no le permite recopilar esta información, el mismo debe modificarse para añadir este requisito.

CIRCUNSTANCIAS INUSUALES:

Ciertas “**circunstancias inusuales**” son **automáticamente relevadas** del requisito de someter reclamaciones electrónicas, ya sea para el tipo de reclamación indicado, o por el período en el que existe la “situación inusual”. CMS ha añadido una circunstancia a la lista de “*Self-Assessable Inusual Circumstances*” en las cuales **se permite la presentación de reclamaciones**

payers directly to collect supplemental benefits that may be due for those claims. *Transmission of pre-HIPAA electronic format claims to other payers under a COB agreement will end when (the earliest of the date) a trading partner completes successful testing on the use of the X12 837 version 4010A1 and /or the HIPAA NCPDP format (as appropriate); or the Medicare HIPAA COB contingency plan ends.*

OTHER ISSUES:

*Medicare secondary payer claims may be submitted non-electronically when a primary payer has made an “Obligated to Accept as Payment in Full” (OTAF) adjustment, **and there is more than one primary payer.** Providers have been directed to report OTAF adjustments in a **CN1** segment of a claim, but it is not possible to either identify which primary payer owns a reported OTAF adjustment, or to report more than one OTAF adjustment in the event they apply to each primary payer.*

The free billing software (from your Medicare contractor) should be able to identify when Medicare is a secondary payer. It should also be able to collect standard claim adjustment reason codes and adjustment amounts made by a primary payer when Medicare is the secondary payer. If it is not collecting this information, the software must be modified to enable this requirement.

UNUSUAL CIRCUMSTANCES:

*Certain “**unusual circumstances**” are **automatically waived** from the electronic claim submission requirement for either the indicated claim type, or for the period when an “unusual situation” exists. CMS has added a circumstance to the self-assessable Unusual Circumstance list in which paper **claim submission is permitted. Home oxygen***

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

en papel. **Reclamaciones de Terapia de Oxígeno en el Hogar** para las cuales se requiere el segmento CR5 en una reclamación X12 837 versión 4010A1, pero para los cuales las notas de requisitos en el CR513, CR514 y/o CR515 no aplica, por ejemplo, la saturación de oxígeno no es mayor que el 88%, el PO2 arterial es más que 60 mmHG, pero una combinación de factores requiere el uso de oxígeno. El grupo de trabajo X12 a cargo de desarrollar la guía de implementación de la versión 4010A1 reconoce que hay una deficiencia en las guías que se refieren a reclamaciones de terapia de oxígeno en el hogar. Esta será corregida en una versión más actualizada de la guía de implementación, pero mientras tanto, las entidades cubiertas están sujetas a los requisitos actuales de la versión 4010A1. Como resultado, CMS permitirá que las reclamaciones que cumplan con lo descrito en esta situación sean sometidas en papel.

Puede encontrar ejemplos modificados de los anejos de ASCA A, B y C en el anejo del CR4119 (*Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 24, Exhibits of Form Letters). Su Contratista de Medicare le enviará estas cartas revisadas, según resulte apropiado.

- Anejo A - Respuesta a una solicitud de dispensa de una reclamación que no se clasifica "circunstancia inusual"
- **Anejo B - Denegación a una solicitud de dispensa de una reclamación "circunstancia inusual"**
- Anejo C - Solicitud de Documentación de parte de un Proveedor Seleccionado para Revisión para Establecer que le corresponde someter reclamaciones en papel.

Información Adicional

FIN DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE MEDICARE PARA LA LEY HIPAA PARA RECLAMACIONES RECIBIDAS:

Todas las reclamaciones electrónicas enviadas a Medicare a partir del 1 de octubre de 2005, que no cumplan con la 837 versión 4010A1 o los requisitos del NCPDP, serán rechazadas. El plan de contingencia de Medicare para la X12

therapy claims for which the CR5 segment is required in an X12 837 version 4010A1 claim but for which the requirement notes in either CR513, CR514 and/or CR515 do not apply, e.g., oxygen saturation is not greater than 88%, arterial PO2 is more than 60 mmHg but a combination of factors necessitates use of oxygen. The X12 work group responsible for development of the version 4010A1 implementation guide recognizes that there is a deficiency in the guide pertaining to home oxygen therapy claims. This will be corrected in a later version of that implementation guide, but in the interim, covered entities are bound by the existing version 4010A1 requirements. As result, CMS will permit claims that meet this situation to be submitted on paper.

Modified examples of ASCA exhibit letters A, B, and C can be found in the manual attachment to CR4119(Medicare Claims Processing Manual, Chapter 24, Exhibits of Form Letters). Your Medicare contractor will send these revised letters, as appropriate.

- *Exhibit A - Response to a non- "unusual circumstance" waiver request*
- ***Exhibit B - Denial of an "unusual circumstance" waiver request***
- *Exhibit C - Request for Documentation from Provider Selected for Review to Establish Entitlement to Submit Claims on Paper*

Additional Information

MEDICARE HIPAA INCOMING CLAIM CONTINGENCY PLAN TERMINATION:

All electronic claims sent to Medicare on or after October 1, 2005, that do not comply with the 837 version 4010A1 IG or the NCPDP requirements will be rejected. The Medicare contingency plan for the X12 835, 276/277

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

835, 276/277 (no habrá apoyo para la versión 4010) reclamaciones 837 que Medicare envía a otro pagador, según se estipula en un acuerdo de socio contratista, y la versión 270/271 de transacciones 4010A1, permanecen en efecto hasta nuevo aviso. CMS emitirá una notificación por adelantado a la industria del cuidado de la salud cuando se llegue a una decisión para finalizar los Planes de Contingencia de Medicare restantes.

OTROS TIPOS DE TRANSACCIONES COMPULSORIAS BAJO LA LEY HIPAA, APARTE DE OTRAS RECLAMACIONES ENVIADAS A MEDICARE:

Hasta tanto el Plan de Contingencia de Medicare (mencionado antes) llegue a su fin, los contratistas de Medicare apoyarán los formatos de transacciones electrónicas pre-HIPAA mencionados en el *Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 24, Sección 40.2. Esto incluye reclamaciones sometidas a:

- Todos los Contratistas de Medicare – Reclamaciones UB-92 Versión 6.0 para Coordinación de Beneficios enviadas a otros pagadores bajo los acuerdos de socios de negocios (“trading partners”); formatos registrados para respuestas a solicitudes de datos sobre elegibilidad utilizando el conjunto estándar de CMS; y la versión 4010 del formato X12 276/277.
- Intermediarios Fiscales (FIs) – Versión institucional del formato X12 837, versión 4010 y 3051; formato X12 835 versiones 3030Ma, 3051.3A, y 3051.4 A para Remesa de Pago (RA por sus siglas en inglés).
- Contratistas de la Parte B y DMERCs – Versión profesional del formato X12 837, versión 4010 y 3051; versión 3.01 National Standard Format (NSF); formato X12 835 IG, versiones 3030Mb, 3051.3B, y 3051.4B para Remesas de Pago (RA); y NSF versión 3.01.
- Contratistas de la Parte B Solamente – Formato X12 270/271 IG, versión 3051 para Determinación de Elegibilidad y Respuesta.

(version 4010 support will need to be terminated), 837 claims that Medicare sends to another payer as provided for in a trading partner agreement, and the 270/271 version 4010A1 transactions remain in effect pending further notice. CMS will issue advance notice to the health care industry when a decision is reached to terminate the remaining Medicare contingency plans.

HIPAA MANDATED TRANSACTION TYPES OTHER THAN CLAIMS SENT TO MEDICARE:

Until the Medicare contingency plan (mentioned above) is terminated, Medicare contractors will support the pre-HIPAA electronic transaction formats listed in the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 24, Section 40.2. These include for claims submitted to:

- *All Medicare contractors – UB – 92 version 6.0 claims for coordination of benefits (COB) sent to other payers under trading partner agreements; proprietary format for eligibility data responses using the CMS standard eligibility data set; and X12 276/277 version 4010.*
- *FIs – X12 837 institutional version 4010 and 3051; X12 835 versions 3030Ma, 3051.3A, and 3051.4A for remittance advice.*
- *Carriers and DMERCs – X12 837 professional version 4010 and 3051; National Standard Format (NSF) version 3.01; X12 835 IG versions 3030Mb, 3051.3B, and 3051.4B for remittance advice; and NSF version 3.01.*
- *Carriers only - X12 270/271 IG version 3051 for eligibility query and response.*

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

- Por favor observe: Puede encontrar las especificaciones para cada una de estas transacciones en el sitio Web de *Washington Publishing Company* en el siguiente enlace para aquellas guías de implementación (IGs por sus siglas en inglés) X12 (aparte de las NCPDP) adoptadas como estándar nacional bajo la Ley HIPAA: <http://www.wpcedi.com/HIPAA>.

Puede encontrar la instrucción oficial (CR4119) enviada a su FI/RHHI, o a su Contratista o DMERC sobre esta cambio visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R802CP.pdf>.

Adjunto al CR4119 encontrará las porciones revisadas de *Medicare Claims Processing Manual* a los cuales se hace referencia en este artículo.

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

- *Please note - Specifications for each of these transactions can be found the Washington Publishing Company web site at <http://www.wpcedi.com/HIPAA> for those X12 IGs (other than the NCPDP) adopted as national standards under HIPAA.*

The official instruction, CR4119, issued to your FI/RHHI, or carrier/ DMERC, regarding this change may be found by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R802CP.pdf>.

Attached to CR4119, you will find the revised portions of the Medicare Claims Processing Manual referenced in this article.

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

Pub. 12-30-05/Trans. R802CP CR-4119/01-25-06/ML RRC

ACTUALIZACIÓN DE LOS CÓDIGOS DE TAXONOMÍA PARA PROVEEDORES DEL CUIDADO DE LA SALUD

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERC por sus siglas en inglés), y/o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), incluyendo a los Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), por concepto de servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare.

Proveedores Afectados

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4254, la cual notifica a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, DMERCs, FIs, y RHHIs) que deben

HEALTHCARE PROVIDER TAXONOMY CODES (HPTC) UPDATE

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and/or fiscal intermediaries (FIs), including regional home health intermediaries (RHHIs), for Part A and Part B services.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4254 which informs Medicare contractors (carriers, durable medical equipment regional carriers (DMERCs), fiscal intermediaries (FIs)

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

obtener la versión más reciente de los Códigos de Taxonomía para Proveedores de Cuidado de la Salud (HPTC por sus siglas en inglés) y utilizarla para actualizar sus tablas internas de códigos HPTC.

El *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA por sus siglas en inglés) requiere que los datos sometidos, que forman parte de un conjunto de códigos con un nombre establecido, sean datos válidos para ese conjunto de códigos. Las reclamaciones aceptadas que contengan datos inválidos no estarán en cumplimiento. Dado que el HPTC es un conjunto de códigos mencionado en las guías de implementación de la 837 Institucional y Profesional, Medicare debe validar los códigos que se reciben con sus tablas internas de HPTC.

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

Trasfondo

El conjunto de códigos HPTC es un conjunto de códigos de datos externos, no-médicos, que se utiliza para clasificar a los proveedores de servicios de salud, de acuerdo al tipo de proveedor o especialidad del médico, en un ambiente electrónico (específicamente dentro de la transacción para reclamaciones del cuidado de la salud del Comité de Estándares de Acreditación (ASC por sus siglas en inglés) del Instituto Americano de Estándares Nacionales (ANSI por sus siglas en inglés).

Los códigos HPTC se actualizan dos veces al año (en abril y octubre). La lista de códigos HPTC se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de *Washington Publishing Company*: <http://www.wpcedi.com/codes/taxonomy>. La misma está disponible en dos formatos:

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

and regional home health intermediaries (RHHIs)) to obtain the most recent Healthcare Provider Taxonomy Codes (HPTC) and use it to update their internal HPTC tables.

HIPAA requires that submitted data, which is part of a named code set, be valid data from that code set. Claims accepted with invalid data are non-compliant. Because health care provider taxonomy is a named code set in the 837 Institutional and Professional implementation guides, Medicare must validate the inbound taxonomy codes against their internal HPTC tables.

*See the **Background** section of this article for further details.*

Background

The Healthcare Provider Taxonomy Codes (HPTC) set is an external non-medical data code set designed for use in classifying health care providers according to provider type or practitioner specialty in an electronic environment (specifically within the American National Standards Institute (ANSI) Accredited Standards Committee (ASC) health care claim transaction).

HPTCs are scheduled for update twice per year (April and October). The HPTC list is available from the Washington Publishing Company at <http://www.wpcedi.com/codes/taxonomy> in two forms:

- *A free Adobe PDF download of the HPTC list; and*
- *An electronic representation of the list (available for purchase) which facilitates the automatic loading of the code set.*

Cont. on next page

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

Nota: Las reclamaciones que se reciban con data inválida, y que no estén en cumplimiento con los requisitos de la Ley HIPAA, no serán procesadas por Medicare.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de abril de 2006.

Información Adicional

Para información detallada, refiérase a la instrucción oficial enviada a su Contratista, DMERC, o Intermediario sobre este cambio. Puede ver esa instrucción en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R815CP.pdf>

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

Note: Claims received with invalid data are non-compliant with HIPAA and will not be processed by Medicare.

Implementation

The implementation date for this instruction is April 3, 2006.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R815CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 01-30-05 / Trans. R815CP / MM 4254 /02-09-06 / ML RRC

Política Médica

TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare y/o a los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de trasplante de células madre.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4173, la cual incluye aclaración a lenguaje específico a la política de cubierta nacional actual sobre trasplante de células madre.

El CR4173 aclara que el trasplante de células madre y la quimioterapia en dosis altas son ambas parte de un mismo curso de tratamiento y se cubren como una sola entidad.

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

Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) tienen una política de cubierta para el trasplante de células madre, y el manual de Determinación de Cubierta Nacional de Medicare (NCD por sus siglas en inglés) (Pub. 100-03, Sección 110.8) establece que el trasplante de células madre es un proceso mediante el cual las células madre se cosechan de la médula ósea o de sangre periférica, ya sea del paciente o el donante, para infusión intravenosa.

El trasplante autólogo de células madre (AuSCT) debe utilizarse para llevar a cabo reconstrucción hematopoiética luego de dosis severamente mielotóxicas de quimioterapia (High Dose Chemotherapy [HDCT]) y/o radioterapia utilizada para tratar malignidades. El trasplante alogénico de células madre es un procedimiento mediante el cual se obtiene una porción de médula ósea o células madre de un donante saludable y se prepara para infusión intravenosa. También puede utilizarse para restaurar función.

Medical Policy

STEM CELL TRANSPLANTATION

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers and/or fiscal intermediaries (FIs) for services related to stem cell transplantation.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4173, which includes clarifying language specific to the current national coverage policy on stem cell transplantation.

CR4173 clarifies that stem cell transplantation and high-dose chemotherapy are both integral to the course of treatment and are covered as a single entity.

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

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) has a coverage policy for stem cell transplantation, and the Medicare National Coverage Determination (NCD) Manual (Publication 100-03, Section 110.8) states that stem cell transplantation is a process in which stem cells are harvested from either a patient's or donor's bone marrow or peripheral blood for intravenous infusion.

Autologous stem cell transplants (AuSCT) must be used to effect hematopoietic reconstitution following severely myelotoxic doses of chemotherapy (High Dose Chemotherapy (HDCT)) and/or radiotherapy used to treat various malignancies. Allogeneic stem cell transplantation is a procedure in which a portion of a healthy donor's stem cell or bone marrow is obtained and prepared for intravenous infusion and may also be used to restore function.

Cont. on next page

Política Médica

El CR4173 aclara el lenguaje de la política de cubierta nacional (NCD) existente así como el lenguaje de procesamiento de reclamaciones correspondiente, como sigue:

”El trasplante de médula ósea y de células madre de sangre periferal es un proceso el cual incluye movilización, cosecha, y trasplante de médula ósea o de células madre de sangre periferal y la administración de altas dosis de quimioterapia o radioterapia previo al trasplante. Cuando el trasplante de médula ósea o de células madre de sangre periferal no están cubiertos, ninguno de los pasos necesarios están cubiertos.”

Nota: No hay cambios a la política de cubierta existente de CMS ni a las instrucciones de procesamiento de reclamaciones.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2006 y tendrá vigencia para fechas de servicio a partir del 28 de noviembre de 2005.

Información Adicional

Para información detallada, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario con respecto a este cambio. Estas instrucciones se encuentran divididas en dos partes: la primera parte es el cambio en si al manual de Determinación de Cubierta Nacional de Medicare (NCD), el cual incluye el mismo lenguaje de la política sobre el trasplante de células madre. Puede ver esta parte en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R45NCD.pdf>.

La segunda parte contiene los cambios al *Medicare Claims Processing Manual*. Esos cambios están disponibles en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R766CP.pdf>

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

Medical Policy

CR4173 clarifies existing NCD policy language and corresponding claims processing language as follows:

“Bone marrow and peripheral blood stem cell transplantation is a process which includes mobilization, harvesting, and transplant of bone marrow or peripheral blood stem cells and the administration of high dose chemotherapy or radiotherapy prior to the actual transplant. When bone marrow or peripheral blood stem cell transplantation is covered, all necessary steps are included in coverage. When bone marrow or peripheral blood stem cell transplantation is non-covered, none of the steps are covered.”

Note: *There is no change to existing CMS coverage policy or claims processing instructions.*

Implementation

The implementation date for the instruction is January 3, 2006, and will be effective for dates of service on or after November 28, 2005.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. Those instructions are in two parts. The first part is the actual change to the Medicare National Coverage Determinations (NCD) Manual, which includes the actual policy language regarding stem cell transplantation. That part may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R45NCD.pdf> on the CMS web site.

The second part contains the changes to the Medicare Claims Processing Manual. Those changes are available at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R766CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-06-05 / Trans. 45 & 776 / CR-4173 / 01-03-06 / ML RC

Política Médica

PROYECTO DE DEMOSTRACIÓN DE ONCOLOGÍA DEL 2006

Nota: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 10 DE ENERO DE 2006 PARA ACLARAR EL LENGUAJE RELACIONADO A LA DENEGACIÓN DE RECLAMACIONES SOMETIDAS POR ESPECIALIDADES NO CUALIFICADAS.

Proveedores Afectados

Hematólogos y oncólogos que facturan a Medicare por el cuidado a pacientes de cáncer.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo provee información sobre el proyecto de demostración de oncología del 2006. Información adicional y orientación está disponible en el artículo SE0588 de *Medlearn Matters*, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0588.pdf>

Trasfondo

Las Enmiendas de 1967 a la Ley del Seguro Social (Pub. L. 90-248, Secciones 402(a)(1)(B) y 404(b)), le otorgan al Secretario de Salud y Servicios Humanos la autoridad para desarrollar e implementar experimentos y proyectos de demostración para:

- Proveer incentivos para economizar, mientras
- Se mantiene o se mejora la calidad en los servicios de salud.

En este contexto, la Petición de Cambio (CR por sus siglas en inglés) 4219, sobre el cual se basa este artículo, anuncia la implementación del proyecto de demostración de oncología para el año 2006. El propósito de este proyecto de oncología de un año es identificar y evaluar, en prácticas independientes de oficina con especialidad en oncología, ciertos servicios oncológicos que afectan a la población de Medicare con resultados positivos.

Este proyecto de demostración en oncología del 2006 sustituye el proyecto de demostración en quimioterapia del 2005 y cambia sustancialmente el énfasis en los informes. En el proyecto del 2006,

Medical Policy

2006 ONCOLOGY DEMONSTRATION PROJECT

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON JANUARY 10, 2006, TO CLARIFY LANGUAGE REGARDING THE DENIAL OF CLAIMS THAT ARE SUBMITTED BY OTHER THAN A QUALIFYING SPECIALTY.

Provider Types Affected

Hematologists and oncologists who bill Medicare for the care of cancer patients

Provider Action Needed

This article provides information on the oncology demonstration project for 2006. Additional information and guidance is available in Medlearn Matters article SE0588, which is available at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0588.pdf> on the Centers for Medicare & Medicaid Services' (CMS) web site.

Background

The Social Security Act Amendments of 1967 (Pub. L. 90-248, Sections 402(a)(1)(B) and 402(b)), give the Secretary of Health and Human Services the authority to develop and implement experiments and demonstration projects to:

- *Provide incentives for economy, while*
- *Maintaining or improving quality in health services delivery.*

In this context, CR4219, upon which this article is based, announces the implementation of the Medicare oncology demonstration project for 2006. This one-year demonstration project's purpose is to identify and assess, in office-based oncology practices, certain oncology services that positively affect outcomes in the Medicare population.

This 2006 oncology demonstration project replaces the 2005 chemotherapy demonstration project, and substantially changes the reporting emphasis. In the 2006 project, your reporting will

Cont. on next page

Política Médica

sus informes ya no tendrán que ser específicamente para servicios de administración de quimioterapia; en su lugar, estarán asociados a las visitas de pacientes establecidos con un diagnóstico de cáncer para Evaluación y Manejo (E & M). El proyecto se basa en el uso de los Códigos G (códigos nacionales temporeros para artículos y servicios que requieren codificación nacional uniforme entre la actualización de un año y el próximo) para recopilar información más específica acerca de los pacientes con tipos particulares de cáncer (véase abajo), incluyendo información acerca del enfoque primario de la visita y la variedad de cuidado que usted provee.

El proyecto enfatizará en las guías de la práctica como la fuente para los estándares de cuidado, permitiéndole a CMS observar y estimular a que se provea cuidados de salud de alta calidad a los pacientes de cáncer y para identificar y promover las mejores prácticas de cuidado al paciente de cáncer, lo cual debe conducir a mejores resultados con los pacientes.

Este propósito se facilita con la eliminación de algunos códigos-G y la adopción de nuevos códigos. Para el año calendario 2005, los códigos-G (G0921 al G0932) específicos para la evaluación de los síntomas del paciente, se eliminaron a partir del 31 de diciembre de 2005.

Los Códigos G Atienden Tres Categorías de Reportes

Para facilitar la recopilación de la información para el proyecto de demostración en oncología, CMS ha establecido 81 nuevos códigos-G, para atender estas tres categorías de informes:

1. El enfoque primario de la visita de evaluación y manejo;
2. Si el manejo actual va de acuerdo con las guías clínicas; y
3. El estado actual de la enfermedad

Al recoger estas variables, se formarán los cimientos de demostraciones futuras orientadas a la eficiencia. Usted puede encontrar estos nuevos códigos-G en la tabla que se encuentra al final de este artículo.

Medical Policy

no longer be specific to chemotherapy administration services, but, instead, will be associated with physician evaluation and management (E & M) visits for established patients with cancer. The project builds on the use of G-codes (temporary national codes for items or services requiring uniform national coding between one year's update and the next) to gather more specific information about patients with particular types of cancer (noted below), including information about the primary focus of the visit and the spectrum of care that you provide.

It will emphasize practice guidelines as the source for standards of care, permitting CMS to monitor and encourage quality care to cancer patients, and to identify and promote best cancer care practices that should lead to improved patient outcomes.

This purpose is facilitated by the elimination of some G-codes and the adoption of new ones. Calendar year 2005 G-codes (G0921 to G0932), specific to the assessment of patient symptoms, have been eliminated, effective December 31, 2005.

G-Codes Address Three Reporting Categories

To facilitate the collection of the oncology demonstration information, CMS has established 81 new G-codes that address three reporting categories:

1. *The primary focus of the evaluation and management visit;*
2. *Whether current management adheres to clinical guidelines; and*
3. *The current disease state.*

Capturing these variables will form the building blocks of efficiency-oriented demonstrations in the future. You can find these new G-codes in the table at the end of this article.

Cont. on next page

Política Médica

Categorías de Diagnósticos

Los hematólogos y oncólogos con prácticas independientes pueden participar en esta demostración, para servicios que brinden durante el año 2006, cuando proveen un servicio de Evaluación y Manejo (E & M), con nivel de servicio 2, 3, 4 ó 5, a un paciente establecido (Códigos CPT de la *American Medical Association's* 99212, 99213, 99214 y 99215) con diagnóstico primario de cáncer perteneciente a una de las siguientes 13 categorías diagnósticas principales:

1. Cáncer de Cabeza y Cuello (140.0 – 149.9, 161.0 - 161.9)
2. Cáncer Esofageal (150.0 - 150.9)
3. Cáncer Gástrico (151.0 - 151.9)
4. Cáncer de Colon (153.0 - 153.9)
5. Cáncer Rectal (154.0, 154.1)
6. Cáncer de Páncreas (157.0, 157.1, 157.2, 157.3, 157.8, 157.9)
7. Cáncer de Pulmón (ambos, celular pequeñas y no pequeñas) (162.2 - 162.9)
8. Cáncer del Seno en la Mujer (invasivo) (174.0 - 174.9)
9. Cáncer de Ovario (183.0)
10. Cáncer de Próstata (185)
11. Linfoma "Non-Hodgkin's" (202.00 - 202.08, 202.80 - 202.98)
12. Mieloma Múltiple (203.00, 203.01)
13. Leucemia Mielógena Crónica (205.10, 205.11)

Para Cualificar para el Pago

Para cualificar para el pago asociado con este pago de demostración, usted debe someter un código G de cada una de las tres categorías mencionadas arriba, al facturar por concepto de servicios E & M de nivel 2, 3, 4 ó 5, para pacientes establecidos. Las prácticas que reportan datos en todas las tres categorías, cualificarán para un pago adicional de demostración de oncología de \$23, además del pago por la visita E & M.

Medical Policy

Diagnostic Categories

Office-based hematologists and oncologists can participate in this demonstration, for services they furnish in 2006, when they provide an evaluation & management (E & M) service of level 2, 3, 4, or 5 to an established patient (American Medical Association's Current Procedural Terminology (CPT) codes 99212, 99213, 99214 and 99215) with a primary diagnosis of cancer belonging to one of the following 13 major diagnostic categories:

1. *Head and neck cancer (140.0 –149.9, 161.0-161.9)*
2. *Esophageal cancer (150.0-150.9)*
3. *Gastric cancer (151.0-151.9)*
4. *Colon cancer (153.0-153.9)*
5. *Rectal cancer (154.0, 154.1)*
6. *Pancreatic cancer (157.0, 157.1, 157.2, 157.3, 157.8, 157.9)*
7. *Lung cancer (both non-small cell and small cell) (162.2-162.9)*
8. *Female breast cancer (invasive) (174.0-174.9)*
9. *Ovarian cancer (183.0)*
10. *Prostate cancer (185)*
11. *Non-Hodgkin's lymphoma (202.00-202.08, 202.80-202.98)*
12. *Multiple myeloma (203.00, 203.01)*
13. *Chronic myelogenous leukemia (205.10, 205.11)*

To Qualify for the Payment

To qualify for the payment associated with this demonstration payment, you must submit one G-code from each of the three categories mentioned above when you bill for an E & M of level 2, 3, 4, or 5 for established patients. Practices reporting data on all three categories will qualify for an additional oncology demonstration payment of \$23 in addition to the E & M visit.

Cont. on next page

Política Médica

Detalles Importantes

Los siguientes son algunos detalles importantes que usted debe tener en cuenta:

La Participación es Voluntaria

La participación en esta demostración es voluntaria y el médico participa al someter una reclamación por servicios al Contratista de Medicare (por ejemplo, una visita a oficina establecida con un nivel 2, 3, 4 ó 5, con tres códigos G por separado, uno para cada categoría).

Especialidades Que Cualifican

Las especialidades médicas que cualifican para la demostración en oncología del 2006 son, hematología (código de especialidad 82), oncología médica (especialidad 90), hematología/oncología (especialidad 83) y ginecólogo oncólogo (98).

Los profesionales de la salud de nivel intermedio, tales como enfermeros practicantes y otros que pueden facturar independientemente por servicios de Medicare, no son elegibles para participar en la demostración. Los Contratistas de Medicare denegarán reclamaciones del proyecto de demostración de oncología del 2006 que se sometan por especialidades que no cualifican. Tales reclamaciones serán denegadas con código de remesa de pago (RA por sus siglas inglés) N95 y un código de ajuste de reclamación 185.

Otros Tipos de Cáncer No Incluidos

Los servicios E & M brindados a pacientes con algún tipo de cáncer como diagnóstico principal, que no sea de los mencionados en este CR, no se incluirán en la demostración. Si usted reporta reclamaciones con estos códigos G de demostración no relacionados con los 13 tipos específicos de cáncer, dichos códigos G serán denegados.

Aplica a Beneficiarios No Suscritos en el Plan Medicare Advantage

El proyecto aplica solamente a beneficiarios que no están suscritos a un plan *Medicare Advantage* y aplica solamente para servicios provistos a partir del 1ro de enero de 2006 y antes del 1 de enero de 2007. Los Contratistas de

Medical Policy

Important Details

The following are some important details that you should be aware of:

Participation is Voluntary

Participation in this demonstration is voluntary and the physician participates by filing a claim for services (i.e., a level 2, 3, 4, or 5 established office visit with three separate G codes, one from each category) with the Medicare carrier.

Qualifying Specialties

The physician specialties that qualify for this 2006 oncology demonstration are hematology (specialty code 82), medical oncology (specialty 90), hematology/oncology (specialty 83), and gynecological oncology (98).

Midlevel practitioners, such as nurse practitioners or others who may bill independently for Medicare services, are not eligible to participate in the demonstration. Medicare carriers will deny claims for the 2006 oncology demonstration submitted by other than a qualifying specialty. Such claims will be denied with remittance advice code N95 and claim adjustment reason code 185.

Other Cancer Types Not Included

E & M services that you furnish for patients with cancer types as the principal diagnosis, other than these mentioned in this CR, will not be included in the demonstration. If you report claims with these demonstration G codes that are not related to the 13 specific cancer types, those G codes will be denied.

Applies to Beneficiaries Not Enrolled in Medicare Advantage Plan

The project applies only to Medicare beneficiaries who are not enrolled in a Medicare Advantage plan, and is effective only for services provided on or after January 1, 2006, and before January 1, 2007. Medicare

Cont. on next page

Política Médica

Medicare devolverán/rechazarán, como “no procesables”, códigos G de demostración de oncología que se facturen para fechas de servicio que no estén dentro del Año Calendario (“CY”) 2006, utilizando el código de denegación de remesa de pago (Remittance Advice) B18, el código de comentario (Remark Code) N56, y el mensaje 16.13 en el Resumen de Medicare (Medicare Summary Notice).

Quimioterapia

Aunque la quimioterapia puede proveerse al paciente en el mismo día de la visita E & M, solamente la última parte del servicio estará enlazada al proyecto de demostración. Por tanto, en este caso, usted debe incluir el modificador 25 al servicio E & M. Esto indica que usted ha realizado un servicio de Evaluación y Manejo significativo e identificable por separado, en el mismo día de un procedimiento (en este caso, el servicio de administración de quimioterapia). Más aún, usted debe documentar apropiadamente el expediente del paciente para respaldar el nivel de servicio E & M facturado.

Cómo Facturar los Códigos

Usted debe facturar un código de cada una de las tres categorías mencionadas anteriormente. Si usted factura uno o más (pero no un código de cada una de las tres categorías) de los códigos de demostración en una sola reclamación, los Contratistas devolverán/rechazarán la reclamación como “no procesable” y utilizarán el código de razón 16 en la Remesa de Pago (Remittance Advice) y el código de comentario (Remark Code) MA 130.

Por el contrario, si usted factura más de un código-G de una misma categoría para la misma fecha de servicio, en la misma reclamación (por ejemplo, usted somete una reclamación para más de dos Códigos-G de la categoría de “enfoque primario de la visita” [*primary focus of the visit*]), los contratistas también rechazarán la reclamación como “no procesable”, y utilizarán el código razón 125 y el código de comentario (Remark Code) MA130 en la Remesa de Pago (Remittance Advice).

Medical Policy

carriers will return/reject, as not able to process, oncology demonstration G-codes that are billed for dates of service not within CY 2006, using Remittance Advice reason code B18 and remark code N56 and Medicare Summary Notice (MSN) message 16.13.

Chemotherapy

While chemotherapy may be provided to the patient on the same day as the E & M visit, it is only the latter that is linked to the demonstration project. In this instance, therefore, you should attach modifier 25 to the E & M service. This denotes that you have performed a significant, separately identifiable evaluation and management service on the same day of a procedure (the chemotherapy administration service). Further, you should appropriately document the patient's record to support the level of the E & M service billed.

Billing Codes

You must bill a code from each of the three categories mentioned above. If you bill one or more (but not one from all three categories) of the demonstration codes on a single claim, carriers will return/reject the claim as not able to process and use Remittance Advice reason code 16 and remark code MA 130.

Conversely, if you bill more than one G-code from the same category for the same date of service on the same claim (for instance, you submit a claim for more than two G-codes from the category of “primary focus of the visit”), carriers will also reject the claim as not able to process, and use remittance advice reason code 125 and remittance advice remark code MA130.

Cont. on next page

Política Médica

Nota: Algunos contratistas de Medicare pueden escoger dividir la reclamación manualmente y solamente devolver la porción “no procesable” (por ejemplo: la porción relacionada a someter los datos para la demostración en oncología). Sin embargo, CMS no les requerirá a los Contratistas que hagan esto.

Las Reclamaciones Deben Ser Asignadas

Sus reclamaciones deben ser asignadas. Si un proveedor participante somete una reclamación no asignada para los códigos G del proyecto de demostración en oncología, los contratistas procesarán la reclamación como asignada y generarán el código de comentario de remesa de pago MA09.

Si un proveedor no participante radica una reclamación no asignada para los códigos-G, y el servicio E & M relacionado, los Contratistas procesarán la reclamación para la cubierta y pago de esos servicios que no requieren asignación (por ejemplo: el servicio de evaluación y manejo) y denegarán los códigos-G utilizando el código de razón 111 en la Remesa de Pago, con código de comentario N419 y mensaje MSN 16.6.

Volver a Someter Reclamaciones con Códigos-G

Los proveedores pueden volver a someter códigos-G de demostración oncológica que fueron denegados al no aceptar asignación. En tales instancias, los códigos-G serán aprobados si los códigos E & M relacionados fueron aprobados. Sin embargo, si no existe un código E & M aprobado para la misma fecha y lugar de servicio que la indicada en los códigos-G, en la reclamación o en el historial, los Contratistas denegarán los códigos-G utilizando el código de razón 107 en la Remesa de Pago, y el código MSN 16.26.

Lugar de Servicio

El lugar de servicio reportado para códigos debe ser “oficina” (código 11 para lugar de servicio). Si el lugar de servicio reportado no es “oficina”, los Contratistas devolverán/rechazarán la reclamación como “no procesable” utilizando el código de razón 5 en la Remesa de Pago, y el código MSN 16.2.

Medical Policy

Note: Some Medicare carriers may choose to manually split the claim and only return the not able to process portion (i.e., the portion related to submitting data for the oncology demonstration). However, CMS will not require carriers to do this.

Claims Must Be Assigned

Your claims must be assigned. If a participating provider submits a non-assigned claim for the oncology demonstration G codes, carriers will process the claim as assigned and generate Remittance Advice remark code MA09.

If a nonparticipating provider submits a non-assigned claim for the G-codes and related E & M service, carriers will process the claim for coverage and payment of those services that do not require assignment (e.g., the evaluation and management service) and deny the G-codes using Remittance Advice reason code 111, remark code N149, and MSN message 16.6.

Resubmitting G-Codes

Providers may resubmit oncology demonstration G-codes that were denied for not accepting assignment and, in such instances, the G-codes will be approved if the related E & M codes were approved. However, if there is no approved E & M code for the same service date and place of service as the G-codes on the claim or in the history, carriers will deny the G-codes using Remittance Advice reason code 107 and MSM code 16.26.

Place of Service

The place of service reported for codes must be “office” (place of service code 11). If the place of service reported is other than “office,” carriers will return/reject the claim as not able to process using Remittance Advice reason code 5 and MSN code 16.2.

Cont. on next page

Política Médica

Cantidades de Pago Permitidas

Los contratistas establecerán las siguientes cantidades de pago para los códigos de demostración y determinarán el pago basado en el menor del 80% del cargo real o en la cantidad permitida por código:

- G9050 - G9055 - \$7.67
- G9056 - G9062 - \$7.67
- G9063 - G9130 - \$7.66

Estas cantidades de pago aplican en todas las localidades geográficas, como también aplica el co-aseguro y el deducible usual de la Parte B.

Facturación SNF Consolidada

Durante la demostración, los códigos G de oncología obviarán la facturación consolidada de Centros Especializados de Enfermería (SNFs por sus siglas en inglés) para beneficiarios en estadias cubierta por la Parte A.

Información Adicional

Puede ver los nuevos códigos G de oncología del 2006 y sus respectivos descriptores en la tabla que se presenta más adelante en este artículo. Además, se publicó un artículo de edición especial de *Medlearn Matters* para brindar guías adicionales sobre codificación. Ese artículo se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0588.pdf>

Puede ver la instrucción original, el CR 4219, emitida a su Contratista, pulsando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R36DEMO.pdf>

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

Medical Policy

Payment Allowances

Carriers will establish the following payment allowances for the demonstration codes and determine payment based on the lesser of 80% of the actual charge or on the allowance by code:

- G9050 to G9055 - \$7.67
- G9056 to G9062 - \$7.67
- G9063 to G9130 - \$7.66

These amounts apply in all localities, and the usual Part B coinsurance and deductible apply.

SNF Consolidated Billing

During the demonstration, the oncology G-codes will bypass SNF consolidated billing for beneficiaries in a Part A stay.

Additional Information

The new 2006 oncology G codes and their descriptors can be viewed beginning on the next page of this article.

In addition, a special edition Medlearn Matters article is available to provide additional coding guidance. That article is available at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0588.pdf> on the CMS web site.

To view the actual instruction, CR4219, issued to your carrier, visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R36DEMO.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-30-05/Trans. R36DEMO/MM 4219 Revised (CR # NA)
Feb-8-2006/MLRRC/R39DEMO/MM4347/03-03-06/RR

Cont. on next page

ONCOLOGY DEMONSTRATION PROJECT G-CODES (IN NUMERICAL ORDER BY CODE)

Category / G-code	Description
Primary focus of the visit	
G9050	ONCOLOGY; PRIMARY FOCUS OF VISIT; WORK-UP, EVALUATION, OR STAGING AT THE TIME OF CANCER DIAGNOSIS OR RECURRENCE (FOR USE IN A MEDICARE-APPROVED DEMONSTRATION PROJECT)
G9051	ONCOLOGY; PRIMARY FOCUS OF VISIT; TREATMENT DECISION-MAKING AFTER DISEASE IS STAGED OR RESTAGED, DISCUSSION OF TREATMENT OPTIONS, SUPERVISING/COORDINATING ACTIVE CANCER DIRECTED THERAPY OR MANAGING CONSEQUENCES OF CANCER DIRECTED THERAPY
G9052	ONCOLOGY; PRIMARY FOCUS OF VISIT; SURVEILLANCE FOR DISEASE RECURRENCE FOR PATIENT WHO HAS COMPLETED DEFINITIVE CANCER-DIRECTED THERAPY AND CURRENTLY LACKS EVIDENCE OF RECURRENT DISEASE; CANCER DIRECTED THERAPY MIGHT BE CONSIDERED IN THE FUTURE
G9053	ONCOLOGY; PRIMARY FOCUS OF VISIT; EXPECTANT MANAGEMENT OF PATIENT WITH EVIDENCE OF CANCER FOR WHOM NO CANCER DIRECTED THERAPY IS BEING ADMINISTERED OR ARRANGED AT PRESENT; CANCER DIRECTED THERAPY MIGHT BE CONSIDERED IN THE FUTURE
G9054	ONCOLOGY; PRIMARY FOCUS OF VISIT; SUPERVISING, COORDINATING OR MANAGING CARE OF PATIENT WITH TERMINAL CANCER OR FOR WHOM OTHER MEDICAL ILLNESS PREVENTS FURTHER CANCER TREATMENT; INCLUDES SYMPTOM MANAGEMENT, END-OF-LIFE CARE PLANNING, MANAGEMENT OF PALLIATIVE THERAPIES
G9055	ONCOLOGY; PRIMARY FOCUS OF VISIT; OTHER, UNSPECIFIED SERVICE NOT OTHERWISE LISTED
Guideline Adherence Codes	
G9056	ONCOLOGY; PRACTICE GUIDELINES; MANAGEMENT ADHERES TO GUIDELINES
G9057	ONCOLOGY; PRACTICE GUIDELINES; MANAGEMENT DIFFERS FROM GUIDELINES AS A RESULT OF PATIENT ENROLLMENT IN AN INSTITUTIONAL REVIEW BOARD APPROVED CLINICAL TRIAL
G9058	ONCOLOGY; PRACTICE GUIDELINES; MANAGEMENT DIFFERS FROM GUIDELINES BECAUSE THE TREATING PHYSICIAN DISAGREES WITH GUIDELINE RECOMMENDATIONS
G9059	ONCOLOGY; PRACTICE GUIDELINES; MANAGEMENT DIFFERS FROM GUIDELINES BECAUSE THE PATIENT, AFTER BEING OFFERED TREATMENT CONSISTENT WITH GUIDELINES, HAS OPTED FOR ALTERNATIVE TREATMENT OR MANAGEMENT, INCLUDING NO TREATMENT
G9060	ONCOLOGY; PRACTICE GUIDELINES; MANAGEMENT DIFFERS FROM GUIDELINES FOR REASON(S) ASSOCIATED WITH PATIENT COMORBID ILLNESS OR PERFORMANCE STATUS NOT FACTORED INTO GUIDELINES
G9061	ONCOLOGY; PRACTICE GUIDELINES; PATIENT'S CONDITION NOT ADDRESSED BY AVAILABLE GUIDELINES
G9062	ONCOLOGY; PRACTICE GUIDELINES; MANAGEMENT DIFFERS FROM GUIDELINES FOR OTHER REASON(S) NOT LISTED

† El texto en *italicas* refleja el cambio inminente para el descriptor extendido a ser implementado en enero de 2006. El médico que codifica debe presumir que el descriptor extendido incluye este cambio.

† *Italicized text* reflects impending change to long descriptor to be implemented in January 2006. The coding physician should assume the long descriptor includes this change.

ONCOLOGY DEMONSTRATION PROJECT G-CODES (IN NUMERICAL ORDER BY CODE)

Category / G-code	Description
Disease Status Codes	
Lung cancer, Non-small cell, small cell lung cancer (162.2-162.9)	
G9063	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO NON-SMALL CELL LUNG CANCER; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS STAGE I (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9064	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO NON-SMALL CELL LUNG CANCER; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS STAGE II (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9065	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO NON-SMALL CELL LUNG CANCER; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS STAGE III A (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9066	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO NON-SMALL CELL LUNG CANCER; STAGE III B- IV AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE
G9067	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO NON-SMALL CELL LUNG CANCER; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION, NOT YET DETERMINED, OR NOT LISTED
G9068	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO SMALL CELL AND COMBINED SMALL CELL/NON-SMALL CELL; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS LIMITED WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9069	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; SMALL CELL LUNG CANCER, LIMITED TO SMALL CELL AND COMBINED SMALL CELL/NON-SMALL CELL; EXTENSIVE STAGE AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE
G9070	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; SMALL CELL LUNG CANCER, LIMITED TO SMALL CELL AND COMBINED SMALL CELL/NON-SMALL; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION, PRE-SURGICAL, OR NOT LISTED
Female breast cancer (174.0-174.9)	
G9071	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; INVASIVE FEMALE BREAST CANCER (DOES NOT INCLUDE DUCTAL CARCINOMA IN SITU); ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; STAGE I OR STAGE IIA-IIB; OR T3, N1, M0; AND ER AND/OR PR POSITIVE; WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9072	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; INVASIVE FEMALE BREAST CANCER (DOES NOT INCLUDE DUCTAL CARCINOMA IN SITU); ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; STAGE I, OR STAGE IIA-IIB; OR T3, N1, M0; AND ER AND PR NEGATIVE; WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9073	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; INVASIVE FEMALE BREAST CANCER (DOES NOT INCLUDE DUCTAL CARCINOMA IN SITU); ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; STAGE IIIA-IIIIB; AND NOT T3, N1, M0; AND ER AND/OR PR POSITIVE; WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES

† El texto en *italics* refleja el cambio inminente para el descriptor extendido a ser implementado en enero de 2006. El médico que codifica debe presumir que el descriptor extendido incluye este cambio.

† *Italicized text* reflects impending change to long descriptor to be implemented in January 2006. The coding physician should assume the long descriptor includes this change.

Cont. on next page

ONCOLOGY DEMONSTRATION PROJECT G-CODES (IN NUMERICAL ORDER BY CODE)

Category / G-code	Description
G9074	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; INVASIVE FEMALE BREAST CANCER (DOES NOT INCLUDE DUCTAL CARCINOMA IN SITU); ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; STAGE IIIA-IIIIB; AND NOT T3, N1, M0; AND ER AND PR NEGATIVE; WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9075	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; INVASIVE FEMALE BREAST CANCER (DOES NOT INCLUDE DUCTAL CARCINOMA IN SITU); ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; M1 AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE
G9076	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; INVASIVE FEMALE BREAST CANCER (DOES NOT INCLUDE DUCTAL CARCINOMA IN SITU); ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION, PRE-SURGICAL OR NOT LISTED
Prostate cancer (185)	
G9077	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PROSTATE CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; T1-T2C AND GLEASON 2-7 AND PSA < OR EQUAL TO 20 AT DIAGNOSIS WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9078	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PROSTATE CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; T2 OR T3A† GLEASON 8-10 OR PSA > 20 AT DIAGNOSIS WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9079	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PROSTATE CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; T3B-T4, ANY N; ANY T, N1 AT DIAGNOSIS WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9080	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PROSTATE CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA; AFTER INITIAL TREATMENT WITH RISING PSA OR FAILURE OF PSA DECLINE
G9081	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PROSTATE CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA; NON-CASTRATE, INCOMPLETELY CASTRATE; CLINICAL METASTASES OR M1 AT DIAGNOSIS
G9082	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PROSTATE CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA; CASTRATE; CLINICAL METASTASES OR M1 AT DIAGNOSIS
G9083	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PROSTATE CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION OR NOT LISTED
Colon cancer (153.0-153.9)	
G9084	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; COLON CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T1-3, N0, M0 WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9085	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; COLON CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T4, N0, M0 WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES

† El texto en *itálicas* refleja el cambio inminente para el descriptor extendido a ser implementado en enero de 2006. El médico que codifica debe presumir que el descriptor extendido incluye este cambio.

† *Italicized text* reflects impending change to long descriptor to be implemented in January 2006. The coding physician should assume the long descriptor includes this change.

Cont. on next page

ONCOLOGY DEMONSTRATION PROJECT G-CODES (IN NUMERICAL ORDER BY CODE)

Category / G-code	Description
G9086	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; COLON CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T1-4, N1-2, M0 WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9087	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; COLON CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; M1 AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE WITH CURRENT CLINICAL, RADIOLOGIC, OR BIOCHEMICAL EVIDENCE OF DISEASE
G9088	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; COLON CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; M1 AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE WITHOUT CURRENT CLINICAL, RADIOLOGIC, OR BIOCHEMICAL EVIDENCE OF DISEASE
G9089	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; COLON CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, NOT YET DETERMINED, UNDER EVALUATION, PRE-SURGICAL, OR NOT LISTED
Rectal cancer (154.0, 154.1)	
G9090	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; RECTAL CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T1-2, N0, M0 (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9091	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; RECTAL CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T3, N0, M0 (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9092	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; RECTAL CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T1-3, N1-2, M0 (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE OR METASTASES
G9093	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; RECTAL CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T4, ANY N, M0 (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9094	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; RECTAL CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; M1 AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE
G9095	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; RECTAL CANCER, LIMITED TO INVASIVE CANCER, ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, NOT YET DETERMINED, UNDER EVALUATION, PRE-SURGICAL, OR NOT LISTED
Esophageal cancer (150.0-150.9)	
G9096	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; ESOPHAGEAL CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA OR SQUAMOUS CELL CARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T1-T3, N0-N1 OR NX (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO

† El texto en *italicas* refleja el cambio inminente para el descriptor extendido a ser implementado en enero de 2006. El médico que codifica debe presumir que el descriptor extendido incluye este cambio.

† *Italicized text* reflects impending change to long descriptor to be implemented in January 2006. The coding physician should assume the long descriptor includes this change.

Cont. on next page

ONCOLOGY DEMONSTRATION PROJECT G-CODES (IN NUMERICAL ORDER BY CODE)

Category / G-code	Description
EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES	
G9097	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; ESOPHAGEAL CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA OR SQUAMOUS CELL CARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T4, ANY N, M0 (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9098	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; ESOPHAGEAL CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA OR SQUAMOUS CELL CARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; M1 AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE
G9099	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; ESOPHAGEAL CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA OR SQUAMOUS CELL CARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, NOT YET DETERMINED, UNDER EVALUATION, PRE-SURGICAL, OR NOT LISTED
Gastric cancer (151.0-151.9)	
G9100	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; GASTRIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; POST R0 RESECTION (WITH OR WITHOUT NEOADJUVANT THERAPY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE RECURRENCE, PROGRESSION, OR METASTASES
G9101	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; GASTRIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; POST R1 OR R2 RESECTION (WITH OR WITHOUT NEOADJUVANT THERAPY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, OR METASTASES
G9102	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; GASTRIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; CLINICAL OR PATHOLOGIC M0, UNRESECTABLE WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, OR METASTASES
G9103	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; GASTRIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; CLINICAL OR PATHOLOGIC M1 AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE
G9104	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; GASTRIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION, NOT YET DETERMINED, PRE-SURGICAL, OR NOT LISTED
Pancreatic cancer (157.0-157.3, 157.8, 157.9)	
G9105	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PANCREATIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA AS PREDOMINANT CELL TYPE; POST R0 RESECTION WITHOUT EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9106	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PANCREATIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA; POST R1 OR R2 RESECTION WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, OR METASTASES
G9107	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PANCREATIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA; UNRESECTABLE AT DIAGNOSIS, M1 AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE

† El texto en *itálicas* refleja el cambio inminente para el descriptor extendido a ser implementado en enero de 2006. El médico que codifica debe presumir que el descriptor extendido incluye este cambio.

† *Italicized text* reflects impending change to long descriptor to be implemented in January 2006. The coding physician should assume the long descriptor includes this change.

Cont. on next page

ONCOLOGY DEMONSTRATION PROJECT G-CODES (IN NUMERICAL ORDER BY CODE)

Category / G-code	Description
G9108	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; PANCREATIC CANCER, LIMITED TO ADENOCARCINOMA; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION, NOT YET DETERMINED, PRE-SURGICAL, OR NOT LISTED
Head and neck cancer (140.0-149.9, 161.0-161.9)	
G9109	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; HEAD AND NECK CANCER, LIMITED TO CANCERS OF ORAL CAVITY, PHARYNX AND LARYNX WITH SQUAMOUS CELL AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T1-T2 AND N0, M0 (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9110	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; HEAD AND NECK CANCER, LIMITED TO CANCERS OF ORAL CAVITY, PHARYNX AND LARYNX WITH SQUAMOUS CELL AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE INITIALLY ESTABLISHED AS T3-4 AND/OR N1-3, M0 (PRIOR TO NEO-ADJUVANT THERAPY, IF ANY) WITH NO EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9111	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; HEAD AND NECK CANCER, LIMITED TO CANCERS OF ORAL CAVITY, PHARYNX AND LARYNX WITH SQUAMOUS CELL AS PREDOMINANT CELL TYPE; M1 AT DIAGNOSIS, METASTATIC, LOCALLY RECURRENT, OR PROGRESSIVE
G9112	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; HEAD AND NECK CANCER, LIMITED TO CANCERS OF ORAL CAVITY, PHARYNX AND LARYNX WITH SQUAMOUS CELL AS PREDOMINANT CELL TYPE; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, NOT YET DETERMINED, PRE-SURGICAL, OR NOT LISTED
Ovarian cancer (183.0)	
G9113	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; OVARIAN CANCER, LIMITED TO EPITHELIAL CANCER; PATHOLOGIC STAGE IA-B (GRADE 1) WITHOUT EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES (FOR USE IN A MEDICARE-APPROVED DEMONSTRATION PROJECT)
G9114	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; OVARIAN CANCER, LIMITED TO EPITHELIAL CANCER; PATHOLOGIC STAGE IA-B (GRADE 2-3); OR STAGE IC (ALL GRADES); OR STAGE II; WITHOUT EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, RECURRENCE, OR METASTASES
G9115	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; OVARIAN CANCER, LIMITED TO EPITHELIAL CANCER; PATHOLOGIC STAGE III-IV; WITHOUT EVIDENCE OF PROGRESSION, RECURRENCE
G 9116	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; OVARIAN CANCER, LIMITED TO EPITHELIAL CANCER; EVIDENCE OF DISEASE PROGRESSION, OR RECURRENCE, AND/OR PLATINUM RESISTANCE
G 9117	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; OVARIAN CANCER, LIMITED TO EPITHELIAL CANCER; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION, INCOMPLETE SURGICAL STAGING, PRE-SURGICAL STAGING, OR NOT LISTED (FOR USE IN A MEDICARE-APPROVED DEMONSTRATION PROJECT)
Non-Hodgkin's lymphoma (202.00-202.08, 202.80-202.98)	
G 9118	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; NON-HODGKIN'S LYMPHOMA, LIMITED TO FOLLICULAR LYMPHOMA, MANTLE CELL LYMPHOMA, DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA, SMALL LYMPHOCYTIC LYMPHOMA; STAGE I, II AT DIAGNOSIS, NOT RELAPSED, NOT REFRACTORY
G 9119	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; NON-HODGKIN'S LYMPHOMA, LIMITED TO FOLLICULAR LYMPHOMA, MANTLE CELL LYMPHOMA, DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA, SMALL LYMPHOCYTIC LYMPHOMA; STAGE III, IV NOT RELAPSED, NOT REFRACTORY (FOR USE IN A MEDICARE -APPROVED

† El texto en *itálicas* refleja el cambio inminente para el descriptor extendido a ser implementado en enero de 2006. El médico que codifica debe presumir que el descriptor extendido incluye este cambio.

† *Italicized text* reflects impending change to long descriptor to be implemented in January 2006. The coding physician should assume the long descriptor includes this change.

Cont. on next page

ONCOLOGY DEMONSTRATION PROJECT G-CODES (IN NUMERICAL ORDER BY CODE)

Category / G-code	Description
DEMONSTRATION PROJECT)	
G 9120	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; NON-HODGKIN'S LYMPHOMA, TRANSFORMED FROM FOLLICULAR LYMPHOMA TO DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA
G 9121	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; NON-HODGKIN'S LYMPHOMA, LIMITED TO FOLLICULAR LYMPHOMA, MANTLE CELL LYMPHOMA, DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA, SMALL LYMPHOCYTIC LYMPHOMA; RELAPSED/ REFRACTORY
G 9122	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; NON-HODGKIN'S LYMPHOMA, LIMITED TO FOLLICULAR LYMPHOMA, MANTLE CELL LYMPHOMA, DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA, SMALL LYMPHOCYTIC LYMPHOMA; DIAGNOSTIC EVALUATION, STAGE NOT DETERMINED, EVALUATION OF POSSIBLE RELAPSE OR NON-RESPONSE TO THERAPY, OR NOT LISTED
Chronic Myelogenous leukemia (205.10, 205.11)	
G 9123	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; CHRONIC MYELOGENOUS LEUKEMIA, LIMITED TO PHILADELPHIA CHROMOSOME POSITIVE AND/OR BCR-ABL POSITIVE; CHRONIC PHASE NOT IN HEMATOLOGIC, CYTOGENETIC, OR MOLECULAR REMISSION
G 9124	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; CHRONIC MYELOGENOUS LEUKEMIA, LIMITED TO PHILADELPHIA CHROMOSOME POSITIVE AND /OR BCR-ABL POSITIVE; ACCELERATED PHASE NOT IN HEMATOLOGIC CYTOGENETIC, OR MOLECULAR REMISSION
G 9125	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; CHRONIC MYLOGENOUS LEUKEMIA, LIMITED TO PHILADELPHIA CHROMOSOME POSITIVE AND /OR BCR-ABL POSITIVE; <i>BLAST PHASE NOT†</i> IN HEMATOLOGIC, CYTOGENETIC, OR MOLECULAR REMISSION
G 9126	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; CHRONIC MYELOGENOUS LEUKEMIA, LIMITED TO PHILADELPHIA CHROMOSOME POSITIVE AND /OR BCR-ABL POSITIVE; IN HEMATOLOGIC, CYTOGENETIC, OR MOLECULAR REMISSION
G 9127	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; CHRONIC MEYLOGENOUS LEUKEMIA, LIMITED TO PHILADELPHIA CHROMOSOME POSITIVE AND /OR BCR-ABL POSITIVE; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION, NOT LISTED (FOR USE IN A MEDICARE-APPROVED DEMONSTRATION PROJECT
Multiple Myeloma (203.00, 203.01)	
G 9128	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO MULTIPLE MYELOMA, SYSTEMIC DISEASE; SMOLDERING, STAGE I
G 9129	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO MULTIPLE MYELOMA, SYSTEMIC DISEASE; STAGE II OR HIGHER
G9130	ONCOLOGY; DISEASE STATUS; LIMITED TO MULTIPLE MYELOMA, SYSTEMIC DISEASE; EXTENT OF DISEASE UNKNOWN, UNDER EVALUATION, OR NOT LISTED

† El texto en *itálicas* refleja el cambio inminente para el descriptor extendido a ser implementado en enero de 2006. El médico que codifica debe presumir que el descriptor extendido incluye este cambio.

† *Italicized text* reflects impending change to long descriptor to be implemented in January 2006. The coding physician should assume the long descriptor includes this change.

Cont. on next page

Política Médica

GUÍAS PARA LA DOCUMENTACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LA DEMOSTRACIÓN DE ONCOLOGÍA DEL 2006 DE MEDICARE

NOTA: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 3 DE ENERO DE 2006 PARA REFLEJAR QUE SE RELACIONA CON LA PETICIÓN DE CAMBIO (CR) 4219 REVISADA, LA CUAL FUE REEMITIDA PARA LOS CENTROS DE SERVICIOS MEDICARE Y MEDICAID (CMS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) EL 30 DE DICIEMBRE DE 2005.

Proveedores Afectados

Hematólogos y Oncólogos participantes en la demostración del 2006.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo de la Edición Especial de *Medlearn Matters* debe leerse conjuntamente con el artículo MM4219 de *Medlearn Matters*, el cual se relaciona a la Petición de Cambio (CR) 4219.

Este CR, titulado "Demostración de Oncología del 2006", le informa a los contratistas de Medicare acerca de la política de Medicare y los procedimientos que aplican en el procesamiento de reclamaciones para la Demostración de Oncología del 2006. Puede ver el MM4219 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4219.pdf>

Medicare realiza pagos adicionales en reclamaciones sometidas y relacionadas a esta demostración cuando tales reclamaciones contienen la información requerida para realizar el pago adicional y las reclamaciones se someten conjuntamente a una visita cualificada. Según se indica en el CR4219, un artículo separado de Edición Especial de *Medlearn Matters* se escribirá para proveerle a la comunidad oncológica información adicional sobre las guías de documentación y codificación. Este artículo de *Edición Especial* es para cumplir con lo indicado en el CR4219.

Medical Policy

DOCUMENTATION AND CODING GUIDELINES FOR MEDICARE'S 2006 ONCOLOGY DEMONSTRATION

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON JANUARY 3, 2006, TO REFLECT THAT IT RELATES TO THE REVISED CHANGE REQUEST (CR) 4219, WHICH WAS REISSUED BY THE CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES ON DECEMBER 30, 2005.

Provider Types Affected

Hematologists and oncologists participating in the 2006 demonstration

Provider Action Needed

This Medlearn Matters Special Edition article should be viewed in conjunction with Medlearn Matters article MM4219, which relates to Change Request (CR) 4219.

That CR, titled "2006 Oncology Demonstration," informs the Medicare carriers about the Medicare policy and claims processing procedures applicable to the 2006 Oncology Demonstration. MM4219 may be found at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4219.pdf> on the CMS website.

Medicare makes additional payments on claims submitted related to this demonstration when those claims contain the requisite information for making that additional payment, and the claims are submitted in conjunction with a qualifying visit. As noted in CR4219, a separate Medlearn Matters Special Edition article would be written to provide the oncology community with additional information on documentation and coding guidelines. This Special Edition article is for that specific purpose.

Cont. on next page

Política Médica

Trasfondo

Visión General

El propósito del Proyecto de Demostración de Oncología 2006 es capturar la gama de servicios que los oncólogos proveen a beneficiarios de Medicare con los tipos de cáncer enumerados en el SE0589 y el CR 4219. Otro propósito es determinar hasta qué punto las guías de práctica van a la par con el cuidado que proveen los hematólogos u oncólogos. A tales fines, el proyecto de demostración está preguntándoles cuál es el enfoque primario de cada visita de evaluación y manejo (E&M por sus siglas en inglés) (para capturar la gama), y con respecto a ese enfoque primario, si éste sigue o no las guías de práctica establecidas.

Participación

La participación en este proyecto es voluntaria y el médico participa al someter una reclamación por servicios (ejemplo: una visita establecida a oficina con nivel 2, 3, 4, ó 5 con tres códigos "G", uno de cada categoría) a su Contratista de Medicare. La demostración sólo aplica a visitas E&M con pacientes que tienen diagnóstico en una de las 13 categorías enumeradas, y donde el enfoque primario de la visita es el manejo de ese cáncer, sus complicaciones y las complicaciones de su tratamiento. Las visitas elegibles deben incluir en la reclamación el código ICD-9 para uno de los diagnósticos de cáncer incluidos y ese cáncer debe estar primero en la lista de diagnósticos de cáncer en la reclamación. El cáncer no tiene que ser el primero en la lista de todos los diagnósticos.

Medicare otorga pago adicional en el caso de reclamaciones que contienen la información necesaria solicitada en esa demostración. Se deben someter tres códigos "G" por separados, uno de cada categoría, por cada reclamación sometida para cualificar para dicho pago. Por ejemplo, un código para el estatus de la enfermedad, uno para el enfoque primario de la visita y uno para la concordancia con las guías.

Medical Policy

Background

Overview

The purpose of the 2006 oncology demonstration project is to capture the spectrum of services oncologists provide to Medicare beneficiaries with the listed cancers in SE0589 and CR 4219. Another purpose is to determine to what extent practice guidelines parallel care that hematologists/oncologists provide.

To those ends, the demonstration project is asking what the primary focus is of each evaluation and management (E & M) visit (to capture the spectrum), and with respect to that primary focus, whether or not the care follows practice guidelines.

Participation

Participation in this project is voluntary and the physician participates by filing a claim for services (i.e. a level 2, 3, 4, or 5 established office visit with three separate G codes, one from each category) with the Medicare carrier. The demonstration only applies to E & M visits with patients who have a diagnosis in one of the 13 listed categories, and where the primary focus of the visit is management of that cancer, its complications, and the complications of its treatment. Eligible visits should include an ICD-9 code on the claim for one of the included cancers, and that cancer should be the first listed cancer diagnosis on the claim form. The cancer does not need to be the first listed diagnosis of any kind on the claim form.

Medicare does make additional payment on claims containing the necessary information requested in this demonstration. Three separate G codes, one from each category, must be supplied for each submission to qualify for that payment – i.e., one code for disease status, one for the primary focus of the visit, and one for guideline adherence.

Cont. on next page

Política Médica

Documentación

Los Médicos deben identificar el código “G” apropiado para:

- Enfoque primario de la visita
- Estatus actual de la enfermedad
- Concordancia con las guías establecidas

Los médicos deben también suministrar documentación en la hoja de tratamiento (“chart”) del paciente para poder facturar por concepto de la demostración, según se describe más adelante. Los Contratistas Locales de Medicare han sido informados que no se impondrán requisitos adicionales de documentación.

Una alternativa, que satisface completamente los requisitos de documentación, es identificar la fuente de la guía consultada (*American Society of Clinical Oncology, National Comprehensive Cancer Network*, ambas, o “ninguna guía disponible”) para informar el nivel de concordancia con las guías y anotar en el “chart” para que refleje dicha fuente, utilizando una frase como:

- Proyecto de demostración – ASCO;
- Proyecto de demostración – NCCN;
- Proyecto de demostración - ASCO & NCCN, o BOTH
- Proyecto de demostración – Ninguna guía disponible, o NONE o,
- Proyecto de demostración – Ensayo clínico, o CT

No es necesario informar el título de la guía en específico que fue consultada. Debe utilizarse el término “*Demonstration Project – Clinical Trial*” cuando el paciente es participante de un ensayo clínico IRB aprobado, relevante al servicio prestado durante esa visita. Los médicos no tienen que proveer documentación adicional en el récord del paciente más allá de los elementos enumerados anteriormente. Un enfoque alternativo a la documentación podría ser utilizar una plantilla (ejemplo: un flujo grama), lo cual también cumpliría con los requisitos bajo la demostración. Si se utiliza ese flujo grama, entonces los médicos no tienen que proveer documentación adicional alguna en el récord del paciente. Los contratistas locales han recibido instrucciones para que no impongan requisitos de documentación adicionales.

Medical Policy

Documentation

Physicians must identify the appropriate G-code for:

- *Primary focus of visit*
- *Current disease state*
- *Adherence to guidelines*

Physicians must also supply documentation in the patient chart in order to bill for the demonstration as described below. Local Medicare carriers have been advised that further documentation requirements are not to be imposed.

One alternative, that fully satisfies the documentation requirements, is to identify the source of the guideline (the American Society of Clinical Oncology, National Comprehensive Cancer Network, both, or “no guideline available”) consulted for reporting of guideline adherence and annotating the chart to reflect that source, using a phrase such as:

- *Demonstration project – ASCO;*
- *Demonstration project – NCCN;*
- *Demonstration project – ASCO & NCCN, or BOTH;*
- *Demonstration project – No guideline available, or NONE or;*
- *Demonstration project – Clinical Trial, or CT.*

Reporting the title of the specific guideline that was consulted is not required. “Demonstration Project – Clinical Trial” should be used when the patient is on an IRB-approved clinical trial relevant to the service delivered during that visit. Physicians do not have to provide additional documentation in the patient record beyond the elements listed above. An alternative approach to documentation would be to use a template (e.g., “a flowsheet”), which would also fulfill all requirements under the demonstration. An example of such a template is included at the end of this article. The use of a documentation template such as the example provided fulfills all documentation requirements under the demonstration. If such a template is used, then physicians do not have to provide any additional documentation in the patient record. Local carriers are instructed to not impose additional documentation requirements.

Cont. on next page

Política Médica

Guías de Codificación

Intención de las guías de codificación

CMS está publicando esta guía con el fin de asegurar que lo que se informa a través de la comunidad oncológica sea uniforme y que los datos sean significativos. La guía que se publica a continuación intenta aclarar algunas de las distinciones entre códigos y contextualizarlos dentro de los objetivos generales del proyecto de demostración.

Enfoque Primario de la Visita

El médico primario que brinda el tratamiento debe determinar aquel código que mejor refleja el enfoque primario de esa visita de evaluación y manejo (E & M) en ese día en particular. Se presume que en la mayoría de las visitas de E & M se atienden diferentes asuntos, así que los médicos deben hacer lo que, al momento, les parezca la mejor opción. A continuación presentamos una descripción narrativa y un ejemplo teórico para cada código.

G9050 Oncology Work-up Evaluation

Este código debe utilizarse para visitas donde el paciente se evalúa o reevalúa antes o después de un curso de tratamiento o un curso de tratamiento contemplado. Se presume que tales visitas ocurren usualmente cuando existe información insuficiente acerca de la extensión de la enfermedad u otras características de la enfermedad que apoyen la toma de decisiones en relación al tratamiento.

G9051 Oncology Treatment Decision/ Treatment Management

Este código debe utilizarse para todas las visitas donde se ofrece, se describe o se discute una terapia dirigida hacia el tratamiento de cáncer, se provee terapia por el médico que codifica o por otro médico (por ejemplo, la radioterapia provista en otra instalación), o cuando se está evaluando el efecto de la terapia.

Este código debe utilizarse para visitas en donde el curso de tratamiento del paciente se altera (por ejemplo, cuando se reducen las dosis), durante días libre de tratamiento (“treatment holidays”) y visitas donde el enfoque del tratamiento es el

Medical Policy

Coding Guidance

Intent of the coding guidance

CMS is issuing this guidance to help ensure that reporting throughout the oncology community is consistent and data are meaningful. The guidance issued below is intended to clarify some of the distinctions between codes, and contextualize them within the general goals of the demonstration project.

Primary Focus of the Visit

The primary treating physician should determine the single code that best reflects the primary focus of that E & M visit on that particular day. It is assumed that many different issues are addressed in most E & M visits, and so physicians should make what to them seems the best choice. A narrative description of each code and a theoretical example follow.

G9050 Oncology Work-up Evaluation

This code should be used for visits where the patient is being evaluated or reevaluated prior to or after a treatment course or contemplated treatment course. It is assumed that such visits occur usually when there is insufficient information about extent of disease or other characteristics of disease to support informed treatment decision making.

G9051 Oncology Treatment Decision/ Treatment Management

This code should be used for all visits in which cancer directed therapy is being offered, described or discussed, therapy is being provided by the coding physician or by another physician (for instance, radiation therapy delivered at another facility), or the effect of therapy is being evaluated.

This code should also be used for visits in which the patient’s treatment course is altered (such as when doses are reduced), during treatment “holidays”, and visits where the focus is management of toxicities or

Cont. on next page

Política Médica

manejo de toxicidades o complicaciones de tratamiento. La terapia dirigida al cáncer incluye terapias hormonales y otras terapias provistas por periodos de tiempo extendidos para prevenir la recurrencia o recaída de la enfermedad.

G9052 Oncology Surveillance for Disease

Este código debe utilizarse para visitas de pacientes:

- Que han completado terapia definitiva dirigida al cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia, o su combinación);
- De los cuales no se tiene evidencia definitiva de enfermedad “activa” al presente;
- A los cuales muy probablemente se les brindará tratamiento adicional (cirugía, radioterapia, quimioterapia) en el caso de una recurrencia de la enfermedad;
- Cuyo enfoque primario de la visita es coordinar y explicar la vigilancia de la enfermedad, o interpretar y explicar los resultados de dicha vigilancia.

G9053 Oncology Expectant Management of Patient

Este código debe utilizarse para visitas de pacientes que:

- Han completado la terapia definitiva dirigida al cáncer, o para quienes tal tratamiento ha sido diferido (cirugía, radioterapia, quimioterapia, o combinación);
- Tienen evidencia que sugiere enfermedad, ya sea radiológica, clínica, o bioquímica;
- Posiblemente se le ofrezca tratamiento activo adicional (cirugía, radioterapia, quimioterapia) en el contexto de progresión de la enfermedad (en un lugar de servicio primario o distante);
- Cuyo enfoque primario de la visita es coordinar y explicar el manejo esperado, o interpretar y explicar los resultados de dicho manejo.

G9054 Oncology Supervision Palliative

Este código debe utilizarse para visitas de pacientes que satisfacen los siguientes criterios:

- La terapia dirigida al cáncer que se espera prolongue la vida no se está administrando;

Medical Policy

complications of treatment. Cancer directed therapy includes hormonal therapies and other therapies given for extended periods of time to prevent disease recurrence or relapse.

G9052 Oncology Surveillance for Disease

This code should be used for visits for patients who:

- *Have completed definitive cancer-directed therapy (surgery, radiotherapy, chemotherapy, or combination);*
- *Have no definitive evidence of “active” disease at present;*
- *In whom further treatment (surgery, radiotherapy, chemotherapy) would likely be considered in the setting of disease recurrence;*
- *The primary focus of the visit is coordinating and explaining disease surveillance, or interpreting and explaining the results of that surveillance.*

G9053 Oncology Expectant Management of Patient

This code should be used for visits for patients who:

- *Have completed definitive cancer-directed therapy, or in which such treatment has been deferred (surgery, radiotherapy, chemotherapy, or combination);*
- *Have suggestive radiologic, clinical, or biochemical evidence of disease;*
- *Would likely be offered further active treatment (surgery, radiotherapy, chemotherapy) in the setting of disease progression (at primary or distant site);*
- *The primary focus of the visit is coordinating and explaining expectant management, or interpreting and explaining the results of that management.*

G9054 Oncology Supervision Palliative

This code should be used for visits for patients who meet the following criteria:

- *Cancer-directed therapy expected to prolong life is not being provided;*

Cont. on next page

Política Médica

- No se espera que tal terapia dirigida al cáncer será provista u ofrecida en el futuro;
- El paciente tiene cáncer activo o se sospecha que lo tiene, y se espera que el cáncer progrese;
- El enfoque primario de la visita es manejar, coordinar y explicar el tratamiento paliativo de la enfermedad.

La terapia dirigida al cáncer como un paliativo de los síntomas pudiera brindarse o coordinarse en estas visitas. Por ejemplo, radioterapia paliativa para metástasis ósea o quimioterapia para el alivio de síntomas.

G9055 Oncology Visit Unspecified

Este código debe utilizarse para visitas donde el enfoque primario es otro que no está incluido en las opciones enumeradas.

Medical Policy

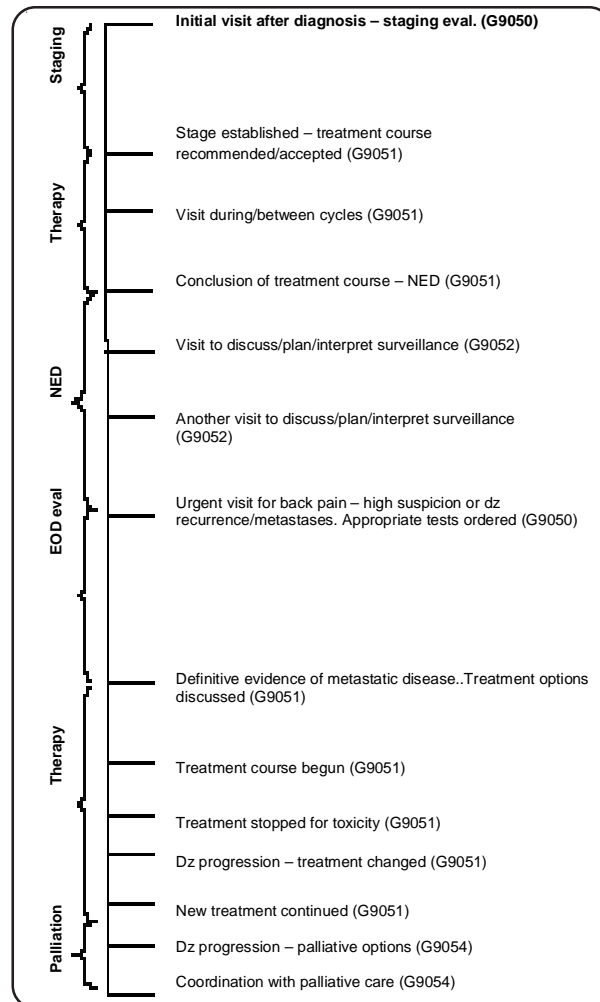
- *It is not expected that such cancer directed therapy would be provided or offered in the future;*
- *The patient has active or suspected cancer that is expected to progress;*
- *The primary focus of the visit is managing, coordinating and explaining disease palliation.*

Cancer directed therapy aimed at palliation of symptoms might be provided or coordinated in these visits e.g., palliative radiation therapy for bone metastases or chemotherapy for symptom alleviation.

G9055 Oncology Visit Unspecified

This code should be used for visits in which the primary focus is other than any of the listed options.

Un Paciente Teórico / A Theoretical Patient



Cont. on next page

Política Médica

Concordancia con las Guías

El médico que provee tratamiento debe escoger un solo código que mejor refleje si el manejo del paciente concuerda con las guías de la práctica. Si el manejo del paciente no concuerda con las guías de la práctica, debe enumerar la mejor razón por la que no concuerda.

G9056 Oncology Practice Guidelines (Management adheres to guidelines)

Los detalles específicos de cuándo escoger este código se discuten a continuación, al describir cómo la concordancia con las guías debe evaluarse con respecto al enfoque primario de la visita.

G9057 Oncology Practice Guidelines (Management differs from the guidelines as a result of enrollment in clinical trial)

Este código se reserva para pacientes que participan en un ensayo clínico aprobado por una junta examinadora institucional, la cual determina el cuidado que se provee en esa visita. Esto será más relevante a visitas donde el enfoque primario es en el tratamiento, aunque algunos protocolos puedan incluir una variación experimental en la evaluación, vigilancia, manejo esperado o tratamiento paliativo. Si el enfoque primario de la visita (por ejemplo que sea el tratamiento) es el objeto del experimento, debe someterse este código. Si el enfoque primario de la visita corresponde a una categoría distinta a la evaluada en el ensayo clínico, entonces el médico de tratamiento debe determinar si el manejo concuerda con lo establecido en las guías.

Nota: Las guías NCCN especifican la participación en un ensayo clínico como una estrategia de manejo recomendada. Para los propósitos de esta demostración, si el manejo difiere del especificado en las guías debido a la suscripción del paciente en un ensayo clínico aprobado por una junta examinadora, debe informarse el código G9057, según se describe arriba.

G9058 Oncology Practice Guidelines (Management differs from the guidelines as a result of enrollment in clinical trial)

Este código se reserva para el manejo que difiere de las guías debido a que el médico de tratamiento está en desacuerdo con las recomendaciones incluidas en la guía.

Medical Policy

Guideline Adherence

The treating physician should choose the single code that best reflects whether or not patient management adheres to practice guidelines, and if not, the best listed reason why not.

G9056 Oncology Practice Guidelines (Management adheres to guidelines)

Specifics about when to choose this code are discussed below in the section describing how guideline adherence should be evaluated with respect to the primary focus of the visit.

G9057 Oncology Practice Guidelines (Management differs from the guidelines as a result of enrollment in clinical trial)

This code is reserved for patients who are on an institutional review board approved clinical trial that dictates the care being provided in that visit. This will most often be relevant to visits in which the primary focus is on treatment, although some protocols may include experimental variation in evaluation, surveillance, expectant management, or palliation. If the primary focus of the visit (e.g. treatment) is the subject of the experiment, this code should be submitted. If the primary focus of the visit belongs to a category other than the one being evaluated in the clinical trial, then the treating physician should determine if that management adheres to guidelines.

Note: *NCCN guidelines specify participation in a clinical trial as a recommended management strategy. For the purposes of this demonstration, if management differs from that specified in guidelines due to the patient's enrollment on an institutional review board approved clinical trial, G9057 should be reported as described above.*

G9058 Oncology Practice Guidelines (Management differs from the guidelines because the physician disagrees with the guidelines)

This code is reserved for management that differs from guidelines because the treating physician disagrees with the recommendations included in the guideline.

Cont. on next page

Política Médica

G9059 Oncology Practice Guidelines (Management differs from the guidelines because the patient opts for different treatment)

Este código se reserva para situaciones donde el manejo difiere de las guías porque el paciente ha escogido recibir terapia alternativa o ninguna terapia, a pesar de que el médico recomienda manejo que es paralelo a la guía.

G9060 Oncology Practice Guidelines (Management differs from guidelines for reasons associated with patient illness)

Este código se reserva para las situaciones donde el manejo difiere de las guías porque el estatus de rendimiento del paciente, una enfermedad co-mórbida, u otras limitaciones excluyen la recomendación de manejo en las guías.

G9061 Oncology Practice Guidelines (Patient's condition not addressed by guidelines)

Este código se reserva para las situaciones donde el tratamiento o el manejo recomendado del cáncer específico del paciente y el estatus de la enfermedad no está contemplado en las guías.

G9062 Oncology Practice Guidelines (Management differs from guidelines for other reasons)

Este código se reserva para situaciones donde el manejo difiere de las guías, pero la razón no aplica a ninguna de las anteriores.

Estatus de la Enfermedad

El médico que provee el servicio de Evaluación y Manejo (E&M) ese día debe determinar un solo código que mejor represente el estatus de enfermedad del cáncer del paciente. El código de estatus de la enfermedad debe ser relevante al cáncer que representa el primer diagnóstico de *cáncer* escrito en el formulario de reclamaciones (no necesariamente el primer diagnóstico de *todos* los diagnósticos enumerados).

Note que mientras existen 68 códigos de enfermedad en total, para un paciente determinado con diagnóstico elegible, sólo un margen de 3 a 6 códigos (dependiendo del diagnóstico en específico) necesita considerarse.

Medical Policy

G9059 Oncology Practice Guidelines (Management differs from the guidelines because the patient opts for different treatment)

This code is reserved for situations in which management differs from guidelines because the patient has chosen to receive alternative therapy or no therapy, despite the physician recommending management that parallels guidelines.

G9060 Oncology Practice Guidelines (Management differs from guidelines for reasons associated with patient illness)

This code is reserved for situations in which management differs from the guidelines because the patient's performance status, co-morbid illness, or other limitations preclude the management recommended in the guidelines.

G9061 Oncology Practice Guidelines (Patient's condition not addressed by guidelines)

This code is reserved for situations in which the recommended treatment or management for the patient's specific cancer and disease status is not addressed in the guidelines.

G9062 Oncology Practice Guidelines (Management differs from guidelines for other reasons)

This code is reserved for situations in which the management differs from the guidelines for a reason not listed above.

Disease Status

The physician providing the E&M service on that day should determine the single code that best represents the disease status of the patient's cancer. The disease status code should be relevant to the cancer that is the first listed cancer diagnosis on the claim form (not necessarily the first listed diagnosis).

Note that, while there are 68 disease codes in total, for any given patient with an eligible diagnosis, a range of only 3 to 6 codes (depending on the specific diagnosis) needs to be considered.

Cont. on next page

Política Médica

El estatus de la enfermedad debe basarse en los mejores datos disponibles al momento de la visita, a menos que se especifique lo contrario. No se deben realizar exámenes o pruebas diagnósticas adicionales para determinar el estatus de la enfermedad para fines de este proyecto de demostración.

Determinando si el Manejo Concuerda con las Guías – Evaluando las Guías basado en el Enfoque Primario de la Visita

El enfoque primario de la visita, según se documenta, debe concordar con las guías a ser evaluadas. Si, por ejemplo, el foco primario de la visita es una evaluación completa, entonces las guías que deben utilizarse como referencia son aquellas que describen las recomendaciones para la evaluación completa. A continuación se encuentra una tabla sencilla, acompañada de una lista de puntos a considerar en las guías cuando se codifica para concordancia con las mismas para determinar el enfoque en particular de una visita, seguido por una descripción narrativa.

Medical Policy

Disease status should be based on the best available data at the time of the visit, unless otherwise specified. No additional diagnostic tests or evaluations should be performed for the purposes of further determining disease status for the purposes of this demonstration project.

Determining if Management is Adherent to Guidelines – Evaluating Guidelines based on the Primary Focus of Visit

The primary focus of the visit as documented should link to the guidelines that are to be evaluated. If the primary focus of the visit is work-up/evaluation, for instance, then the guidelines that should be referenced are those that describe the recommendations for work-up/evaluation. What follows is a simple table and accompanying list of items to consider in the guidelines when coding for guideline adherence for a particular focus of a visit, followed by a narrative description.

Focus of the visit:	What to look for:
G9050 Oncology work-up evaluation	Compare tests obtained to those recommended in guidelines
G9051 Oncology treatment decision/treatment management	Compare chemotherapy, hormonal therapy, immunotherapy, and radiotherapy treatments offered or provided to those recommended in guidelines
G9052 Oncology surveillance for disease	Compare surveillance approach, such as tests and frequency of tests, to that recommended in guidelines
G9053 Oncology expectant management of patient	Compare expectant management approach, such as tests and frequency of tests, to that recommended in guidelines
G9054 Oncology supervision of palliative therapies	Compare management of patient's primary symptom, complaint, or complication in that visit to that recommended in guidelines
G9055 Oncology visit unspecified	Compare relevant management to relevant guidelines

G9050 Oncology work-up evaluation

Al codificar para concordancia con las guías, compare las pruebas enumeradas en las guías para un diagnóstico inicial o evaluación de recurrencia a lo que se le está ordenando al paciente. Si hay una similitud amplia, con la mayor parte o todas las pruebas ordenadas/obtenidas, y pocas o ninguna de las pruebas ordenadas/obtenidas que no fueron recomendadas, codifique que el manejo concuerda con las guías de la práctica.

G9050 Oncology work-up evaluation

When coding for guideline adherence, compare the tests listed in the guidelines for initial diagnosis or evaluation of recurrence to what is being ordered for the patient. If largely similar, with most or all recommended tests ordered/obtained and few or no tests ordered/obtained that are not recommended, code that management adheres to practice guidelines.

Cont. on next page

Política Médica

G9051 Oncology treatment decision/treatment management

Cuando se codifica para concordancia con las guías, compare los tratamientos dirigidos al cáncer activo (específicamente quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y/o radioterapia) que se están discutiendo, ofreciendo o proveyendo, con los tratamientos que se están recomendando en las guías. Si los tratamientos que se recomiendan se están ofreciendo o proveyendo y los tratamientos que no se recomiendan, no se están ofreciendo o proveyendo, entonces, codifique que el manejo concuerda con las guías de práctica.

1. Tratamientos de quimioterapia, terapia hormonal e inmunoterapia que se ofrecen o se están proveyendo deben considerarse paralelos a las guías y como “por la misma línea” de terapia que se recomienda, si se están proveyendo como parte de una combinación recomendada, en las dosis y por el número de ciclos o duración recomendados (o en dosis o números de ciclos reducidos por razones específicas del paciente).
2. La radioterapia debe codificarse como que concuerda con las guías si el paciente ha sido recomendado para recibir radioterapia, si ha sido referido para radioterapia o si recibe o ha recibido radioterapia.
3. Si se recomienda terapia de múltiple modalidad, el tratamiento debe codificarse como que concuerda con las guías si todas las modalidades que se ofrecen o se proveen satisfacen los criterios indicados en los puntos 1 y 2 arriba.

Nota: La terapia quirúrgica no es un enfoque del proyecto de demostración, de modo que no se espera que el médico de tratamiento evalúe cuán apropiado es el cuidado quirúrgico en el contexto de las guías para el propósito de identificar el código G apropiado.

G9052 Oncology surveillance for disease

Al codificar para la concordancia con las guías, compare las pruebas y frecuencias enumeradas en las guías para la vigilancia de la enfermedad con las pruebas y las frecuencias recomendada

Medical Policy

G9051 Oncology treatment decision/treatment management

When coding for guideline adherence, compare the active cancer directed treatments (specifically chemotherapy, hormonal therapy, immunotherapy and/or radiotherapy) that are being discussed, considered, offered, or provided to those recommended in the guidelines. If treatment(s) that are recommended are being offered or provided, and treatment(s) that are not recommended are not being offered or provided, then code that management adheres to practice guidelines.

1. *Chemotherapy, hormonal therapy, and immunotherapy treatments that are offered or being provided should be considered to parallel guidelines if they are being provided as part of a recommended combination, at the doses and for the number of cycles or duration that is recommended (or at reduced doses or number of cycles for patient specific reasons), and as the “line” of therapy that is recommended.*
2. *Radiotherapy should be coded as adherent to guidelines if the patient has been recommended to receive radiotherapy, been referred for radiotherapy, or is receiving/has received radiotherapy.*
3. *If multi-modality therapy is recommended, treatment should be coded as adherent to guidelines if all modalities are offered or provided, meeting the criteria listed in 1 and 2 above.*

Note: *Surgical therapy is not a focus of this demonstration project, so the treating physician is not expected to assess the appropriateness of surgical care in the context of guidelines for the purpose of identifying the appropriate G code.*

G9052 Oncology surveillance for disease

When coding for guideline adherence, compare the tests and frequencies listed in the guidelines for disease surveillance with the tests and frequencies recommended in the guidelines. If

Cont. on next page

Política Médica

en las guías. Si resultan ampliamente similares con la mayor parte de las pruebas recomendadas ordenadas/obtenidas en aproximadamente los intervalos recomendados, con pocas o ninguna prueba ordenada/obtenida que no fueron recomendadas, codifique que el manejo concuerda con las guías de la práctica.

G9053 Oncology expectant management of patient

Al codificar para concordancia con las guías, compare con las pruebas y frecuencias enumeradas en las guías para manejo esperado con las pruebas y frecuencias recomendadas en las guías. Si resultan ampliamente similares con la mayor parte de las pruebas recomendadas ordenadas/obtenidas en aproximadamente los intervalos recomendados, con pocas o ninguna prueba ordenada/obtenida que no fueron recomendadas, codifique que el manejo concuerda con las guías de la práctica.

G9054 Oncology supervision of palliative therapies

Al codificar para concordancia con las guías relacionadas a este código, debe consultar las guías relevantes al cuidado de apoyo y paliativos. El cuidado paliativo de alta calidad es por naturaleza multidimensional, haciendo que su realización sea un reto y su codificación para concordancia con las guías, trabajoso. Para simplificar la participación en el proyecto de demostración, el médico que codifica debe informar si el síntoma primario, queja o complicación del paciente que se está manejando en esa visita, se está manejando de acuerdo a las guías de práctica, según lo determinó el médico de tratamiento.

G9055 Oncology visit unspecified

Al codificar para la concordancia con la guía para este código, las guías que cubren el servicio relevante deben consultarse, o si ninguna guía existiese, se debe informar eso.

Información Adicional

Para información adicional, puede ver el artículo MM4219 de *Medlearn Matters*, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4219.pdf>.

Medical Policy

largely similar, with most or all recommended tests ordered/obtained at approximately the recommended intervals, and few or no tests ordered/obtained that are not recommended, code that management adheres to practice guidelines

G9053 Oncology expectant management of patient

When coding for guideline adherence, compare the tests and frequencies listed in the guidelines for expectant management with the tests and frequencies recommended in the guidelines. If largely similar, with most or all recommended tests ordered/obtained at approximately the recommended intervals, and few or no tests ordered/obtained that are not recommended, code that management adheres to practice guidelines.

G9054 Oncology supervision of palliative therapies

When coding for guideline adherence in association with this code, the relevant guidelines on supportive care and palliation should be consulted. High quality palliative care is by its nature multi-dimensional in nature, making its delivery challenging, and making coding for guideline adherence burdensome. To simplify participation in the demonstration project, the coding physician should report whether the patient's primary symptom, complaint, or complication that is being managed in that visit is being managed according to practice guidelines, as judged by the treating physician.

G9055 Oncology visit unspecified

When coding for guideline adherence in association with this code, the guidelines covering the relevant service should be consulted, or if no guidelines exist, that should be reported.

Additional Information

For additional information, please see Medlearn Matters article MM4219, which can be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4219.pdf> on the CMS web site. CR4219,

Cont. on next page

Política Médica

Para detalles completos, refiérase al CR4219, la instrucción oficial emitida a su contratista, el cual encontrará en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R36DEMO.pdf>

Ejemplo de un Flujoograma de Documentación

En la siguiente página hay ejemplo de un flujoograma que puede incluirse en la hoja de tratamiento (“chart”) de un paciente con cáncer de seno. Se ha documentado datos hipotéticos para una visita que ocurrió el 1ro de enero de 2006.

Para utilizar este flujoograma para una visita de un día específico, el médico de tratamiento indica un código para cada una de las primeras dos áreas y anota en el flujoograma para indicar la guía que se consultó para esa visita, próximo al código relevante en la categoría de concordancia con las guías.

Si se completa de esta forma, este flujoograma satisface todos los requisitos de documentación. La fuente de la guía se puede anotar como sigue: *American Society of Clinical Oncology (ASCO), National Comprehensive Cancer Network (NCCN), ambas guías consultadas (BOTH), no hay guía disponible (NONE), paciente en Clinical Trial (CT).*

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

Medical Policy

the official instruction issued to your carrier may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R36DEMO.pdf> on the CMS web site.

Example of a Documentation Flowsheet

On the following page, there is an example of a flowsheet that could be included in the chart of a patient with breast cancer. Hypothetical data have been entered for one visit, occurring on January 1st, 2006.

To use this flowsheet, the treating physician, for a visit on a particular day, checks one code from each of first two areas, and annotates the flowsheet to designate the guideline that was consulted for that visit next to the relevant code in the guideline adherence category.

Completed in this manner, this flowsheet would satisfy all documentation requirements. The source of the guideline can be annotated as follows: American Society of Clinical Oncology (ASCO), National Comprehensive Cancer Network (NCCN), both guidelines consulted (BOTH), no guideline available (NONE), patient on Clinical Trial (CT).

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

Pub. 12-30-05 /Trans. R36DEMO/SE0588/01-25-06/ML-RRC

Medical Policy

Date 1/1/06						Primary Focus of Visit
						G9050 Work-up, evaluation, or staging at the time of cancer diagnosis or recurrence
X						G9051 Treatment decision-making after disease is staged or restaged, Discussion of treatment options, supervising/coordinating active cancer directed therapy or managing consequences of cancer directed therapy
						G9052 Surveillance for disease recurrence for patient who has completed definitive cancer-directed therapy and currently lacks evidence of recurrent disease; cancer directed therapy might be considered in the future
						G9053 Expectant management of patient with evidence of cancer for whom no cancer directed therapy is being administered or arranged at present; cancer directed therapy might be considered in the future
						G9054 Supervising, coordinating or managing care of patient with terminal cancer or for whom other medical illness prevents further cancer treatment; includes symptom management, end-of-life care planning, management of palliative therapies
						G9055 Other, unspecified service not otherwise listed
						Disease State
						G9071 Invasive female breast cancer (does not include ductal carcinoma in situ); adenocarcinoma as predominant cell type; Stage I or Stage IIA-IIB; or T3, N1, M0; and ER and/or PR positive; with no evidence of disease progression, recurrence, or metastases
X						G9072 Invasive female breast cancer (does not include ductal carcinoma in situ); adenocarcinoma as predominant cell type; Stage I or Stage IIA-IIB; or T3, N1, M0; and ER and PR negative; with no evidence of disease progression, recurrence, or metastases
						G9073 Invasive female breast cancer (does not include ductal carcinoma in situ); adenocarcinoma as predominant cell type; Stage IIIA-IIIIB; and not T3, N1, M0; and ER and/or PR positive; with no evidence of disease progression, recurrence, or metastases
						G9074 Invasive female breast cancer (does not include ductal carcinoma in situ); adenocarcinoma as predominant cell type; Stage IIIA-IIIIB; and not T3, N1, M0; and ER and PR negative; with no evidence of disease progression, recurrence, or metastases
						G9075 Invasive female breast cancer (does not include ductal carcinoma in situ); adenocarcinoma as predominant cell type; M1 at diagnosis, metastatic, locally recurrent, or progressive
						G9076 Invasive female breast cancer (does not include ductal carcinoma in situ); adenocarcinoma as predominant cell type; extent of disease unknown, under evaluation, pre-surgical or not listed
						Practice Guideline Use
ASCO						G9056 Management adheres to guidelines
						G9057 Management differs from guidelines as a result of patient enrollment in an institutional review board approved clinical trial
						G9058 Management differs from guidelines because the treating physician disagrees with guideline recommendations
						G9059 Management differs from guidelines because the patient, after being offered treatment consistent with guidelines, has opted for alternative treatment or management, including no treatment
						G9060 Management differs from guidelines for reason(s) associated with patient comorbid illness or performance status not factored into guidelines
						G9061 Patient's condition not addressed by available guidelines
						G9062 Management differs from guidelines for other reason(s) not listed

Política Médica

PAGO DE VISITAS DE EVALUACIÓN Y MANEJO (CODES 99201-99215)

Para facturar los servicios de Evaluación y Manejo (E/M) es necesario aclarar diferencia entre “paciente nuevo” y “práctica médica grupal” de la misma especialidad. Medicare define a un “paciente nuevo” como aquel paciente que no ha recibido servicios médicos profesionales en tres años de algún médico que forme parte del grupo (práctica médica grupal) o de la misma especialidad. No se pagarán dos visitas de E/M (99201-99215) a médicos de la misma especialidad o mismo grupo en el mismo día.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) no aprueban pagos por visita (99211) cuando se factura con la administración de medicamentos (quimioterapia, no quimioterapia). Esta política está vigente a partir del 1 de enero de 2004. La política fue ampliada para incluir códigos de inyección diagnóstico o de tratamiento. Las visitas de oficina que sean médicamente necesarias durante el mismo día en que se administra el medicamento se pagarán con el uso del modificador 25, excluyendo el código 99211. El uso del modificador implica que la administración del medicamento es un servicio separado de la Evaluación y Manejo.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede ver esta instrucción (CR4032) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4032.pdf>.

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

Medical Policy

EVALUATION & MANAGEMENT VISITS PAYMENT (CODES 99201-99215)

To bill Evaluation and Management (E/M) Services it is necessary we clarify the difference between “new patient” and “medical group practice” of the same specialty. Medicare defines a “new patient” as one who has not received professional medical services within the previous three years or from a physician that is member of the group (medical group practice) and is of the same specialty. Medicare is not going to pay two E/M visits (99201-99215) to physicians of the same specialty or of the same group in the same day.

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) do not approve of payments for visits (99211) when it is billed with the administration of drugs (chemotherapy, non chemotherapy). This policy is effective since January 1, 2004. The policy was extended to include diagnostic or therapeutic injection code. The office visits that are medically necessary during the same day that the drug is administered will be paid with the use of modifier 25, excluding code 99211. The use of the modifier implies that the administration of the drug is a separate service from the Evaluation and Management.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR4019) may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4032.pdf> on the CMS web site.

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

CR 4032 / Trans 731 / MM 4032

Política Médica

SERVICIOS DE CONSULTA - CÓDIGOS CPT 99241 – 99255

Proveedores Afectados

Médicos y profesionales de la salud (NPPs por sus siglas en inglés) cualificados que facturan a Contratistas de Medicare de la Parte B por servicios de la Parte B.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4215, la cual revisa el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04, Capítulo 12, Sección 30.6.10) con los nuevos códigos CPT del 2006 para visitas de seguimiento y evaluaciones para una segunda opinión médica, a partir del mes de enero de 2006.

El CR 4215 trata el tema de la política para consultas de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para aclarar definiciones, requisitos de documentación, cuándo y quién puede llevar a cabo o informar una consulta, un servicio de evaluación y manejo dividido o compartido, y sobre profesionales de la salud. También incluye ejemplos revisados y actualizados de consultas.

Observe, además, que los códigos CPT 99261–99263 (*hospital inpatient follow-up consultations*) y los códigos CPT 99271–99275 (*confirmatory consultations*) se eliminan a partir del 1 de enero de 2006.

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

Trasfondo

La Petición de Cambio (CR) 4215 revisa el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04, Capítulo 12, Sección 30.6.10) para incluir aclaraciones a las políticas e identifica los nuevos cambios en codificación para el 2006 hechos por el Manual de Códigos de Procedimientos (CPT), de la *American Medical*

Medical Policy

CONSULTATION SERVICES - CPT CODES 99241 – 99255

Provider Types Affected

Physicians and qualified non-physician practitioners (NPPs) billing Medicare carriers for Part B services

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4215, which revises the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04, Chapter 12, Section 30.6.10) with the correct new CPT codes for 2006 to use for follow-up visits and second opinion evaluations beginning January 2006.

CR4215 addresses the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) consultation policy clarifications regarding the definition, documentation requirements, when and by whom a consultation may be performed/reported, a split/shared evaluation and management service, and nonphysician practitioners. It also includes revised and updated consultation examples. Note also that CPT codes 99261 - 99263 (hospital inpatient follow-up consultations) and CPT codes 99271 - 99275 (confirmatory consultations) are deleted effective January 1, 2006.

Please see the Background section of this article for further details regarding these changes.

Background

Change Request (CR) 4215 revises the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04, Chapter 12, Section 30.6.10) with policy clarifications and identifies the new 2006 coding changes made by the American Medical Association (AMA) Current Procedural Terminology (CPT) for physicians and qualified non-physician practitioners

Cont. on next page

Política Médica

Association (AMA), para médicos y NPPs cualificados*. A partir del 1 de enero de 2006, los médicos y NPPs cualificados necesitan esos nuevos códigos para informar visitas de seguimiento seguidas de servicios de consulta y para evaluaciones para una segunda opinión. El CR 4215 explica cómo informar servicios de Evaluación y Manejo (E&M) luego proveer un servicio de consulta, e incluso luego de evaluaciones para una segunda opinión. Además, provee aclaraciones sobre:

- La definición de una “consulta” - cuándo se factura y quién la puede facturar.
- “Visitas Divididas o Compartidas” – no se pueden realizar o informar como “servicios de consulta”; y
- Los NPPs cualificados pueden realizar consultas cuando se cumpla con los requisitos establecidos; **además actualiza**
- Los requisitos de documentación para el médico o NPP cualificado que refiere, así como ejemplos de consultas.

Basado en los cambios de codificación del nuevo CPT del 2006, las visitas de seguimiento a servicios de consulta se informarán con los siguientes códigos de Cuidado Hospitalario Subsiguiente **dentro de una instalación hospitalaria**, y con los nuevos códigos de Visita Subsiguiente en un Centro de Enfermería (NF) **dentro de las instalaciones de un Centro de Enfermería**:

Description	CPT Codes
Subsequent Hospital Care codes	99231 – 99233
Subsequent Nursing Facility (NF) Care codes	99307 – 99310

A partir del 1 de enero de 2006, los siguientes códigos de NF del CPT de la AMA (99311 – 99313) se eliminarán y no son válidos para visitas subsiguientes en Centros de Enfermería.

* Basado en leyes / reglamentaciones locales, Medicare paga por los servicios de Asistente Médico, Enfermera practicante, Enfermera Clínica (especialista), Enfermera Anestesista Certificada, y Enfermera Partera Certificada, en las Islas Vírgenes de EU, pero no en Puerto Rico.

Medical Policy

(NPPs). Physicians and qualified NPPs need these new codes for reporting follow-up visits to a consultation service and for second opinion evaluations beginning January 1, 2006.

CR4215 explains how to report evaluation and management (E/M) services following a consultation service and also second opinion evaluations. In addition, it clarifies:

- The definition of a consultation - when and by whom it may be reported;
- A split/shared visit may not be performed or reported as a consultation service; and
- Qualified NPPs can perform consultations when requirements are met; **and it updates**
- Documentation requirements for the requesting physician/qualified NPP and the consultant, and consultation examples.

Based on the new CPT 2006 coding changes, follow-up visits to a consultation service will be reported with the following Subsequent Hospital Care codes **in the hospital inpatient setting** and with the new Subsequent Nursing Facility (NF) Care codes **in the NF setting**:

Beginning January 1, 2006, the following AMA CPT NF codes (99311 – 99313) are deleted and not valid for subsequent nursing facility visits.

Cont. on next page

Política Médica

Las visitas de seguimiento a un **servicio de consulta en una oficina médica u otro ambiente no-hospitalario** serán informados con los siguientes códigos de “Oficina” o de “Otros Pacientes Ambulatorios Establecidos “.

Description	CPT Codes
Office or Other Outpatient Established Patient codes	99212 – 99215

A partir del 1 de enero de 2006, **en un ambiente hospitalario**, una consulta para una segunda opinión coordinada a través del médico que atiende, se informará por un médico o NPP cualificado haciendo uso del código de “*Consulta Inicial para Paciente Hospitalizado*” que se considere apropiado cuando se cumple con los requisitos de consulta establecidos.

Cuando no se cumple con los requisitos de consulta, se informará haciendo uso de los códigos de “*Cuidado Subsiguiente-Hospitalario*” (99231-99233) en un ambiente hospitalario y los códigos de “*Cuidado Subsiguiente en Centro de Enfermería*” (99307-99310) en un ambiente de Centro de Enfermería.

Al informar evaluaciones para una segunda opinión en un ambiente de Oficina Médica u Otro Ambiente No Hospitalario, el médico o profesional de la salud cualificado hará uso de los códigos para pacientes nuevos (99201-99205) con pacientes nuevos y los códigos para pacientes establecidos (99212 – 99215) con pacientes establecidos, según resulte apropiado.

Recordatorios/Aclaraciones a la Política

Los Médicos y los NPPs Cualificados deben ser concientes de que:

- Un servicio de consulta requiere que exista una petición por parte de una fuente adecuada; el servicio de evaluación; y un informe escrito.
- Los servicios terapéuticos y/o de diagnóstico pueden iniciarse en la consulta inicial o en visitas de seguimiento.
- Los servicios de consulta pueden basarse en tiempo cuando la coordinación o la consejería para el cuidado constituyó más del 50% de los encuentros cara a cara entre el médico o el profesional de la salud cualificado, y el paciente.

Medical Policy

*Follow-up visits to a **consultation service in the office or other outpatient settings** will be reported with the following Office or Other Outpatient Established Patient codes.*

*Beginning January 1, 2006, **in a facility setting** a second opinion consultation arranged through the attending physician will be reported by a physician/qualified NPP using an appropriate Initial Inpatient Consultation code when the consultation requirements are met.*

When consultation requirements are not met the Subsequent Hospital Care codes (99231-99233) in the hospital setting and the Subsequent NF Care codes (99307-99310) in the NF setting will be reported.

***In the Office or Other Outpatient setting for a second opinion evaluation**, a physician/qualified NPP will use new patient codes (99201 – 99205) for new patients and established patient codes (99212 – 99215) for an established patient, as appropriate.*

Policy Clarifications/Reminders

Physicians and qualified NPPs should be aware that:

- *A consultation service requires a request from an appropriate source, the consultation evaluation service, and a written report;*
- *Diagnostic and/or therapeutic services may be initiated at the initial consultation service or follow-up visits;*
- *A consultation service may be based on time when the counseling/coordination of care constitutes more than 50 percent of the face to-face encounter between the physician or qualified NPP and the patient;*

Cont. on next page

Política Médica

- Un NPP puede solicitar y/o realizar servicios de consulta dentro del alcance de su práctica profesional y de los requisitos de licenciatura para los NPPs en el estado donde éste practica, y cuando se cumple con los requisitos de colaboración y supervisión médica;
- No se prestará servicios de consulta como una visita E & M Dividida o Compartida.
- La continuación del manejo médico, en seguimiento al servicio de consulta inicial, debe reportarse haciendo uso de los códigos de visita subsiguiente, dependiendo del ambiente donde se provee el mismo y el tipo de servicio; **y**
- En una situación de transferencia de cuidados, tiene que informar un código, ya sea de Paciente Nuevo o Paciente Establecido, según aplique.

Además, el CR4215 le provee instrucciones a los médicos y los NPPs cualificados para que informen:

- Códigos de Consulta Inicial Paciente Hospitalizado (99251 – 99255) para una consulta inicial en un ambiente hospitalario y en ambiente de Centro Especializado de Enfermería/Centro de Enfermería; y
- Códigos apropiados para Consulta de Oficina u Otras Consultas a Pacientes Ambulatorios (99241-99245), para una consulta inicial en ambiente de oficina/ambulatorio.
- Luego de un servicio de consulta inicial prestado por un médico o un NPP cualificado, las visitas de seguimiento deben reportarse haciendo uso de los siguientes códigos:
 - Códigos 99231-99233 (Subsequent Hospital Care) para pacientes atendidos en un ambiente hospitalario; y
 - Códigos 99307-99130 (Subsequent NF Care) para pacientes atendidos en ambiente de Centros de Enfermería; y
 - Códigos 99212-99215 (Office or Other Outpatient Established Patient) para pacientes atendidos en oficinas de médicos y/o ambulatorios.

Además, los médicos y NPPs cualificados necesitan estar enterados de que:

Medical Policy

- *An NPP may request and/or perform a consultation service within the scope of practice and licensure requirements for the NPP in the State where he/she practices and the requirements for physician collaboration and physician supervision are met;*
- *A consultation will not be performed as a split/shared E/M visit;*
- *Ongoing management following the initial consultation service must be reported using the subsequent care visit codes depending on the setting and type of service; and*
- *In a transfer of care situation a new patient or established patient visit code must be reported.*

In addition, CR4215 instructs physicians and qualified NPPs to report:

- *Initial Inpatient Consultation codes (99251 – 99255) for an initial consultation in the inpatient hospital setting and the SNF/NF setting; and*
- *Appropriate Office or Other Outpatient Consultation codes (99241 – 99245) for an initial consultation in the office/outpatient setting.*
- *Following the physician's and qualified NPP's initial consultation service, the follow-up visits should be reported using the:*
 - *Subsequent Hospital Care codes (99231 – 99233) for the inpatient hospital setting; and*
 - *Subsequent NF Care codes (99307 – 99310) in the NF setting; and*
 - *Office or Other Outpatient Established Patient codes (99212 – 99215) should be reported for the office/outpatient setting.*

Also, physicians and qualified NPPs need to be aware that:

Cont. on next page

Política Médica

- Medicare no reconoce los códigos CPT 99211, servicio mínimo, para servicios de consulta, ya que no cumple con los criterios de consulta;
- Una consulta inicial de paciente hospitalizado se informará una sola vez por consultor, por paciente, por admisión en la instalación.
- En un ambiente de oficina o ambulatorio, si se recibe una solicitud adicional de consulta, sobre un nuevo problema de salud o el mismo problema de salud para el mismo paciente, de parte del mismo o de otro médico o NPP cualificado, y se documenta en el expediente médico, se pueden utilizar los códigos de "Oficina" u "Otra Consulta Paciente Ambulatorio" nuevamente.
- Si el consultor continúa con el cuidado del paciente a causa de la condición original, luego de la consulta inicial, este médico o NPP cualificado *no* puede informar servicios de consulta repetida durante su manejo de seguimiento de esta condición.
- En situaciones de evaluaciones para una segunda opinión (solicitada por el paciente o su familia) en un ambiente de hospital, coordinado por el médico primario, la evaluación se informa como "Consulta Inicial de Paciente Hospitalizado", si se cumple con los requisitos de para una consulta.
- Si la evaluación para una segunda opinión no cumple con los requisitos de consulta, se informarán los códigos Subsiguientes para Cuidado Hospitalario ("Subsequent Hospital Care") para pacientes en ambiente de hospital y los códigos Subsiguientes de Centros de Enfermería ("Subsequent NF Care") en el caso de ambiente de Centros de Enfermería.
- En situaciones de evaluaciones para una segunda opinión, informe los códigos de oficina ("Office") o los códigos Otro Servicio Paciente Ambulatorio ("Other Outpatient") (paciente nuevo o establecido, según sea el caso) para ambientes de oficina y ambulatorios.
- Medicare no se requiere que se envíe un informe escrito al médico o al NPP cualificado cuando el paciente y/o su familia solicitaron la visita de evaluación para una segunda opinión.

Medical Policy

- *Medicare does not recognize CPT code 99211, a minimal service, for a consultation service as it would not meet the consultation criteria;*
- *An initial inpatient consultation will be reported only once per consultant per patient per facility admission;*
- *In an office or outpatient setting, if an additional request for a consultation, regarding the same or a new problem with the same patient, is received from the same or another physician or qualified NPP and documented in the medical record, the Office or Other Outpatient Consultation codes may be used again;*
- *If the consultant continues to care for the patient for the original condition following the initial consultation, repeat consultation services will not be reported by this physician or qualified NPP during his/her ongoing management of this condition;*
- *For a second opinion evaluation (patient and/or family requested) in the facility setting arranged through the attending physician, the evaluation is reported as an Initial Inpatient Consultation service if the consultation requirements are met;*
- *If the second opinion evaluation does not meet the consultation requirements, the Subsequent Hospital Care codes for the inpatient setting and Subsequent NF Care codes for the NF setting are reported;*
- *For a second opinion evaluation, report the Office or Other Outpatient codes (new or established patient as appropriate) for the office/outpatient settings;*
- *A written report is not required by Medicare to be sent to a physician or qualified NPP when a second opinion evaluation visit has been requested by the patient and/or family;*

Cont. on next page

Política Médica

- El Modificador CPT “32” (**mandated services**) no se reconoce como modificador de pago en Medicare.
- Un servicio de evaluación para una segunda opinión con el propósito de satisfacer los requisitos de un pagador de tercera parte, no constituye un servicio cubierto por Medicare.
- Medicare pagará por una consulta si el médico o NPP cualificado solicita una consulta de otro médico o NPP cualificado dentro de su mismo grupo de práctica, cuando el médico o NPP a ser consultado es experto en un área médica específica más allá de los conocimientos que posee el médico o profesional solicitante.
- Un servicio de consulta no se informará para cada paciente como práctica de rutina entre médicos y NPPs cualificados dentro de un mismo grupo de práctica.
- Incluyan una solicitud de consulta por escrito en el plan de cuidado del médico o NPP cualificado que solicita la consulta.
- Una solicitud de consulta puede hacerse de manera verbal; sin embargo, la interacción verbal identificando la solicitud y motivo de la consulta deben documentarse en el expediente médico del paciente por el médico o NPP cualificado que hace la solicitud, así como en el expediente médico del médico o NPP cualificado que realiza la consulta.
- La solicitud de consulta por parte de un solicitante puede hacerse por escrito en el formulario de orden médica de un médico, en un expediente médico compartido.
- El motivo del servicio de consulta debe documentarse por el consultor en el expediente médico del paciente.
- El informe escrito del consultor puede ser parte de un expediente médico compartido, o puede enviarse por separado al médico o NPPs cualificado que hizo la solicitud, y tenerlo disponible para revisión.
- Una consulta pre operatoria, a solicitud del cirujano, se paga si el servicio se considera médicamente necesario, y no una prueba de cernimiento de rutina.

Medical Policy

- *The CPT Modifier - 32 (**mandated services**) is not recognized as a payment modifier in Medicare;*
- *A second opinion evaluation service to satisfy a requirement for a third party payer is not a covered service in Medicare;*
- *Medicare will pay for a consultation if a physician or qualified NPP in a group practice requests a consultation from another physician or qualified NPP in the same group practice when the consulting physician or qualified NPP has expertise in a specific medical area beyond the requesting professional’s knowledge;*
- *A consultation service will not be reported on every patient as a routine practice between physicians and qualified NPPs within a group practice setting;*
- *Include a written request for a consultation in the requesting physician or qualified NPP’s plan of care;*
- *A consultation request may be verbal; however, the verbal interaction identifying the request and reason for a consult must be documented in the patient’s medical record by the requesting physician or qualified NPP and also by the consultant physician or qualified NPP in the patient’s medical record;*
- *A consultation request by the requestor may be written on a physician order form in a shared medical record;*
- *The reason for the consultation service must be documented by the consultant in the patient’s medical record;*
- *The consultant’s written report may be part of a common medical record or in a separate letter to the requesting physician or qualified NPP and readily available;*
- *A preoperative consultation at the request of a surgeon is payable if the service is medically necessary and not routine screening;*

Cont. on next page

Política Médica

- Luego de una consulta pre operatoria, si el mismo médico o NPP cualificado asume la responsabilidad del manejo de todo o parte del cuidado post-operatorio del paciente, deberán utilizarse los códigos “Subsequent inpatient hospital care”, “Subsequent SNF/NF” o “Established office/clinic”, según sea apropiado, y no se deben utilizar los códigos de consulta; y
- Médicos y NPPs cualificados que trataron al paciente antes de una cirugía o quienes no han evaluado al paciente en una consulta pre-cirugía y que se les pide que asuman el manejo de algún aspecto del cuidado médico de ese paciente luego de la operación, deben informar con los códigos de cuidado subsiguiente hospitalario (“subsequent hospital care”) para pacientes atendidos en el hospital, los códigos de cuidado subsiguiente en Centros de Enfermería (“subsequent NF care”) para ambientes de Centros de Enfermería Especializada, o los códigos de oficina (“Office”) u otra visita ambulatoria (“Other Outpatient Visit”) cuando se trate de estos ambientes de cuidado médico. En este caso, el cirujano no le está pidiendo al médico o al NPP cualificado su opinión o recomendaciones sobre el cuidado del cirujano al paciente.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 17 de enero de 2006.

Información Adicional

Las partes revisadas del *Medicare Claims Processing Manual* se adjuntan al CR4215. Estas revisiones incluyen ejemplos de situaciones que cumplen con los criterios de servicios de consulta, así como también algunos ejemplos de casos que no cumplen con tales criterios. Puede ver el CR4215 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R788CP.pdf>

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

Medical Policy

- *Following a preoperative consultation, if the same physician or qualified NPP assumes responsibility for management of all or part of the patient’s care postoperatively, the appropriate subsequent inpatient hospital care codes, subsequent SNF/NF codes or established office/clinic codes should be used and not the consultation codes; and*
- *Physicians or qualified NPPs who had been treating the patient preoperatively or who had not seen the patient for a pre-operative consultation and are asked to assume management of an aspect of the patient’s care postoperatively, must report subsequent hospital care codes for the inpatient hospital setting, subsequent NF care codes in the SNF/NF setting or the appropriate office or other outpatient visit codes in these settings. The surgeon is not asking the physician or qualified NPP for their advice or opinion on the surgeon’s care of the patient.*

Implementation

The implementation date for the instruction is January 17, 2006.

Additional Information

The revised portions of the Medicare Claims Processing Manual are attached to CR4215. These revisions include examples of situations that meet the consultation services criteria as well as some examples that do not meet the criteria. CR4215 may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R788CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-20-05 / Trans. R788 / CR-4215 / 02-03-06 / ML RRC

Política Médica

INSTRUCCIONES PARA INFORMAR EL NUEVO CÓDIGO HCPCS V2788 PARA LENTES INTRAOCULARES CORRECTORES DE PRESBIOPIA (PC-IOLS)

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por concepto de Lentes Intraoculares (IOLs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Esta instrucción brinda dirección sobre el nuevo código HCPCS V2788 (Presbiopía – función correctiva de un lente intraocular). Se ha establecido como un código para informar cargos no cubiertos, asociados con la inserción de lentes correctivos de Presbiopía. Los proveedores pueden informar este código en reclamaciones para reflejar el lente intraocular para corregir presbiopía (PC-IOL por sus siglas en inglés) cuando el mismo se inserta en sustitución de un IOL convencional, conjuntamente con la cirugía correctiva de cataratas. El nuevo código HCPCS formará parte de la actualización anual de los códigos HCPCS y no constituye un servicio pagadero por Medicare en los archivos HCPCS de 2006.

Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), anuncian que la Sección 120 se añadió a la Publicación 100-04, Capítulo 32, y que la misma delinea la política general, procedimientos de pago y facturación para inserción de PC-IOLs. La mayor parte de esta información fue publicada previamente en el CR 3927 durante el mes de agosto de 2005.

Puede encontrar un artículo de *Medlearn Matters* (MM3927) sobre ese tema en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3927.pdf>

Medical Policy

INSTRUCTIONS FOR REPORTING NEW HCPCS CODE V2788 FOR PRESBYOPIA- CORRECTING INTRAOCULAR LENSES (PC-IOLS)

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers billing Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for Intraocular Lenses (IOLs)

Provider Action Needed

This instruction provides guidance regarding the new Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code, V2788 (Presbyopia-correcting function of an intraocular lens). It is being established as a code for reporting non-covered charges associated with the insertion of a presbyopia-correcting lens. Providers may report this code on claims to reflect the PC-IOL when inserted in lieu of the conventional IOL in conjunction with correcting cataract surgery. The new HCPCS code will be part of the annual HCPCS update and is not a payable service for Medicare on the HCPCS file for 2006.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) announce that Section 120 has been added to Publication 100-04, Chapter 32, which outlines general policy, payment, and billing procedures for PC-IOLs. Much of this information was previously released in Change Request 3927 in August, 2005.

A Medlearn Matters article (MM3927) on the subject can be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3927.pdf> on the CMS web site.

Cont. on next page

Política Médica

Según se indica en el CR3927, la nueva política de cubierta se hizo efectiva para fechas de servicio a partir del 3 de mayo de 2005.

El CR4184 brinda información sobre un nuevo código HCPCS, con vigencia el 1 de enero de 2006, para informar cargos **no** cubiertos, asociados a la inserción de un lente para corregir la Presbiopía. Ese código es el **V2788**. Los Contratistas e Intermediarios de Medicare utilizarán el código de razón de ajuste de reclamación que resulte apropiado, por ejemplo el 96 (**cargos no cubiertos**), al denegar cargos no cubiertos de PC-IOL. El Contratista o Intermediario también enviarán un mensaje al beneficiario, según resulte apropiado, haciendo uso del *Resumen de Medicare*, para informarle sobre la denegación.

Códigos CPT

Los médicos y hospitales deben reportar uno de los siguientes códigos CPT en estas reclamaciones:

- **66982** - Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification), complex requiring devices or techniques not generally used in routine cataract surgery (e.g., iris expansion device, suture support for intraocular lens, or primary posterior capsulorrhexis) or performed on patients in the amblyogenic development stage.
- **66983** – Intracapsular cataract with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure).
- **66984** – Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification).
- **66985** – Insertion of intraocular lens prosthesis (secondary implant), not associated with concurrent cataract extraction.
- **66986** – Exchange of intraocular lens.

Medical Policy

As stated in CR3927, the new coverage policy was effective for dates of service on and after May 3, 2005.

*CR4184 provides a new HCPCS code, effective January 1, 2006, for reporting **non-covered** charges associated with the insertion of a presbyopia-correcting lens. That code is **V2788**. Medicare carriers and intermediaries will use an appropriate claim adjustment reason code such as 96 (non-covered charges) when denying non-covered PC-IOL charges. The carrier or intermediary will also send an appropriate message to the beneficiary via a Medicare Summary Notice to inform the beneficiary of the denial.*

CPT Codes

Physicians and hospitals are to report one of the following Current Procedure Terminology (CPT) codes on these claims:

- **66982** - *Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification), complex requiring devices or techniques not generally used in routine cataract surgery (e.g., iris expansion device, suture support for intraocular lens, or primary posterior capsulorrhexis) or performed on patients in the amblyogenic development stage.*
- **66983** – *Intracapsular cataract with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure).*
- **66984** – *Extracapsular cataract removal with insertion of intraocular lens prosthesis (one stage procedure), manual or mechanical technique (e.g., irrigation and aspiration or phacoemulsification).*
- **66985** – *Insertion of intraocular lens prosthesis (secondary implant), not associated with concurrent cataract extraction.*
- **66986** – *Exchange of intraocular lens.*

Cont. on next page

Política Médica

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2006.

Información Adicional

Para detalles sobre el CR4184, puede encontrar la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario sobre este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R801CP.pdf>

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

Medical Policy

Implementation

The implementation date for the instruction is January 3, 2006.

Additional Information

For complete details, please see CR4184, the official instruction issued to your carrier or intermediary regarding this change, which may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R801CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-30-05/Trans. R801CP/CR-4184/01-27-06/ML RRC

IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CARDIACO AUTOMÁTICO

A partir del 1 de enero de 2006, los contratistas e Intermediarios Fiscales no pagarán la cubierta ampliada de los servicios relacionados al implante desfibrilador cardiaco automático provistos a beneficiarios de planes *Medicare Advantage* (MA, por sus siglas en inglés). Los planes MA deben coordinar, proveer, y hacer los pagos necesarios por este tipo de servicio. La única responsabilidad de las personas suscritas es por el costo compartido de los planes MA.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) notificarán las denegaciones con los siguientes mensajes:

- 11.3 del resumen de Medicare – Nuestros archivos muestran que usted está suscrito en una organización para el mantenimiento de la salud. Su proveedor debe facturarle a ellos.
- Ajuste de la reclamación con el código de razón 24 – Pago por cargos ajustados. Los cargos se cubren bajo un plan de mantenimiento de la salud basado en el sistema de pago per cápita mensual.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede ver esta instrucción (CR4133) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4133.pdf>.

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

IMPLANTABLE AUTOMATIC CARDIAC DEFIBRILLATOR

Carriers and Fiscal Intermediaries will no longer pay for the expanded coverage of Implantable Automatic Cardiac Defibrillator (ICD) services provided to Medicare Advantage (MA) beneficiaries. The Medicare Advantage plans must furnish, arrange and make appropriate payment for these services. Also, MA enrollees are liable only for the plan's cost sharing of these services.

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) will notify the denials using the following messages:

- Medicare Summary Notice 11.3 - Our records show that you are enrolled in a health maintenance organization. Your provider must bill this services to them.
- Claim adjustment reason code 24 - Payment for charges adjusted. Charges are covered under a capitation agreement/managed care plan.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR4133) may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4133.pdf> on the CMS web site.

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

Trans 186 / MM 4133/10-28-05/CF

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN DE LAS TARIFAS PARA INSTALACIONES ORIGINADORAS DE SERVICIOS DE TELECONSULTA

Proveedores Afectados

Todos los proveedores que facturan a Medicare la tarifa para instalaciones originadoras de servicios de TeleConsulta.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

El CR4201, en el cual se basa este artículo, provee la actualización de las tarifas para las instalaciones originadoras de TeleConsulta para el año calendario 2006. Vigente el 1 de enero de 2006, la tarifa para las instalaciones originadoras de servicios de TeleConsulta es de \$22.47.

Trasfondo

La sección 1834(m) de la Ley de Seguro Social estableció la cantidad que Medicare le paga a la instalación que origina servicios de TeleConsulta brindados entre el 1 de octubre de 2001 hasta el 31 de diciembre de 2002. Se fijó la cantidad de \$20. Para aquellos servicios brindados a partir del 1ro de enero de cada año calendario subsiguiente, la tarifa para la instalación que origina servicios de TeleConsulta se aumentó, vigente el primer día de cada año, de acuerdo al porcentaje de aumento en el Índice Económico de Medicare (MEI por sus siglas en inglés). El aumento del MEI para el 2006 es 2.8%. Por lo tanto, para el año calendario 2006 la cantidad de pago por el código HCPCS Q3014 (tarifa para la instalación que origina servicios de TeleConsulta) es 80% de lo menor entre el cargo sometido o \$22.47 ($2.8\% \times \21.86 [tarifa 2005 – véase tabla más abajo] + \$21.86 = \$22.47)

Observe que el beneficiario es responsable de cumplir con cualquier cantidad de deducible o coaseguro no cubierta.

Billing Policies

TELEHEALTH ORIGINATING SITE FACILITY FEE PAYMENT AMOUNT UPDATE

Provider Types Affected

All providers who bill Medicare for the telehealth originating site facility fee

Provider Action Needed

CR4201, upon which this article is based, provides the calendar year 2006 telehealth originating site facility fee payment update. Beginning on and after January 1, 2006, the telehealth originating site facility fee is \$22.47.

Background

Section 1834(m) of the Social Security Act (the Act) established the amount Medicare paid as the telehealth originating site facility fee for services provided from October 1, 2001, through December 31 2002. The amount was set at \$20. For such services provided on or after January 1 of each subsequent calendar year, the telehealth originating site facility fee was increased as of the first day of the year by the percentage increase in the Medicare Economic Index (MEI). The 2006 MEI increase is 2.8%. Thus, for calendar year 2006, the payment amount for HCPCS code Q3014 (telehealth originating site facility fee) is 80% of the lesser of the actual charge or \$22.47 ($2.8\% \times \21.86 [the 2005 fee – see below] + \$21.86).

Note that the beneficiary is responsible for any unmet deductible amount or coinsurance.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Para su referencia, la tarifas para las instalaciones originadoras de servicios de TeleConsulta de Medicare y los aumentos al MEI para el periodo de tiempo aplicable se muestran en la tabla que sigue:

Medicare Telehealth Originating Site Facility Fee	MEI Increase	Period
\$20.00	N/A	10/01/2001-12/31/2002
\$20.60	3%	01/01/2003-12/31/2003
\$21.20	2.90%	01/01/2004-12/31/2004
\$21.86	3.10%	01/01/2005-12/31/2005
\$22.47	2.80%	01/01/2006-12/31/2006

Información Adicional

Puede encontrar más información sobre este artículo en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R41BP.pdf>

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

Pub. 12-16-05 / Trans. 41 / CR-4201 / Jan-08-2006 / ML RRC

Billing Policies

For reference, the Medicare telehealth originating site facility fees and MEI increases by the applicable time period are shown in the table below:

Additional Information

You can find more information about the telehealth originating site facility fee payment amount by going to <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R41BP.pdf> on the CMS web site.

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

NUEVAS PRUEBAS CON DISPENSA

Proveedores Afectados

Suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas de Medicare por concepto de pruebas de laboratorio.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4136, la cual incluye nuevas pruebas que obtuvieron dispensa por parte de la Administración Federal de Drogas y Alimentos (FDA por su siglas en inglés) bajo las Enmiendas de Mejoras de Laboratorio (*Clinical Laboratory Improvement Amendments [CLIA] de 1988*).

A continuación encontrará las pruebas más recientes aprobadas por la FDA como pruebas con dispensa bajo CLIA:

- Clearview Ultra FOB Test;
- Clarity Hemosure One-Step Immunological Fecal Occult Blood Test;

NEW WAIVED TESTS

Provider Types Affected

Suppliers and providers billing Medicare carriers for laboratory tests

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4136, which includes new waived tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) under Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) of 1988.

The following tests are the latest tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) as waived tests under the CLIA:

- Clearview Ultra FOB Test;
- Clarity Hemosure One-Step Immunological Fecal Occult Blood Test;

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Branan Medical Corporation ToxCup Drug Screen Cup;
- ReliaLAB Inc. InstaRead Lithium System (fingerstick or venipuncture whole blood);
- Roche Diagnostics AccuChek Instant Plus Dual Testing System;
- Acon Laboratories, Inc. FSH One Step Menopause Test Strip (Professional Use);
- Acon Laboratories, Inc. FSH One Step Menopause Test Device (Professional Use);
- Biosite Triage Meter (Whole Blood);
- Biosite Triage Meter Plus (Whole Blood);
- Acon Mononucleosis Rapid Test Strip (Whole Blood);
- Acon Mononucleosis Rapid Test Device (Whole Blood);
- iCassette Multi-Drug, Multi-Line Screen Test Device;
- Accutest Multi-Drug, Multi-Line Screen Test Device;
- RediScreen Multi-Drug; Multi-Line Screen Test Device.

Refiérase a la sección **Trasfondo** de este artículo para más detalles sobre las fechas de vigencia y los códigos CPT para estas pruebas aprobadas con dispensa.

Trasfondo

Las regulaciones de CLIA de 1988 requieren que las instalaciones estén debidamente certificadas para cada prueba que realizan. Para asegurar que los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) pagan solamente por pruebas de laboratorio clasificadas con complejidad de dispensa bajo CLIA en instalaciones con un certificado de dispensa bajo CLIA, las reclamaciones de laboratorio están actualmente editadas en el nivel de certificado de CLIA.

Billing Policies

- *Branan Medical Corporation ToxCup Drug Screen Cup;*
- *ReliaLAB Inc. InstaRead Lithium System (fingerstick or venipuncture whole blood);*
- *Roche Diagnostics AccuChek Instant Plus Dual Testing System;*
- *Acon Laboratories, Inc. FSH One Step Menopause Test Strip (Professional Use);*
- *Acon Laboratories, Inc. FSH One Step Menopause Test Device (Professional Use);*
- *Biosite Triage Meter (Whole Blood);*
- *Biosite Triage Meter Plus (Whole Blood);*
- *Acon Mononucleosis Rapid Test Strip (Whole Blood);*
- *Acon Mononucleosis Rapid Test Device (Whole Blood);*
- *iCassette Multi-Drug, Multi-Line Screen Test Device;*
- *Accutest Multi-Drug, Multi-Line Screen Test Device; and*
- *RediScreen Multi-Drug; Multi-Line Screen Test Device.*

*Please see the **Background** section of this article for further details regarding the effective dates and CPT codes for these approved waived tests.*

Background

The regulations of the Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA) of 1988 require a facility to be appropriately certified for each test performed. To ensure that the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) pays only for laboratory tests categorized as waived complexity under CLIA in facilities with a CLIA certificate of waiver, laboratory claims are currently edited at the CLIA certificate level.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Pruebas con dispensa que requieren modificador QW

Las descripciones, códigos CPT (Current Procedural Terminology) y las fechas de vigencia de las pruebas aprobadas más recientemente por la FDA como pruebas con dispensa bajo CLIA se mencionan a continuación:

Waived Test Requiring QW Modifier	CPT Code/ Modifier	Effective Date
1. Clearview Ultra FOB Test	82274QW, G0328QW	08/18/04
2. Clarity Hemosure One-Step Immunological Fecal Occult Blood Test	82274QW, G0328QW	03/16/05
3. Branam Medical Corporation ToxCup Drug Screen Cup	80101QW	07/19/05
4. ReliaLab Inc. InstaRead Lithium System (fingerstick or venipuncture whole blood)	80178QW	04/22/05
5. Roche Diagnostics AccuChek Instant Plus Dual Testing System	82962 and 82465QW	08/24/05
6. Acon Laboratories, Inc. FSH One Step Menopause Test Strip (Professional Use)	83001QW	08/24/05
7. Acon Laboratories, Inc. FSH One Step Menopause Test Device (Professional Use)	83001QW	08/24/05
8. Biosite Triage Meter (Whole Blood)	83880QW	08/26/05
9. Biosite Triage Meter Plus (Whole Blood)	83880QW	08/26/05
10. Acon Mononucleosis Rapid Test Strip (Whole Blood)	86308QW	09/01/05
11. Acon Mononucleosis Rapid Test Device (Whole Blood)	86308QW	09/01/05
12. iCassette Multi-Drug, Multi-Line Screen Test Device	80101QW	07/08/05
13. accutest Multi-Drug, Multi-Line Screen Test Device	80101QW	09/01/05
14. RediScreen Multi-Drug, Multi-Line Screen Test Device	80101QW	09/01/05

Para poder ser reconocida como prueba con dispensa, el código CPT para estas nuevas pruebas requiere el modificador QW.

Pruebas que no Requieren Modificador QW

Sin embargo, las pruebas enumeradas en la siguiente tabla (también incluida en la primera página de la lista adjunta al CR4136) no requieren un modificador QW para poder ser reconocidas como una prueba con dispensa:

Waived Tests Not Requiring QW Modifier	CPT Codes Not Requiring Modifier QW
Dipstick or tablet reagent urinalysis – non-automated for bilirubin, glucose, hemoglobin, ketone, leukocytes, nitrite, pH, protein, specific gravity, and urobilinogen	81002
Urine pregnancy tests by visual color comparison	81025
Fecal occult blood	82270, 82271 G0107 (Contact your Medicare carrier for claims instructions.)
Blood glucose by glucose monitoring devices cleared by the FDA for home use	82962
Hemoglobin by copper sulfate – non-automated	83026
Ovulation tests by visual color comparison for human luteinizing hormone	84830
Blood count; spun microhematocrit	85013
Erythrocyte sedimentation rate – non-automated	85651

Billing Policies

Waived Tests Requiring QW Modifier

The descriptions, Current Procedural Terminology (CPT) codes, and effective dates of the latest tests approved by the Food and Drug Administration (FDA) as waived tests under the CLIA are listed below.

To be recognized as a waived test, the CPT codes for these new waived tests must have the modifier QW.

Tests That Do Not Required QW Modifier

However, the tests listed in the following table (also included on the first page of the list attached to CR4136) do not require a QW modifier to be recognized as a waived test

Cont. on next page

Políticas de Pago

Códigos HCPCS 83880QW, 82271, 83037, 83037QW

El nuevo código CPT/HCPCS con dispensa, **83880QW**, ha sido asignado para la prueba de péptido natriurético Tipo-B (BNP por sus siglas en inglés) realizadas utilizando el “Biosite Triage Meter (Whole Blood)” y el “Biosite Triage Meter Plus (Whole Blood)”.

El nuevo código con dispensa 80178QW ha sido asignado para la prueba de litio que se realiza utilizando el producto “InstaRead Lithium” (de la punta del dedo o punzada en vena de sangre completa) de la compañía ReliaLAB, Inc.

En 2006, el nuevo código CPT/HCPCS **82271** sustituye el código CPT 82273 y es por concepto de pruebas de sangre oculta, por actividad peroxidasa (ej.: guaiac), cualitativo; otros recursos. El código CPT/HCPCS 82271QW es vigente el 1 de enero de 2006 y sustituye el código CPT/HCPCS 82273QW para lo siguientes sistemas de pruebas:

- Aerscher Hemaprompt FG;
- SmithKline Gastrocult; y
- Beckman Coulter Primary Care Diagnostics Gastrocult.

En 2006, el nuevo código CPT/HCPCS 82272 se creó para cubrir sangre, oculta, por actividad peroxidasa (ej: guaiac), heces fecales, espécimen sencillo (ej.: de examen rectal digital). Este código ha sido añadido a los códigos existentes de pruebas de sangre fecal oculta vigente a partir del 1 de enero de 2006.

En 2006, el nuevo código CPT/HCPCS **83037** fue creado para cubrir las pruebas de hemoglobina; glicosilada (A1c) con un aparato aprobado por la FDA para uso en el hogar. Las pruebas listadas anteriormente han sido asignadas al código CPT/HCPCS 838037QW con fecha de vigencia del 1 de enero de 2006:

- Bio-Rad Micromat II Hemoglobin A1c Prescription Home Use Test;
- Cholestech GDX A1C Test (Prescription Home Use);

Billing Policies

HCPCS Codes 83880QW, 82271, 83037, 83037QW

*The new waived CPT/Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code, **83880QW**, has been assigned for the B-type natriuretic peptide (BNP) test performed using the Biosite Triage Meter (Whole Blood) and the Biosite Triage Meter Plus (Whole Blood).*

The new waived code, 80178QW, has been assigned for the lithium test performed using the ReliaLAB Inc. InstaRead Lithium System (fingerstick or venipuncture whole blood).

*For 2006, the new CPT/HCPCS code **82271** replaced the CPT code 82273 and is for tests for blood, occult, by peroxidase activity (e.g., guaiac), qualitative; other sources. The CPT/HCPCS code 82271QW is effective January 1, 2006, and replaces the CPT/HCPCS code 82273QW for the following test systems:*

- *Aerscher Hemaprompt FG;*
- *SmithKline Gastrocult; and*
- *Beckman Coulter Primary Care Diagnostics Gastrocult.*

For 2006, the new CPT/HCPCS code 82272 was developed to cover blood, occult, by peroxidase activity (e.g., guaiac), feces, single specimen, (e.g., from digital rectal exam) testing. This code has been added to the existing codes for fecal occult blood tests with an effective date of January 1, 2006.

*For 2006, the new CPT/HCPCS code **83037** was developed to cover the testing for hemoglobin; glycosylated (A1c) by a device cleared by the FDA for home use.*

*The following previously listed tests have been assigned the CPT/HCPCS code **83037QW** with an Effective Date of January 1, 2006:*

- *Bio-Rad Micromat II Hemoglobin A1c Prescription Home Use Test;*
- *Cholestech GDX A1C Test (Prescription Home Use);*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Metrika A1c Now for Prescription Home Use (K020234);
- Provalis Diagnostics Glycosal™ HbA1c Test; y
- Provalis Diagnostics In2it In-Office Analyzer (II) A1C Prescription Home Use Test System.

Nota: Vea el anejo al CR4136 para una lista completa de las pruebas que han recibido estatus de dispensa bajo CLIA.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2006.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede ver esta instrucción (CR4136) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R779CP.pdf>

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

Billing Policies

- *Metrika A1c Now for Prescription Home Use (K020234);*
- *Provalis Diagnostics Glycosal™ HbA1c Test; and*
- *Provalis Diagnostics In2it In-Office Analyzer (II) A1C Prescription Home Use Test System.*

Note: See the attachment to CR4136 for a complete listing of tests granted waived status under CLIA.

Implementation

The implementation date for the instruction is January 3, 2006.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR4136) may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R779CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-16-05 / Trans. 779 / CR-4136 / 01-07-06 / ML RRC

ACTUALIZACIÓN DEL CARGO RAZONABLE PARA EL AÑO 2006 PARA ENTABLILLADOS, YESOS, SUMINISTROS DE DIÁLISIS, EQUIPO DE DIÁLISIS Y ALGUNOS LENTES OCULARES

Este artículo provee instrucciones sobre el cálculo de los cargos razonables para el pago de entablillados, yesos, suministros de diálisis, equipo de diálisis y lentes intraoculares (suministros provistos en el año calendario 2006). Los límites de pago del 2006 para entablillados y yesos están basado en los límites del 2005 y aumentado por 2.5 por ciento. Este es el por ciento de cambio en el índice de precio del consumidor para los consumidores urbanos durante el periodo de 12 meses terminando el 30 de junio de 2005.

REASONABLE CHARGE UPDATE FOR 2006 FOR SPLINTS, CASTS, DIALYSIS SUPPLIES, DIALYSIS EQUIPMENT, AND CERTAIN OCULAR LENSES

This article provides instructions about the calculation of reasonable charges for payment for splints, casts, dialysis supplies, dialysis equipment, and intraocular lenses (supplies furnished in Calendar Year (CY) 2006). The 2006 payment limits for splints and casts are based on the 2005 limits and increased by 2.5 percent. This is the percentage change in the consumer price index for all urban consumers for the 12-month period ending June 30, 2005.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Los códigos Q son utilizados cuando los suministros son para propósitos de entablillados y yesos. Los Códigos de Procedimiento (CPT, por sus siglas en inglés) son utilizados como se indica en la sección de “Aplicación de Yesos y Vendajes” para los códigos CPT en la serie 29XXX.

Los códigos A4215, A6216 y A6402 se añadieron a los suministros de diálisis que requieren de un modificador AX para su pago. Los códigos de HCPCS A6216 y A6402 con el modificador AX deben reportarse como tipo de servicio (TOS) “L”. Los códigos HCPCS A4215, A6216 y A6402 deben ser reportados como TOS “S” cuando son facturados sin el modificador AX.

- **Código A4215**-Aguja, Estéril, cualquier tamaño, cada una.
- **Código A6216**-Gasa, no impregnada, no estéril, el tamaño de la gaza 16 sq. in. o menos, sin borde adhesivo.
- **Código A6402**-Gasa, no impregnada, estéril, tamaño del pad 16 sq. in. sq. in. o menos, sin borde adhesivo.
- **Modificador AX**-Artículo suministrado conjuntamente con diálisis en el hogar

Para lentes intraoculares, suministros de diálisis y equipo de diálisis, el cargo acostumbrado y prevaleciente del 2006 es calculado con la data del cargo actual del 1 de julio del 2004 al 30 de junio de 2005. Para lentes intraoculares, el pago es hecho conforme al cargo razonable para lentes implantados en la oficina del médico.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede ver esta instrucción (CR4131) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4131.pdf>.

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

Billing Policies

Q-codes are to be used when supplies are indicated for cast and splint purposes. The CPT codes should be used as indicated in the section of “Application of Casts and Strapping” for the specified CPT procedure codes in the 29XXX series.

Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes A4215, A6216, and A6402 are added to the dialysis supplies that require an AX modifier for payment. HCPCS codes A6216 and A6402 should be reported as type of service (TOS) “L” when billed with modifier AX. HCPCS codes A4215, A6216, and A6402 should be reported as TOS “S” when billed without modifier AX.

- **Code A4215**-Needle, sterile, any size, each
- **Code A6216**-Gauze, non-impregnated, non-sterile, pad size 16 sq. in. or less, without adhesive border.
- **Code A6402**-Gauze, non-impregnated, sterile, pad size 16 sq. in. or less, without adhesive border
- **Modifier AX Item**-furnished in conjunction with home dialysis services.

For intraocular lenses, dialysis supplies, and dialysis equipment, the 2006 customary and prevailing charges are computed with the actual charge data from July 1, 2004, through June 30, 2005. For intraocular lenses, payment is made only on a reasonable charge basis for lenses implanted while the patient is in a physician’s office.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR4131) may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4131.pdf> on the CMS web site.

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

Trans. 749 / MM4131/11-08-05/CF

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL A LA INICIATIVA DE CODIFICACIÓN CORRECTA (CCI), VERSIÓN 12.0, VIGENTE 1 DE ENERO DE 2006

A través de este artículo los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) notifican la actualización trimestrales a los éditos de la Iniciativa de Codificación Correcta (CCI, por sus siglas en inglés). La versión más reciente, 12.0, está disponible a partir del 1 de enero de 2006. La versión incluye todas las actualizaciones anteriores, desde el 1 de enero de 1996 al presente. La misma está organizada en dos tablas: Columna 1 tabla de los éditos de la Iniciativa de Codificación Correcta y Columna 2 tabla de los éditos de Códigos Mutuamente Excluyentes.

La CCI nacional se desarrolla por CMS para promover metodologías de codificación correcta y controlar codificación indebida. Las políticas de codificación se basan en:

- Reglas convencional de codificación de los Códigos de Procedimiento (CPT, por sus siglas en inglés).
- Políticas locales y nacionales y éditos.
- Guías de codificación desarrolladas por sociedades nacionales.
- Análisis de la práctica médica estándar y quirúrgica.
- Repaso de la práctica actual de codificación.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede ver esta instrucción (CR4168) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4168.pdf>.

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

Billing Policies

QUARTERLY UPDATE TO CORRECT CODING INITIATIVE (CCI) EDITS, VERSION 12.0, EFFECTIVE JANUARY 1, 2006

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) want to notify physicians of the quarterly updates to the Correct Coding Initiative (CCI) edits. The latest version, 12.0, is effective on January 1, 2006. This version includes all previous updates from January 1, 1996 to the present. They are organized in two tables: Column 1 Correct Coding Edits table and Column 2 Mutually Exclusive Code edits table.

The National CCI is developed by CMS to promote national correct coding methodologies and controls improper coding. The coding policies are based on:

- *Current Procedural Terminology (CPT) coding conventions.*
- *National and local policies and edits.*
- *Coding guidelines developed by national societies.*
- *Standard medical and surgical practice analysis.*
- *Current coding practice review.*

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR4168) may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4168.pdf> on the CMS web site.

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

CR 4168 / Trans. 742 / MM 4168

Políticas de Pago

REDUCCIÓN POR LA REGLA DE PROCEDIMIENTOS MÚLTIPLES DEL COMPONENTE TÉCNICO DE CIERTOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS POR MEDIO DE IMÁGENES

Proveedores Afectados

Médicos y suplidores que facturan a Contratistas de Medicare por concepto de suministros y servicios de diagnóstico por imágenes.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo provee detalles sobre la política revisada de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para la reducción por la regla de procedimientos múltiples del componente técnico (TC por sus siglas en inglés) en ciertos procedimientos diagnósticos por medio de imágenes.

CMS está introduciendo una reducción por fases en el pago del componente técnico (TC) de ciertos procedimientos múltiples de diagnóstico por medio de imágenes implementando una reducción de 25% en el año calendario 2006 y una reducción de 50% para el año calendario 2007. La evaluación por parte de CMS sobre su política de reducción de procedimientos múltiples de diagnósticos con imagen se llevará a cabo de manera continua.

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

Trasfondo

Medicare adjudica precios a procedimientos diagnósticos por medio de imágenes de las siguientes tres maneras:

- El componente profesional (PC por sus siglas en inglés) representa la interpretación médica (Servicios PC-solamente se facturan con el modificador **26**);
- El componente técnico (TC por sus siglas en inglés) representa el gasto de la práctica (PE por sus siglas en inglés) e incluye al personal clínico, suministros y equipo (Servicios TC-solamente se facturan con el modificador TC).

Billing Policies

MULTIPLE PROCEDURE REDUCTION OF THE TECHNICAL COMPONENT (TC) OF CERTAIN DIAGNOSTIC IMAGING PROCEDURES

Provider Types Affected

Physicians and suppliers billing Medicare carriers for diagnostic imaging supplies and services

Provider Action Needed

This article provides details regarding the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) revised policy for a multiple procedure reduction of the technical component (TC) of certain diagnostic imaging procedures.

CMS is phasing in a payment reduction of the technical component (TC) of selected multiple diagnostic imaging procedures with a 25 percent reduction in CY 2006 and a 50 percent reduction in CY 2007. The CMS review of its multiple imaging payment reduction policy will be ongoing.

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

Background

Medicare prices diagnostic imaging procedures in the following three ways:

- *The professional component (PC) represents the physician's interpretation (PC-only services are billed with the **26** modifier);*
- *The technical component (TC) represents practice expense (PE) and includes clinical staff, supplies, and equipment (TC-only services are billed with the TC modifier);*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- El servicio global representa ambos, el PC y el TC.

A partir del 1 de enero de 2006, CMS implementará una reducción al pago del componente técnico (TC) de ciertos procedimientos múltiples de diagnóstico por medio de imágenes. Esta reducción aplica solamente a servicios TC y la porción TC de los servicios globales que aparecen en la Tabla 2 de este artículo. Esta reducción no aplica a los servicios del componente profesional (PC). Para el 2006, CMS está realizando el pago total para el procedimiento con el costo más alto y el pago al 75% de cada procedimiento adicional, cuando éste se realiza durante la misma sesión en el mismo día.

Para 2007, los procedimientos subsecuentes se pagarán al 50%. La reducción aplica solamente para áreas contiguas del cuerpo, por ejemplo, una familia de códigos, no a través de familias de códigos, que se proveen en una misma sesión. Por ejemplo la reducción no aplicaría a un MRI del cerebro (CPT 70552) de la familia de códigos 5 (de la Tabla 2 de este artículo) cuando se realiza durante una misma sesión, en el mismo día, en que se realiza un MRI del cuello y la espina dorsal (CPT 72142) de la familia de códigos 6.

Las 11 familias de procedimientos de imagen se incluyen en la Tabla 2 en la sección de **Información Adicional** de este artículo y están organizados por modalidad de proyección de imagen.

- Ultrasonido, CT y angiografía tomográfica computadorizada (CTA);
- MRI y angiografía de resonancia magnética (MRA); y
- Áreas del cuerpo contiguas (por ejemplo, CT y CTA del Pecho/Tórax/Abdomen/Pelvis).

CMS considera una sola sesión como un encuentro donde el paciente pudiese recibir uno o más estudios radiológicos. Si se provee al paciente durante un mismo encuentro, más de uno de los servicios de proyección de imagen dentro de una sola familia, entonces constituiría una sola sesión y el o los procedimientos con menor precio se reducen.

Billing Policies

- *The global service represents both PC and TC.*

Effective January 1, 2006, CMS will implement a multiple procedure payment reduction on the technical component (TC) of certain diagnostic imaging procedures. The reduction applies to TC only services and the TC portion of global services for the procedures shown in Table 2 of this article. The reduction does not apply to professional component (PC) services. For 2006, CMS is making full payment for the highest priced procedure and payment at 75 percent for each additional procedure, when performed during the same session on the same day.

For 2007, subsequent procedures will be paid at 50 percent.

The reduction applies only to contiguous body areas, i.e., within a family of codes, not across families, that are provided in one session. For example, the reduction would not apply to an MRI of the brain (CPT 70552) in code family 5 (of Table 2 of this article) when performed during the same (single) session, on the same day, as an MRI of the neck and spine (CPT 72142) in code family 6.

*The 11 families of imaging procedures are included in Table 2 in the **Additional Information** section of this article, and are arranged by imaging modality:*

- *Ultrasound, CT, and computed tomographic angiography (CTA);*
- *MRI and magnetic resonance angiography (MRA); and*
- *Contiguous body area (for example, CT and CTA of Chest/Thorax/Abdomen/Pelvis).*

CMS considers a single session to be one encounter where a patient could receive one or more radiological studies. If more than one of the imaging services in a single family is provided to the patient during one encounter, then this would constitute a single session and the lower-priced procedure(s) would be reduced.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Por otro lado, si un paciente tiene un encuentro por separado durante el mismo día debido a una razón médicamente necesaria y recibe un segundo servicio de proyección de imagen de la misma familia, entonces CMS considera que estos estudios múltiples de la misma familia, en el mismo día, se proveyeron en sesiones por separado.

En este último caso, CMS establece que el médico **debe utilizar el modificador "59"** para indicar múltiples sesiones y que la reducción por procedimientos múltiples no aplica. CMS respondió a aquellos que comentaron en la Reglamentación Final, la cual se publicó en el *Federal Register* el 21 de noviembre de 2005 (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a051121c.html), Sección J, página 70261).

Un ejemplo de las tarifas actuales y las tarifas calculadas para el año calendario 2006 se resumen en la Tabla 1. Las listas revisadas de procedimientos sujetos a la reducción se incluyen en la Tabla 2 en la sección **Información Adicional** de este artículo.

	Procedure 1 (CPT 74183)	Procedure 2 (CPT 72196)	Current total payment	CY 2006 total payment	CY 2006 payment calculation
PC	\$117.00	\$90.00	\$207.00	\$207.00	no reduction
TC	\$978.00	\$529.00	\$1,507.00	\$1,374.75	\$978 + (.75 x \$529)
Global	\$1,095.00	\$619.00	\$1,714.00	\$1,581.75	\$207+ \$978 + (0.75 x \$529)

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2006.

Información Adicional

Para más información puede llamar al 1-877-715-1912.

Las 11 familias de procedimientos con proyección de imagen cubiertas por este cambio se incluyen en la siguiente tabla:

Billing Policies

On the other hand, if a patient has a separate encounter on the same day for a medically necessary reason and receives a second imaging service from the same family, then CMS considers these multiple studies in the same family on the same day to be provided in separate sessions.

*In the latter case, CMS has established that the physician should **use modifier - 59** to indicate multiple sessions, and that the multiple procedure reduction does not apply.*

CMS responded to commenters in the Final Rule, which was published in the Federal Register on November 21, 2005 (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a051121c.html, Section J, page 70261).

*An example of the current and CY 2006 payments is summarized in Table 1, and the revised lists of procedures subject to the reduction are included in Table 2 in the **Additional Information** section of this article.*

Implementation

The implementation date for the instruction is January 3, 2006.

Additional Information

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

The 11 families of imaging procedures covered by this change are contained in the following table:

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

Diagnostic Imaging Services	
Family 1 Ultrasound (Chest/Abdomen/Pelvis - Non-Obstetrical)	
76604	Us exam, chest, b-scan
76700	Us exam, abdom, complete
76705	Echo exam of abdomen
76770	Us exam abdo back wall, comp
76775	Us exam abdo back wall, lim
76778	Us exam kidney transplant
76831	Echo exam, uterus
76856	Us exam, pelvic, complete
76857	Us exam, pelvic, limited
Family 2 CT and CTA (Chest/Thorax/Abd/Pelvis)	
71250	Ct thorax w/o dye
71260	Ct thorax w/ dye
71270	Ct thorax w/o & w/ dye
71275	Ct angiography, chest
72191	Ct angiography, pelv w/o & w/ dye
72192	Ct pelvis w/o dye
72193	Ct pelvis w/ dye
72194	Ct pelvis w/o & w/ dye
74150	Ct abdomen w/o dye
74160	Ct abdomen w/ dye
74170	Ct abdomen w/o & w/ dye
74175	Ct angiography, abdom w/o & w/ dye
75635	Ct angio abdominal arteries
0067T	Ct colonography; dx
Family 3 CT and CTA (Head/Brain/Orbit/Maxillofacial/Neck)	
70450	Ct head/brain w/o dye
70460	Ct head/brain w/ dye
70470	Ct head/brain w/o & w/ dye
70480	Ct orbit/ear/fossa w/o dye
70481	Ct orbit/ear/fossa w/ dye
70482	Ct orbit/ear/fossa w/o & w/ dye
70486	Ct maxillofacial w/o dye
70487	Ct maxillofacial w/ dye
70488	Ct maxillofacial w/o & w/ dye
70490	Ct soft tissue neck w/o dye
70491	Ct soft tissue neck w/ dye
70492	Ct soft tissue neck w/o & w/ dye
70496	Ct angiography, head
70498	Ct angiography, neck
Family 4 MRI and MRA (Chest/Abd/Pelvis)	
71550	Mri chest w/o dye
71551	Mri chest w/ dye
71552	Mri chest w/o & w/ dye
71555	Mri angio chest w/ or w/o dye
72195	Mri pelvis w/o dye
72196	Mri pelvis w/ dye

Cont. on next page

Diagnostic Imaging Services	
Family 4 MRI and MRA (Chest/Abd/Pelvis) Cont.	
72197	Mri pelvis w/o &w/ dye
72198	Mri angio pelvis w/ or w/o dye
74181	Mri abdomen w/o dye
74182	Mri abdomen w/ dye
74183	Mri abdomen w/o and w/ dye
74185	Mri angio, abdom w/ or w/o dye
Family 5 MRI and MRA (Head/Brain/Neck)	
70540	Mri orbit/face/neck w/o dye
70542	Mri orbit/face/neck w/ dye
70543	Mri orbit/face/neck w/o & w/dye
70544	Mr angiography head w/o dye
70545	Mr angiography head w/dye
70546	Mr angiography head w/o & w/dye
70547	Mr angiography neck w/o dye
70548	Mr angiography neck w/dye
70549	Mr angiography neck w/o & w/dye
70551	Mri brain w/o dye
70552	Mri brain w/dye
70553	Mri brain w/o & w/dye
Family 6 MRI and MRA (spine)	
72141	Mri neck spine w/o dye
72142	Mri neck spine w/dye
72146	Mri chest spine w/o dye
72147	Mri chest spine w/dye
72148	Mri lumbar spine w/o dye
72149	Mri lumbar spine w/dye
72156	Mri neck spine w/o & w/dye
72157	Mri chest spine w/o & w/dye
72158	Mri lumbar spine w/o & w/dye
Family 7 CT (spine)	
72125	CT neck spine w/o dye
72126	Ct neck spine w/dye
72127	Ct neck spine w/o & w/dye
72128	Ct chest spine w/o dye
72129	Ct chest spine w/dye
72130	Ct chest spine w/o & w/dye
72131	Ct lumbar spine w/o dye
72132	Ct lumbar spine w/dye
72133	Ct lumbar spine w/o & w/dye
Family 8 MRI and MRA (lower extremities)	
73718	Mri lower extremity w/o dye
73719	Mri lower extremity w/dye
73720	Mri lower ext w/ & w/o dye
73721	Mri joint of lwr extre w/o dye
73722	Mri joint of lwr extr w/dye
73723	Mri joint of lwr extr w/o & w/dye
73725 – MRA	Mr angio lower ext w or w/o dye

Cont. on next page

Family 9 CT and CTA (lower extremities)	
73700	Ct lower extremity w/o dye
73701	Ct lower extremity w/dye
73702	Ct lower extremity w/o & w/dye
73706	Ct angio lower ext w/o & w/dye
Family 10 Mr and MRI (upper extremities and joints)	
73218	Mri upper extr w/o dye
73219	Mri upper extr w/dye
73220	Mri upper extremity w/o & w/dye
73221	Mri joint upper extr w/o dye
73222	Mri joint upper extr w/dye
73223	Mri joint upper extr w/o & w/dye
Family 11 CT and CTA (upper extremities)	
73200	Ct upper extremity w/o dye
73201	Ct upper extremity w/dye
73202	Ct upper extremity w/o & w/dye
73206	Ct angio upper extr w/o & w/dye

Pub. NA / Trans. NA / SE 0587 / 01-27-2006 / ML RRC

ACTUALIZACIÓN DE EMERGENCIA A LAS TARIFAS FIJAS DEL 2006 DE MEDICARE PARA MÉDICOS

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas y/o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por servicios pagados de acuerdo a las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4268, la cual enmienda los archivos de pagos emitidos a Contratistas de Medicare basándose en la Reglamentación Final del MPFS del 21 de noviembre de 2005.

El CR4268 incluye un nuevo Código "G" para infusión intravenosa de inmunoglobulina (G0332), nuevos códigos "G" para el Proyecto de Demostración de Oncología de 2006, y cambios a los indicadores de códigos CPT de estatus, períodos globales y unidades de valores relativos.

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

Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés)

EMERGENCY UPDATE TO THE 2006 MEDICARE PHYSICIAN FEE SCHEDULE (MPFS)

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers and/or fiscal intermediaries (FIs) for services paid under the MPFS and provided to Medicare beneficiaries

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4268, which amends payment files issued to Medicare carriers based upon the November 21, 2005, MPFS Final Rule.

CR4268 includes a new G-code for intravenous infusion of immunoglobulin (G0332), new G-codes for the 2006 Oncology Demonstration Project, and changes to CPT code status indicators, global periods, and relative value units.

*See the **Background** section of this article for further details regarding these changes.*

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued payment files to carriers based

Cont. on next page

Políticas de Pago

emitieron archivos de pagos a Contratistas basados en la Regulación Final de MPFS publicada el 21 de noviembre de 2005, Federal Register (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a051121c.html), y el Acta de Seguro Social (Sección 1848(c)(4) (http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1848.htm)) autoriza a CMS a establecer políticas complementarias que sean necesarias para implementar valores relativos para servicios médicos.

El CR4268 enmienda los archivos de pagos de la Reglamentación Final MPFS del 21 de noviembre de 2005, e incluye un nuevo código "G" (G0332 – Infusión Intravenosa de Inmunoglobulina) y nuevos códigos "G" para el Proyecto de Demostración de Oncología de 2006. Hay descriptores corregidos para los códigos G0332, G0332, G9050-G9130, 0137T, 0001F, 0005F, y J7640. El indicador de cubierta en los archivos de códigos HCPCS deben ser "C" para los Códigos de Categoría III 0144T-0154T. Además, el CR4268 incluye cambios a muchos de los códigos del CPT con relación a:

- Indicadores de Estatus
- Períodos Globales; y
- Unidades de Valores Relativos

Refiérase al Anejo 1 del CR4268 para una lista completa de los cambios a los códigos "G" y los códigos CPT que se incluyen en esta actualización de emergencia a la base de datos de MPFS de 2006.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2006.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase al CR4268, la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario sobre este cambio. Puede ver esa instrucción en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R798CP.pdf>

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

Billing Policies

upon the MPFS Final Rule published in the November 21, 2005, Federal Register (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a051121c.html), and the Social Security Act (Section 1848(c)(4) (http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1848.htm)) authorizes CMS to establish ancillary policies necessary to implement relative values for physicians' services.

CR4268 amends the November 21, 2005, MPFS Final Rule payment files and includes a new G-code (G0332 - Intravenous Infusion of Immunoglobulin) and additional new G-codes for the 2006 Oncology Demonstration Project. There are corrected descriptors for codes G0332, G9050-G9130, 0137T, 0001F, 0005F, and J7640. The coverage indicator on the HCPCS files should be a "C" for Category III codes 0144T-0154T. In addition, CR4268 includes changes to several Current Procedural Terminology (CPT) codes with respect to:

- Status indicators;
- Global periods; and
- Relative value units.

See Attachment 1 of CR4268 for the complete list of changes to G-codes and CPT codes included in this Emergency Update to the 2006 MPFS Database.

Implementation

The implementation date for this instruction is January 3, 2006.

Additional Information

For complete details, please see CR4268, the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R798CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-30-05 /Trans. R798CP/CR-4268/01-25-06 / ML RRC

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE OCTUBRE 2005 PARA TARIFAS FIJAS DE DMEPOS

Proveedores Afectados

Médicos, Suplidores y Proveedores que facturan a los contratistas de Medicare, incluyendo Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) y/o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), incluyendo Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios pagados bajo las tarifas fijas de Equipo Médico Duradero, Protéticos, Ortóticos y Suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4026 y provee información específica en torno a la actualización trimestral de octubre para las tarifas fijas DMEPOS del 2005.

Trasfondo

Las tarifas fijas de DMEPOS se actualizan cada tres meses con el propósito de:

- Implementar las tarifas fijas para nuevos códigos; y
- Revisar cualquier cantidad de las tarifas fijas para códigos existentes con error de cálculo.

Se requiere el pago basado en las tarifas fijas para:

- Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés), aparatos protéticos, ortóticos, prótesis y vendajes quirúrgicos, según el Acta de Seguro Social (Secciones 1834 (a) (h) (i); y
- Nutrición Parenteral y Enteral (PEN por sus siglas en inglés), según reglamentaciones contenidas en el Código de Reglamentaciones Federales (42 CFR 414.102).

Nota: No hay cambios al archivo de tarifas fijas PEN para octubre de 2005.

Los siguientes códigos se añaden al Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS por sus siglas en

Billing Policies

OCTOBER 2005 QUARTERLY FEE SCHEDULE UPDATE FOR DMEPOS

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers, including Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs) and/or Fiscal Intermediaries (FIs), including Regional Home Health Intermediaries (RHHIs), for services paid under the DMEPOS Fee Schedule

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4026 and provides specific information regarding the October quarterly update of the 2005 Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) fee schedule.

Background

The DMEPOS fee schedules are updated on a quarterly basis in order to:

- *Implement fee schedule amounts for new codes; and*
- *Revise any fee schedule amounts for existing codes that were calculated in error.*

Payment on a fee schedule basis is required for:

- *Durable Medical Equipment (DME), prosthetic devices, orthotics, prosthetics, and surgical dressings by the Social Security Act (Sections 1834(a)(h)(i)); and*
- *Parenteral and Enteral Nutrition (PEN) by regulations contained in the Code of Federal Regulations (42 CFR 414.102).*

Note: *There are no changes to the PEN fee schedule file for October 2005.*

The following codes are being added to the Healthcare Common Procedure Coding

Cont. on next page

Políticas de Pago

inglés) el 1 de octubre de 2005 y los mismos son vigentes para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de octubre de 2005:

Billing Policies

System (HCPCS) on October 1, 2005, and are effective for claims with dates of service on or after October 1, 2005:

Code	Description of Code
Q0480	Driver for use with pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0481	Microprocessor control unit for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0482	Microprocessor control unit for use with electric/pneumatic combination ventricular assist device, replacement only
Q0483	Monitor/display module for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0484	Monitor/display module for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0485	Monitor control cable for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0486	Monitor control cable for use with electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0487	Leads (pneumatic/electrical) for use with any type electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0488	Power pack base for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0489	Power pack base for use with electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0490	Emergency power source for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0491	Emergency power source for use with electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0492	Emergency power supply cable for use with electric ventricular assist device, replacement only
Q0493	Emergency power supply cable for use with electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0494	Emergency hand pump for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0495	Battery/power pack charger for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0496	Battery for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0497	Battery clips for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0498	Holster for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0499	Belt/vest for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0500*	Filters for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0501	Shower covers for use with electric or electric/pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0502	Mobility cart for pneumatic ventricular assist device, replacement only
Q0503	Battery for pneumatic ventricular assist device, replacement only, each
Q0504	Power adapter for pneumatic ventricular assist device, replacement only, vehicle type
Q0505	Miscellaneous supply or accessory for use with ventricular assist device

*Los filtros de reemplazo descritos en el código Q0500 se proveen en cajas con cantidades variables, dependiendo del fabricante. Por tanto, para efectos de facturación, la base para el código Q0500 es la unidad, o sea "cada filtro".

*Replacement filters described by code Q0500 are furnished in boxes of varying quantities by different manufacturers. Therefore, the base unit for code Q0500 for billing purposes is per each filter.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Nota: Las instrucciones en relación a la implementación de los códigos antes mencionados se brindaron en el CR3931.

La siguiente tabla describe cambios venideros en ciertos códigos HCPCS para sillas de ruedas, vigente el 1 de octubre de 2005.

Billing Policies

Note: Instructions regarding the implementation of the above codes were furnished in CR3931.

The following table describes upcoming changes in certain HCPCS codes for wheelchairs beginning October 1, 2005.

HCPSC Code	New Information
E0971(anti-tipping device for wheelchairs)	The fee schedule amount for code E0971 is being revised to reflect a base billing unit of "EACH."Up to this point E0971 represented "each" or a "pair" of devices. In October the fee schedule will be standardized to represent fees per each unit.
E1038 & E1039 (transport chairs)	The fee schedule amounts for E1038 are being revised to correct errors in the fee calculations and reflect changes in billing for items under these codes. The fees erroneously included elevating leg rests and those should be billed separately using code K0195. The updated schedule will no longer include prices for the leg rests.
K0195 (elevating leg rests)	Suppliers should be billing these leg rests under this code.
E1039 (transport chairs with patient weight capacity over 300 pounds)	Claims dated on/after October 1, 2005 should contain E1039 for chairs with weight capacity OVER 300 pounds.
E1038 (transport chairs with patient weight capacity under 300 pounds)	Claims dated on/after October 1, 2005 should contain E1038 for chairs with weight capacity of 300 pounds or less.
E1238 (Pediatric size, folding, adjustable wheelchair without seating system)	The fee schedule is being revised for E1238 to correct fee schedule calculation errors.

Los Códigos HCPCS del L3000 hasta el L3649 se añadieron al archivo de tarifas vigente el 1 de julio de 2005 para uso en el pago de reclamaciones por concepto de zapatos que forman parte integral de una ortosis.

El código L5685 se añadió a los Códigos HCPCS vigente el 1 de enero de 2005. Las tarifas se establecen como parte de este informe.

Implementación

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

Información Adicional

Para más información, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista/

HCPCS codes L3000 through L3649 were added to the fee schedule file effective July 1, 2005, for use in paying claims for shoes that are an integral part of an orthoses.

L5685 was added to the HCPCS effective January 1, 2005. The fee schedules are being established as part of this report.

Implementation

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

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC/

Cont. on next page

Políticas de Pago

DMERC/ Intermediario en relación a este cambio. Puede ver esta instrucción en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/>

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

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

También, el proceso de actualización trimestral para las tarifas fijas de DMEPOS se encuentra en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub 100-04, Capítulo 23, Sección 60). Puede encontrar este manual en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/>.

Billing Policies

intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals> on the CMS

web site. From that web page, look for CR4026 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

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

Also, the quarterly updates process for the DMEPOS fee schedule is located in the Medicare Claims Processing Manual (Pub 100-04, Chapter 23, Section 60). This manual can be accessed at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/> on the CMS web site.

Pub. 09-02-05 / Trans. 665 / CR-4026 / 11-26-05 / ML RRC

Medicamentos

LÍMITES DE PAGO DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE B DE MEDICARE (ASP) ENERO 2006

Los límites de pago de medicamentos de la Parte B de Medicare se revisaron. Los límites están incluidos en los archivos de pago del precio promedio de venta (ASP, por sus siglas en inglés) y en el "Not Otherwise Classified". Estas tarifas sustituyen cualquier publicación emitida previa a este documento. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) actualizan los límites de pago en un periodo trimestral.

Este artículo provee notificación de la actualización a los límites de pago permitidos en los archivos de medicamentos de la Parte B para enero 2006, enero 2005, abril 2005, julio 2005 y octubre 2005.

Información que debe recordar:

- Los límites de pago permitidos para enero 2005 aplican a fechas de servicio del 1 de enero de 2005 al 31 de marzo de 2005.
- Los límites de pago permitidos para abril 2005 aplican a fechas de servicio del 1 de abril de 2005 al 30 de junio de 2005.
- Los límites de pago permitidos para julio 2005 aplican a fechas de servicio del 1 de julio de 2005 al 30 de septiembre de 2005.
- Los límites de pago permitidos para octubre 2005 aplican a fechas de servicio del 1 de octubre de 2005 al 31 de diciembre de 2005.
- Los límites de pago permitidos para enero 2006 aplican a fechas de servicio del 1 de enero de 2006 al 31 de marzo de 2006.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede ver esta instrucción (CR4140) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4140.pdf>.

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

Drugs

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

Medicare Part B drug payment limits have been revised. The revised payment limits included in the ASP and Not Otherwise Classified (NOC) payment files supersede for these codes in any publication published prior to this document. The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) updates the payment limits on a quarterly basis.

This article provides notice of the payment allowance limits update in the January 2006, January 2005, April 2005, July 2005, and October 2005 drug pricing files.

Information you need to remember

- *The January 2005 payment allowance limits apply to dates of service January 1, 2005 through March 31, 2005.*
- *The April 2005 payment allowance limits apply to dates of service April 1, 2005 through June 30, 2005.*
- *The July 2005 payment allowance limits apply to dates of service July 1, 2005 through September 30, 2005.*
- *The October 2005 payment allowance limits apply to dates of service October 1, 2005 through December 31, 2005.*
- *The January 2006 payment allowance limits apply to dates of service January 1, 2006 through March 31, 2006.*

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR4140) may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4140.pdf> on the CMS web site.

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

Trans. 746 / CR 4140/02-15-06 Rev./CF

Aviso de Remesa

ACTUALIZACIÓN AL CÓDIGO DE COMENTARIO DE LA REMESA DE PAGO Y AL CÓDIGO DE DENEGACIÓN EN EL AJUSTE DE LA RECLAMACIÓN

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) informan nuevos cambios a los códigos de comentarios de la Remesa de Pago (RA, por sus siglas en inglés) y a los códigos de denegación en el Ajuste de la Reclamación. Ver la instrucción oficial para acceder los dos listados que incluyen los cambios aprobados desde el 30 de junio de 2005.

Los conjuntos de códigos de comentario y denegación deben utilizarse para informar ajustes en los pagos en las transacciones de la remesa de pago con dos conjuntos de códigos. Los códigos de denegación también se utilizan en algunas transacciones de coordinación de beneficio. La lista de los códigos de comentarios de la Remesa de Pago (RA) es mantenida por CMS, y utilizada por los proveedores. Adiciones, desactivaciones, y modificaciones a la lista de código puede ser iniciada por entidades de Medicare u no relacionada con Medicare. Esta lista es actualizada tres veces al año.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede ver esta instrucción (CR4123) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4123.pdf>.

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

Remittance Advice

REMITTANCE ADVICE REMARK CODE AND CLAIM ADJUSTMENT REASON CODE UPDATE

The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) inform new changes to the Remittance Advice (RA) remark codes and Claim Adjustment reason codes. Please see the official instruction to access the two lists which include the approved changes since June 30, 2005.

The reason and remark code sets must be used to report payment adjustments in remittance advice transactions with two code sets. The reason codes are also used in some coordination of benefits transactions. The remittance advice remark code list is maintained by CMS, and used by all payers. Additions, deactivations, and modifications to the code list may be initiated by Medicare and non-Medicare entities. This list is updated three times a year.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR4123) may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4123.pdf> on the CMS web site.

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

CR 4123 / Trans. 743 / MM 4123/01-11-06

Reclamaciones

FIN DEL PROCESO ACTUAL DE “CROSSOVER” BASADO EN ARCHIVOS DE ELEGIBILIDAD EN TODOS LOS CONTRATISTAS DE MEDICARE

Proveedores Afectados

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

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR por sus siglas en inglés) 4231, la cual informa a los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, DMERCs, FIs y RHHIs) sobre sus responsabilidades en la discontinuación del proceso actual para transferir reclamaciones al seguro de salud secundario (“crossover” de aquí en adelante) basado en archivos de elegibilidad. Esta discontinuación entrará en vigor el 3 de enero de 2006. **El CR4231 impacta principalmente a los socios de negocio de CMS, según se definen más adelante en este artículo. El artículo es de carácter mayormente informativo para los proveedores.**

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) discontinuarán el proceso actual de “crossover” a partir del 3 de enero de 2006, y el CR4231 delinea los procesos que deben seguir los Contratistas de Medicare cuando los socios de negocios solicitan una dispensa que les permita moverse a “crossover” en producción con el Contratista de Coordinación de Beneficios de CMS (COBC por sus siglas en inglés) más allá del 3 de enero de 2006.

Este artículo es solamente de carácter informativo para los proveedores, de modo de que estén enterados del potencial para cambios sobre la manera en que sus reclamaciones se envían a los socios de negocios de CMS para las acciones

Claims

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

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and/or fiscal intermediaries (FIs), including regional home health intermediaries (RHHIs), for services to Medicare beneficiaries

Provider Action Needed

*This article is based on Change Request (CR) 4231, which informs Medicare contractors (carriers, DMERCs, FIs, and RHHIs) about their responsibilities regarding the discontinuance of the current eligibility file-based crossover process effective January 3, 2006. **The impact of CR4231 is primarily on CMS trading partners as defined later in this article. The article is primarily informational for providers.***

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will discontinue the current eligibility file-based crossover process effective January 3, 2006, and CR 4231 outlines the processes that Medicare contractors must follow when trading partners request a waiver to enable them to move into crossover production with the CMS Coordination of Benefits Contractor (COBC) beyond January 3, 2006.

This article is informational only for providers, so they may be aware of the potential for changes in how their claims are forwarded to CMS trading partners for coordination of

Cont. on next page

Reclamaciones

de coordinación de beneficios. Refiérase a la sección *Trasfondo* de este artículo para más detalles sobre la eliminación del proceso actual de “crossover” basado en archivos de elegibilidad.

Trasfondo

CMS ha estado probando su proceso nacional consolidado de “crossover” de Acuerdo para Coordinación de Beneficios (COBA por sus siglas en inglés) con más de 120 socios de negocio, desde julio del 2004. Durante este tiempo, CMS y su Contratista de Coordinación de Beneficios (COBC por sus siglas en inglés) han llevado a los archivos de reclamaciones HIPAA *American National Standards Institute* (ANSI) X12-N 837 COB, hacia altos niveles de cumplimiento con la Versión 4010-A1 837, Guías de Implementación de Reclamaciones Institucionales y Profesionales. Desde el mes de junio de 2005, CMS ha estado movilizándolo a los socios de negocios hacia el “crossover” en producción con su respectivo COBC. Esta tendencia se ha acelerado recientemente.

Nota: El término socio de negocios (trading partner) se define como aquel que emite una póliza que complementa a Medicare o a una Agencia Estatal responsable de la administración del Título XIX de la Ley de Seguro Social. También se define como una agencia federal, o contratista de ésta, que administra y provee servicios de salud a sus beneficiarios elegibles o a una entidad que trabaja bajo contrato con un plan de patrono auto-asegurado o una aseguradora que adjudica reclamaciones y realiza otras funciones de aseguradora relacionadas. El término socio de negocios (“trading partner”) no incluye a aquellas entidades que meramente reciben, encaminan y/o traducen archivos, tales como centros de facturación de servicios de salud (“clearinghouses”), suplidores de servicio de red, servicios de transmisión de datos y servicios de facturación. Sin embargo, CMS y su COBC pueden transmitir reclamaciones de “crossover” a los socios de negocios (“trading partners”) a través de una de esas entidades.

Recientemente CMS brindó guías a todos los Contratistas de Medicare (Contratistas de la Parte B, FIs y RHHIs) sobre la discontinuación del proceso actual de “crossover” basado en archivos

Claims

benefits activities. See the Background Section of this article for further details regarding the termination of the existing eligibility file-based crossover process.

Background

CMS has been testing its national Coordination of Benefits Agreement (COBA) consolidated crossover process with over 120 trading partners starting in July 2004. During this time, CMS and its Coordination of Benefits Contractor (COBC) have brought the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) American National Standards Institute (ANSI) X12-N 837 Coordination of Benefits (COB) claim files into high degrees of compliancy with the Version 4010-A1 837 Institutional and Professional Claim Implementation Guides. Starting in June 2005, CMS has been moving trading partners into crossover production with the COBC, and this trend has recently been accelerating.

Note: *“Trading Partner” is defined as an issuer of an insurance policy that supplements Medicare or a State agency responsible for administration of Title XIX of the Social Security Act. It is also defined as a federal agency, or contractor thereof, that administers and provides health care benefits for its eligible beneficiaries or an entity working under contract with a self-insured employer plan or an insurer to adjudicate claims and perform other insurance functions. A trading partner does not include entities that merely receive, route, and/or translate files, such as health care clearinghouses, network service vendors, data transmission services, and billing services. CMS and its COBC may, however, transmit crossover claims to trading partners through one of these entities.*

CMS recently provided guidance to all Medicare contractors (carriers, DMERCs, FIs, and RHHIs) regarding the discontinuance of the existing eligibility file-based crossover

Cont. on next page

Reclamaciones

de elegibilidad vigente a partir del 31 de diciembre de 2005 (JSM-06026). En estas guías CMS describió el proceso de dispensa que deben seguir los socios de negocios que no pasarán al proceso de producción de “crossover” de COBA para el 31 de diciembre de 2005.

Además, se publica el CR4231 con el fin de:

- Aclarar todos los requisitos que los Contratistas de Medicare tienen que cumplir en lo que se refiere a la discontinuación del proceso actual de “crossover” basado en archivos de elegibilidad, y
- Actualizar la fecha de terminación para el proceso actual de “crossover” basado en archivos de elegibilidad.

Esto le permitirá a los Contratistas de Medicare comenzar el proceso de terminación para aquellos socios de negocios **que no se habían movido** a COBA en producción para el 31 de diciembre de 2005.

Nota: El “archivo de elegibilidad” es el archivo de datos que provee el socio de negocios y que contiene los expedientes necesarios para identificar a los beneficiarios de Medicare para efectos de recibir reclamaciones de “crossover” de la Parte A y B; y para informar sobre la existencia de cubierta de medicamentos recetados por parte del socio de negocio.

Los Contratistas de Medicare bajo CMS no pasarán reclamaciones a los socios de negocios más allá del 3 de enero de 2006, en cumplimiento con los acuerdos de “crossover” firmados y la presentación de archivos de elegibilidad COB. A partir del 3 de enero de 2006, el COBC de CMS transferirá todas las reclamaciones a los socios de negocios exclusivamente en el formato HIPAA ANSI X12-N 837 COB (versión 4010-A1) por medio del proceso de “crossover” basado en archivos de elegibilidad COBA a menos que:

1. Los Contratistas de Medicare han sometido solicitudes de dispensa a CMS en representación de sus socios de negocios no más tarde del 16 de diciembre de 2005. (**Nota:** los socios de negocios tendrían que haber sometido estas solicitudes a los Contratistas de Medicare no más tarde del 7 de diciembre de 2005), y

Claims

process effective December 31, 2005 (JSM-06026), and described a waiver process that trading partners who will not be moving into COBA crossover production by December 31, 2005, must follow.

In addition, CR4231 is being issued to:

- *Clarify all Medicare contractor requirements as they relate to the discontinuance of the existing eligibility file-based crossover process; and*
- *Update the end date for the existing Medicare eligibility file-based crossover process to January 3, 2006, for Medicare contractor purposes.*

*This will enable the Medicare contractors to initiate the termination process for those trading partners **that have not moved** to COBA production by December 31, 2005.*

Note: *The “eligibility file” is the data file provided by the Trading Partner containing the records required to identify Medicare beneficiaries for purposes of receiving Medicare Part A and B crossover claims and reporting existing prescription drug coverage by the trading partner.*

CMS Medicare contractors will not cross claims over to trading partners beyond January 3, 2006, pursuant to signed crossover agreements and the submission of COB eligibility files. As of January 3, 2006, CMS’ COBC will exclusively cross over all claims to trading partners in the HIPAA ANSI X12-N 837 COB (version 4010-A1) formats via the COBA eligibility file-based crossover process, unless:

1. *Medicare contractors have submitted waiver requests to CMS on behalf of their current trading partners no later than December 16, 2005 (**Note:** Trading partners would need to have submitted these requests to the Medicare contractors no later than December 7, 2005), and*

Cont. on next page

Reclamaciones

2. CMS ha aprobado las solicitudes de dispensa de los socios de negocios antes del 3 de enero de 2006. (**Nota:** CMS planifica tomar una decisión sobre todas las solicitudes de dispensa no más tarde del 21 de diciembre de 2005, a menos que las solicitudes de dispensa tardías requieran atención).

Proceso de Notificación de Terminación a los socios de negocios que no han solicitado Dispensa

Todos los Contratistas de Medicare no comenzarán el proceso de terminación del proceso actual de “crossover” basado en archivos de elegibilidad con cada socio de negocios que no ha solicitado y obtenido una dispensa, antes del 3 de enero de 2006.

Impacto en los Crossovers de Medigap Mandatorio Basado en Reclamaciones

La fecha de término, 3 de enero de 2006, **no aplica** a los “crossover” correspondientes de Medigap mandatorio (basado en reclamaciones), las cuales están autorizadas por el *Ómnibus Reconciliation Act* del 1987 [Ley Pública 100-203, Sección 4081(a)(B)] y al presente se encuentran apoyadas por los Contratistas de la Parte B de Medicare y los DMERCs.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 9 de enero de 2006.

Información Adicional

Para obtener información más detallada, por favor refiérase la instrucción oficial emitida a su Contratista/DMERC/Intermediario sobre este cambio. Puede encontrar esta instrucción visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R198OTN.pdf>

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

Claims

2. CMS has approved the trading partners' waiver requests in advance of January 3, 2006. (**Note:** CMS plans to reach a decision on all waiver requests no later than December 21, 2005, unless late waiver requests must be addressed.)

Termination Process Notifications to Trading Partners That Have Not Requested a Waiver

All Medicare contractors will begin the termination of the existing eligibility filebased crossover process with each individual trading partner that has not requested and received a waiver no sooner than January 3, 2006.

Impact on Mandatory Medigap (“Claim-Based”) Crossovers

The January 3, 2006, end date **does not apply** to mandatory Medigap (“claimbased”) crossovers, which are authorized by the *Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987* [Public Law 100-203, Section 4081(a)(B)], and currently supported by Part B and DMERC contractors.

Implementation

The implementation date for this instruction is January 9, 2006.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/transmittals/downloads/R198OTN.pdf> on the CMS web site.

Pub. 12-09-05 /Trans. 198/CR-4231/01-25-06/ML RRC

Reclamaciones

CÓDIGO QUE DESCRIBE LA CATEGORÍA DEL ESTATUS EN LA RECLAMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CÓDIGO DE ESTATUS DE RECLAMACIÓN

Esta instrucción anuncia la actualización de los códigos de estatus de reclamación y de los códigos que indican la categoría del estatus de la reclamación, en dónde los contratistas de Medicare deberán utilizar los códigos de petición y respuesta ASC X12N 276/277.

Los contratistas deberán utilizar los códigos con la designación “nuevo a partir de 4/06” y fechas anteriores e informar a los proveedores de los nuevos códigos.

La actualización a la notificación recurrente aplica al capítulo 31 sección 20.7, códigos de categoría para las reclamaciones de cuidado de la salud y códigos de estatus para las reclamaciones de cuidado de la salud los cuales deberán ser utilizados con los códigos de petición y respuesta de las reclamaciones de cuidado de la salud ASC X12N 276/277.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede ver esta instrucción (CR4256) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4256.pdf>.

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

Claims

CLAIM STATUS CATEGORY CODE AND CLAIM STATUS CODE UPDATE

This transmittal updates the claim status codes and claim status category codes for use by Medicare contractors with the health care claim status request and response ASC X12N 276/277.

Contractors are to use codes with the “new as of 4/06” designation and prior dates and inform affected providers of the new codes.

The attached recurring notification update applies to chapter 31, section 20.7, health care claim status category codes and health care claims status codes for use with the health care claim status request and response ASC X12N 276/277.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction (CR4256) may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM4256.pdf> on the CMS web site.

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

R4256/Trans.814/MM4256/01-23-06

Laboratorio

CAMBIOS AL MÓDULO DE ÉDITOS DEL NCD DE LABORATORIO PARA OCTUBRE DE 2005

Proveedores Afectados

Laboratorios que facturan a los Contratistas o Intermediarios de Medicare por concepto de servicios de laboratorio clínico.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

El CR 4005 anuncia cambios a las listas de códigos incluidos en la publicación de octubre del 2005 del Módulo de Éditos de Medicare para las Determinaciones de Cubierta Nacional de Laboratorio (NCD por sus siglas en inglés) para servicios de laboratorio clínico. Estos cambios son el resultado de nuevo cambios de códigos ICD-9 vigentes a partir del 1 de octubre de 2005.

Trasfondo

Los NCDs para servicios de laboratorio clínico fueron desarrollados por el comité de reglamentación negociada de laboratorios y se publicaron como la reglamentación final, 66 FR, 58788, el 23 de noviembre de 2001.

La *Computer Sciences Corporation* desarrolló una aplicación de informática uniforme nacionalmente y la misma fue incorporada a los sistemas de procesamiento de reclamaciones de Medicare. De esta forma, a partir del 1 de enero de 2003, las reclamaciones sujetas a cualquiera de los 23 NCDs se procesan de manera uniforme a través de la nación.

Además, el módulo de éditos de laboratorio para los NCDs se actualiza trimestralmente, según sea necesario. De esta forma, se reflejan actualizaciones ministeriales de codificación y cambios sustantivos a los NCDs desarrollados a través del proceso de NCDs. (Véase el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-4, Capítulo 16, Sección 120.2.)

Puede encontrar este manual en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals>.

El CR 4005 anuncia los cambios que se incluirán en la publicación de módulo de éditos de octubre

Laboratory

CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR OCTOBER 2005

Provider Types Affected

Laboratories billing Medicare carriers or intermediaries for clinical diagnostic laboratory services

Provider Action Needed

CR4005 announces changes to the list of codes included in the October 2005 release of the Medicare Laboratory National Coverage Determination (NCD) edit module for clinical diagnostic laboratory services.

These changes are a result of new ICD-9-CM code changes that become effective October 1, 2005.

Background

The NCDs for clinical diagnostic laboratory services were developed by the laboratory negotiated rulemaking committee and published as final rule, 66 FR, 58788, on November 23, 2001.

Nationally uniform software was developed by Computer Sciences Corporation and incorporated into the Medicare claim processing systems so that laboratory claims subject to any of the 23 NCDs are processed uniformly throughout the nation, effective January 1, 2003.

In addition, the laboratory edit module for the NCDs is updated quarterly as necessary to reflect ministerial coding updates and substantive changes to the NCDs developed through the NCDs process. (See the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-4, Chapter 16, Section, 120.2.

This manual may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals> on the CMS web site.)

CR4005 announces the changes that will be included in the October 2005 release of the

Cont. on next page

Laboratorio

de 2005 para servicios de laboratorio clínico. Esos cambios, vigentes el 1 de octubre de 2005, incluyen lo siguiente:

Cultivo de Orina

De acuerdo al análisis de codificación, CMS está añadiendo el código nuevo ICD-9-CM **585.6, End Stage Renal Disease**, a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Cultivo de Orina. CMS está eliminando el código ICD-9 CM **585, Chronic Renal Failure**, de la misma lista para este NCD.

Pruebas Diagnósticas del Virus de Inmunodeficiencia (VIH)

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos de ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Pruebas Diagnósticas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estos códigos son los siguientes:

287.30 - Primary thrombocytopenia, unspecified	287.33 - Congenital and hereditary thrombocytopenic purpura
287.31 - Immune thrombocytopenic purpura	287.39 - Other primary thrombocytopenia
287.32 - Evans' syndrome	

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **287.3, Primary Thrombocytopenia**, de la misma lista para este NCD.

Contaje Sanguíneo

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM que no cumplen con la Necesidad Médica que define Medicare para Contajes Sanguíneos. Estos códigos son los siguientes:

443.82 - Erythromelalgia	V26.31 - Testing for genetic disease carrier status
525.40 - Complete edentulism, unspecified	V26.32 - Other genetic testing
525.41 - Complete edentulism, class I	V26.33 - Genetic counseling
525.42 - Complete edentulism, class II	V49.84 - Bed confinement status
525.43 - Complete edentulism, class III	V59.70 - Egg (oocyte) (ovum) donor, unspecified
525.44 - Complete edentulism, class IV	V59.71 - Egg (oocyte) (ovum) donor, under age 35, anonymous recipient
525.50 - Partial edentulism, unspecified	V59.72 - Egg (oocyte) (ovum) donor, under age 35, designated recipient
525.51 - Partial edentulism, class I	V59.73 - Egg (oocyte) recipient (ovum) donor, age 35 and over, designated recipient
525.52 - Partial edentulism, class II	V59.74 - Egg (oocyte) (ovum) donor, age 35 and over, designated recipient
525.53 - Partial edentulism, class III	V62.84 - Suicidal ideation
525.54 - Partial edentulism, class IV	

Laboratory

edit module for clinical diagnostic laboratory services. Those changes, which become effective October 1, 2005, include the following:

Urine Culture

*In accordance with the coding analysis, CMS is adding new ICD-9-CM code **585.6, End Stage Renal Disease**, to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for Urine Culture. CMS is deleting ICD-9-CM code **585, Chronic Renal Failure**, from the same list for this NCD.*

Immunodeficiency Virus (HIV) Testing (Diagnosis)

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing (Diagnosis). Those codes are as follows:

*CMS is deleting ICD-9-CM code **287.3, PrimaryThrombocytopenia**, from the same list for this NCD.*

Blood Counts

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes That Do Not Support Medical Necessity for Medicare for Blood Counts. Those codes are as follows:

Cont. on next page

Laboratorio

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **V26.3, Genetic Counseling and Testing**, de la misma lista para este NCD.

Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT por sus siglas en inglés)

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para *Tiempo Parcial de Tromboplastina* (PTT). Estos códigos son los siguientes:

287.30 - Primary thrombocytopenia, unspecified	585.4 Chronic kidney disease, Stage IV (severe)
287.31 - Immune thrombocytopenic purpura	585.5 Chronic kidney disease, Stage V
287.32 - Evans' syndrome	585.6 - End stage renal disease
287.33 - Congenital and hereditary thrombocytopenic purpura	585.9 Chronic kidney disease, unspecified
287.39 - Other primary thrombocytopenia	

CMS está eliminando los códigos ICD-9-CM, **287.3, Primary Thrombocytopenia** y **585, Chronic Renal Failure**, de la misma lista para este NCD.

Tiempo de Protrombina (PT por sus siglas en inglés)

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Tiempo de Protrombina (PT). Estos códigos son los siguientes:

287.30 - 287.39 as defined in the section on Partial Thromboplastin Time (PTT) above	585.4 – 585.9 as defined in the section on Partial Thromboplastin Time (PTT) above.
443.82 Erythromelalgia	

CMS está eliminando los códigos ICD-9-CM, **287.3, Primary Thrombocytopenia** y **585, Chronic Renal Failure**, de la misma lista para este NCD.

Estudios de Niveles de Hierro

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para *Estudios de Niveles de Hierro en sangre*. Estos códigos son los siguientes:

287.30 – 287.39 as defined in the section on Partial Thromboplastin Time (PTT) above.	585.4 – 585.9 as defined in the section on Partial Thromboplastin Time (PTT) above.
---	---

CMS está eliminando los códigos ICD-9-CM, **287.3, Primary Thrombocytopenia**, y **585, Chronic Renal Failure**, de la misma lista para este NCD.

Laboratory

CMS is deleting ICD-9-CM code **V26.3, Genetic Counseling and Testing**, from the same list for this NCD.

Partial Thromboplastin Time (PTT)

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for *Partial Thromboplastin Time* (PTT). Those codes are as follows

585.4 Chronic kidney disease, Stage IV (severe)
585.5 Chronic kidney disease, Stage V
585.6 - End stage renal disease
585.9 Chronic kidney disease, unspecified

CMS is deleting ICD-9-CM codes, **287.3, Primary Thrombocytopenia**, and **585, Chronic Renal Failure**, from the same list for this NCD.

Prothrombin Time (PT)

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for *Prothrombin Time* (PT). Those codes are as follows:

585.4 – 585.9 as defined in the section on Partial Thromboplastin Time (PTT) above.

CMS is deleting ICD-9-CM code, **287.3, PrimaryThrombocytopenia**, and **585, Chronic Renal Failure**, from the same list for this NCD.

Serum Iron Studies

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for *Serum Iron Studies*. Those codes are as follows:

585.4 – 585.9 as defined in the section on Partial Thromboplastin Time (PTT) above.

CMS is deleting ICD-9-CM codes **287.3, PrimaryThrombocytopenia**, and **585, Chronic Renal Failure**, from the same list for this NCD.

Cont. on next page

Laboratorio

Pruebas de Glucosa en Sangre

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Pruebas de Glucosa en Sangre. Estos códigos son los siguientes:

276.50 Volume depletion, unspecified	276.52 Hypovolemia
276.51 Dehydration	

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **276.5, Volume Depletion**, de la misma lista para este NCD.

Pruebas de Tiroides

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Pruebas de Tiroides. Estos códigos son los siguientes:

327.00 - Organic insomnia, unspecified	327.29 - Other organic sleep apnea
327.01 - Insomnia due to medical condition classified elsewhere	327.52 - Sleep related leg cramp
327.09 - Other organic insomnia	327.8 - Other organic sleep disorders

Pruebas de Lípidos

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Pruebas de Lípidos. Estos códigos son los siguientes:

278.02 - Overweight	585.4 – 585.9 as defined in Partial Thromboplastin Time (PTT) above.
---------------------	--

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **585, Chronic Renal Failure**, de la misma lista para este NCD.

Ensayo Terapéutico de Digoxina

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Ensayo Terapéutico de Digoxina. Estos códigos son los siguientes:

276.50 - Volume depletion, unspecified	585.3 - Chronic kidney disease, Stage III (moderate)
276.51 - Dehydration	585.4 - Chronic kidney disease, Stage IV (severe)
276.52 - Hypovolemia	585.5 - Chronic kidney disease, Stage V
426.82 - Long QT syndrome	585.6 - End stage renal disease
585.1 - Chronic kidney disease, Stage I	585.9 - Chronic kidney disease, unspecified
585.2 - Chronic kidney disease, Stage II (mild)	

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **276.5, Volume Depletion** y **585, Chronic Renal Failure**, de la misma lista para este NCD

Laboratory

Blood Glucose Testing

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for Blood Glucose Testing. Those codes are as follows:

CMS is deleting ICD-9-CM code **276.5, Volume Depletion**, from the same list for this NCD.

Thyroid Testing

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for Thyroid Testing. Those codes are as follows:

Lipid Testing

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for Lipid Testing. Those codes are as follows:

CMS is deleting ICD-9-CM code **585, Chronic Renal Failure**, from the same list for this NCD.

Digoxin Therapeutic Drug Assay

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for Digoxin Therapeutic Drug Assay. Those codes are as follows:

CMS is deleting ICD-9-CM codes **276.5, Volume Depletion**, and **585, Chronic Renal Failure**, from the same list for this NCD. Cont. on next page

Laboratorio

Prueba de Antígeno Específico de Próstata

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para *Prueba de Antígeno Específico de Próstata*. Estos códigos son los siguientes:

599.60 - Urinary obstruction, unspecified

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **599.6, *Urinary Obstruction***, de la misma lista para este NCD.

Pruebas de Gama Glutamil Transferasa

CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Pruebas de Gama Glutamil Transferasa. Estos códigos son los siguientes:

291.82 - Alcohol induced sleep disorders
567.21 - Peritonitis (acute) generalized
567.22 - Peritoneal abscess
567.23 - Spontaneous bacterial peritonitis
567.29 - Other suppurative peritonitis
567.38 - Other retroperitoneal abscess

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **567.2, *Suppurat Peritonitis NEC*, 567.8 *Peritonitis NEC*, y 585, *Chronic Renal Failure***, de la misma lista para este NCD.

Prueba de Sangre Fecal Oculta

CMS está añadiendo los códigos ICD-9-CM del 287.30 al 287.39 (según se define en Tiempo Parcial de Tromboplastina [PTT] antes mencionado) a la lista de Códigos ICD-9-CM Cubiertos por Medicare para Pruebas de Sangre Fecal Oculta.

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **287.3, *Primary Thrombocytopenia***, de la misma lista para este NCD.

NCD's Negociados para Laboratorios

De acuerdo con el análisis de codificación, CMS está añadiendo nuevos códigos ICD-9-CM a la lista de Códigos ICD-9-CM No Cubiertos por Medicare para los NCDs Negociados para Laboratorios. Estos códigos son los siguientes:

Laboratory

Prostate Specific Antigen Testing

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for *Prostate Specific Antigen Testing*. Those codes are as follows:

599.69 - Urinary obstruction, not elsewhere classified
--

CMS is deleting ICD-9-CM codes, **599.6, *Urinary Obstruction***, from the same list for this NCD.

Gamma Glutamyl Transferase Testing

CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for *Gamma Glutamyl Transferase Testing*. Those codes are as follows:

567.39 - Other retroperitoneal infections
567.81 - Choleperitonitis
567.82 - Sclerosing mesenteritis
567.89 - Other specified peritonitis
585.6 - End Stage Renal Disease

CMS is deleting ICD-9-CM codes, **567.2, *Suppurat Peritonitis NEC*, 567.8, *Peritonitis NEC*, and 585, *Chronic Renal Failure***, from the same list for this NCD.

Fecal Occult Blood Testing

CMS is adding ICD-9-CM codes 287.30 – 287.39 (as defined in *Partial Thromboplastin Time (PTT) above*) to the list of ICD-9-CM Codes Covered by Medicare for *Fecal Occult Blood Testing*.

CMS is deleting ICD-9- CM code, **287.3, *PrimaryThrombocytopenia***, from the same list for this NCD.

Negotiated Laboratory NCDs

In accordance with the coding analysis, CMS is adding new ICD-9-CM codes to the list of ICD-9-CM Codes Not Covered by Medicare for the *Negotiated Laboratory NCDs*. Those codes are as follows:

Cont. on next page

Laboratorio

NCD's Negociados para Laboratorios

V17.81 - Family history, Osteoporosis
V17.89 - Family history, Other musculoskeletal diseases

CMS está eliminando el código ICD-9-CM **V17.8, Family history of certain chronic disabling diseases**, de la misma lista para este NCD.

Fecha de Implementación

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

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial enviada a su Contratista o Intermediario sobre este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals>

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

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

Pub. 08-19-05/Trans. 651/CR-4005/11-22-05 /ML RRC

Laboratory

Negotiated Laboratory NCDs

V18.9 - Family history, Genetic disease carrier

CMS is deleting ICD-9-CM code, **V17.8, Family history of certain chronic disabling diseases**, from the same list.

Implementation Date

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

Additional Information

To see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change may be found by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals> on the CMS web site.

From that web page, look for CR 4005 in the CR NUM column on the right, and then click on the file for that CR.

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

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE 2006 DE LAS TARIFAS FIJAS DE LABORATORIO CLÍNICO Y SERVICIOS DE LABORATORIO SUJETOS A PAGO POR CARGOS RAZONABLES

Proveedores Afectados

Laboratorios Clínicos.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo y la Petición de Cambio (CR por su siglas en inglés) 4144 relacionado contienen información importante sobre:

- Actualizaciones Anuales de 2006 a la tarifas fijas de Laboratorios Clínicos
- Relacionar los nuevos códigos de pruebas de laboratorio con los códigos del 2005, y
- Los costos de laboratorio relacionados a servicios sujetos al pago por la metodología de cargos razonables.

2006 ANNUAL UPDATE FOR CLINICAL LABORATORY FEE SCHEDULE AND LABORATORY SERVICES SUBJECT TO REASONABLE CHARGE PAYMENT

Provider Types Affected

Clinical laboratories.

Provider Action Needed

This article and related CR4144 contain important information regarding:

- The 2006 annual updates to the clinical laboratory fee schedule;
- Mapping for new codes for clinical laboratory tests; and
- Laboratory costs related to services subject to reasonable charge payments.

Cont. on next page

Laboratorio

Es importante que los laboratorios afectados entiendan estos cambios para asegurar que Medicare efectúe pagos correctos y precisos.

Trasfondo

Actualización a las Tarifas de Laboratorios Clínicos

De acuerdo con la sección 1833(h)(2)(A)(i) de la Ley de Seguro Social, según enmendada por la Sección 628 del *Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA)* de 2003, la actualización anual de las tarifas locales de laboratorios clínicos para el año 2006 es el 0 por ciento.

La Sección 1833(a)(1)(D) de la Ley establece que el pago de pruebas de laboratorio clínico es el menor del cargo real facturado por la prueba, la tarifa local o la Cantidad de Limitación Nacional (NLA por sus siglas en inglés).

Nota: El deducible de la Parte B y el co-aseguro no aplican a servicios pagaderos bajo la tarifa fija de laboratorios clínicos.

Cantidades de Pagos Mínimos Nacionales

Para una prueba de cáncer cervical o vaginal (*pap smear*), la sección 1833(h)(7) de la Ley requiere que el pago sea la cantidad menor de la tarifa local o el NLA, pero que no sea menor que una cantidad mínima de pago nacional. Además, el pago no puede exceder la cantidad real.

La cantidad del pago mínimo nacional para el año 2006 es \$14.76 (\$14.76 más cero por ciento de actualización para el 2006). Los códigos afectados para la cantidad de pago mínimo nacional incluyen los siguientes códigos CPT:

88142	88143	88147	88148	88150	88152	88153
88154	88164	88165	88166	88167	88174	88175
G0123	G0143	G0144	G0145	G0147	G0148	P3000

Cantidades de Limitación Anual (Máximo)

Para pruebas cuyas Cantidades de Limitación Anual (NLAs por sus siglas en inglés) se establecieron antes del 1 de enero de 2001, el NLA es 74% de la mediana de las tarifas locales. Para pruebas cuyas NLAs se establecieron originalmente a partir del 1 de enero de 2001, el NLA es 100% de la mediana de las tarifas locales, de acuerdo con la sección 1833(h)(4)(B)(viii) de la Ley.

Laboratory

It is important that affected laboratories understand these changes to ensure correct and accurate payments from Medicare.

Background

Update to Clinical Laboratory Fees

In accordance with §1833(h)(2)(A)(i) of the Social Security Act (the Act), as amended by Section 628 of the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA) of 2003, the annual update to the local clinical laboratory fees for 2006 is zero (0) percent.

Section 1833(a)(1)(D) of the Act provides that payment for a clinical laboratory test is the lesser of the actual charge billed for the test, the local fee, or the National Limitation Amount (NLA).

Note: *The Part B deductible and coinsurance do not apply for services paid under the clinical laboratory fee schedule.*

National Minimum Payment Amounts

For a cervical or vaginal smear test (pap smear), §1833(h)(7) of the Act requires payment to be the lesser of the local fee or the NLA, but not less than a national minimum payment amount. Also, payment may not exceed the actual charge.

The 2006 national minimum payment amount is \$14.76 (\$14.76 plus zero percent update for 2006). The affected codes for the national minimum payment amount include the following Current Procedure Terminology (CPT) codes:

National Limitation Amounts (Maximum)

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

Cont. on next page

Laboratorio

Acceso a las Tarifas Fijas de 2006 para Laboratorios Clínicos

El archivo de datos que contiene las tarifas fijas para Laboratorios Clínicos de 2006 estará disponible en la Internet a partir del 18 de noviembre de 2005 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/clinlab>

Los proveedores interesados deberán utilizar el Internet para obtener las tarifas fijas del 2006 para laboratorios clínicos. Las tarifas fijas estarán disponibles en varios formatos: MS Excel™, texto y "comma delimited".

Comentarios Públicos

El 18 de julio de 2005, los Centros de Servicios de Medicare y Medicare (CMS por sus siglas en inglés) sirvieron de anfitriones en una reunión pública para solicitar comentarios respecto a la relación de pago entre los códigos de 2005 y los nuevos códigos CPT del 2006. El anuncio para esta reunión se publicó en el *Federal Register* el 27 de mayo de 2005 y en el sitio Web de CMS el 20 de junio de 2005.

Se recibieron recomendaciones de muchos de los participantes, incluyendo individuos que representaban laboratorios, fabricantes y sociedades médicas. CMS publicó un resumen de esta reunión y de las determinaciones tentativas de pago en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/clinlab>. Se aceptaron comentarios por escrito adicionales de parte del público hasta el 23 de septiembre de 2005.

Aquellos comentarios que se emitan luego de la publicación de las Tarifas Fijas del 2006 de Laboratorios Clínicos pueden enviarse a la dirección indicada mas adelante de modo que CMS pueda considerarlos en el desarrollo de las tarifas fijas del 2007. Los comentarios deben hacerse por escrito y deben incluir información clínica, de códigos y de costos. Para que CMS y sus contratistas cumplan

Laboratory

Access to 2006 Clinical Laboratory Fee Schedule

Internet access to the 2006 clinical laboratory fee schedule data file should be available after November 18, 2005, at <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/clinlab> on the CMS web site.

Interested providers should use the Internet to retrieve the 2006 clinical laboratory fee schedule. It will be available in multiple formats: Excel™, text, and comma delimited.

Public Comments

On July 18, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) hosted a public meeting to solicit input regarding the payment relationship between 2005 codes and new 2006 CPT codes. The meeting announcement was published in the Federal Register on May 27, 2005, and on the CMS web site on June 20, 2005.

Recommendations were received from many attendees, including individuals representing laboratories, manufacturers, and medical societies. CMS posted a summary of the meeting and the tentative payment determinations at <http://www.cms.hhs.gov/suppliers/clinlab> on the CMS web site. Additional written comments from the public were accepted until September 23, 2005.

Comments after the release of the 2006 laboratory fee schedule can be submitted to the address listed below so that CMS may consider them for the development of the 2007 laboratory fee schedule. Comments should be in written format and include clinical, coding, and costing information. To make it

Cont. on next page

Laboratorio

con una fecha de implementación del 3 de enero de 2007, los comentarios deben someterse antes del 1 de agosto de 2006 a la siguiente dirección:

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)
Center for Medicare Management
Division of Ambulatory Services
Mail stop: C4-07-07
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Laboratory

possible for CMS and its contractors to meet a January 3, 2007 implementation date, comments must be submitted before August 1, 2006 to:

Información de Pago Adicional

Las tarifas fijas del 2006 para laboratorios incluyen tarifas que se pueden pagar por separado para ciertos métodos de recolección de especímenes (códigos 36415, P9612 y P9515).

Para fechas de servicios a partir del 1 de septiembre de 2005, la tarifa para el código de viaje de laboratorios clínicos, P9603, es \$0.935 por milla, y para el código P9504 es \$9.35 basado en una tarifa fija por viaje. Los códigos de viaje de laboratorios clínicos se pueden facturar solamente cuando el viaje se realiza para llevar a cabo la recolección de especímenes en un hogar de envejecientes o a pacientes confinados al hogar.

Vigente el 1 de septiembre de 2005, El Departamento del Tesoro del Gobierno Federal aumentó la tarifa estándar de millaje para gastos de transportación a 48.5 centavos por milla. Este aumento se incorporó a las tarifas de los códigos de viaje P9603 y P9604. Si el gobierno federal revisa la tarifa estándar de millaje para el año calendario 2006 o una porción de este, CMS emitirá una notificación separada sobre este cambio.

Las tarifas fijas para laboratorios del 2006 también incluyen códigos con un modificador "QW" que sirve tanto para identificar los códigos como para determinar los pagos de pruebas realizadas por un laboratorio registrado solamente con un certificado de relevo ("waiver") bajo el *Clinical Laboratory Improvement Amendments* de 1988 (CLIA).

Additional Pricing Information

The 2006 laboratory fee schedule includes separately payable fees for certain specimen collection methods (codes 36415, P9612, and P9615).

For dates of service on or after September 1, 2005, the fee for clinical laboratory travel code P9603 is \$0.935 per mile and for code P9604 is \$9.35 per flat rate trip basis. The clinical laboratory travel codes are billable only for traveling to perform a specimen collection for either a nursing home or homebound patient.

The standard mileage rate for transportation costs was increased by the federal government's Treasury Department to 48.5 cents a mile effective September 1, 2005 and this increase is incorporated into the fees for travel codes P9603 and P9604. If the federal government revises the standard mileage rate for calendar year 2006 or a portion of 2006, CMS will issue a separate notice regarding the change.

The 2006 laboratory fee schedule also includes codes that have a 'QW' modifier to both identify codes and determine payment for tests performed by a laboratory registered with only a certificate of waiver under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA).

Cont. on next page

Laboratorio

Paneles de Códigos Relacionados con Órganos y Enfermedades

Igual que en años anteriores, Medicare estableció las cantidades pago del 2006 para ciertos códigos de paneles de órganos o enfermedades y códigos para pruebas evocativas o de supresión (“evocative/suppression”) sumando la cantidad menor entre la tarifa fija y el NLA para cada código de prueba que se incluye en el código de panel.

Información de Relación de Pago para códigos nuevos y revisados

La información se muestra en la siguiente tabla:

New Code:	Is Priced At The Same Rate As:	New Code:	Is Priced At The Same Rate As:
80195	80197	82271	82270
82271QW	82270	82272	82270
82272QW	82270	83631	The sum of 83520 and 87015
83695	83520	83700	Deleted code 83715
83701	Deleted code 83716	83704	The sum of deleted codes 83716 and 85004
83721QW	83721	83880QW	83880
83900	83901 (x2)	83907	87015 (x2)
83908	83898	83909	83904
83914	83904	85576QW	85576
86200	83520	86355	Deleted code 86064
86357	Deleted code 86379	86367	Deleted code 86587
86480	The sum of the rates of 86353 and 83520	86586	Deleted code 86587
86703QW	86703	87209	87207 (x3)
87807QW	87807	87900	87904 (x5)

Costos de Laboratorio Sujetos al Pago por Cargos Razonables en el 2006

Para pacientes ambulatorios, los siguientes códigos se pagan basados en cargos razonables. De acuerdo con la Sección 42 CFR 405.502 – 405.508, el cargo razonable no puede exceder el menor de, los cargos reales, o el cargo acostumbrado o el prevaleciente durante el periodo previo de 12 meses que finaliza el 30 de junio, actualizado de acuerdo al índice de inflación.

La Actualización del índice de inflación para el 2006 es 2.5%

Puede encontrar las instrucciones del Manual para determinar el pago de cargos razonables en el *Medicare Claims Processing*

Laboratory

Organ or Disease Oriented Panel Codes

Similar to prior years, the 2006 pricing amounts for certain organ or disease panel codes and evocative/suppression test codes were determined by Medicare by summing the lower of the fee schedule amount or the NLA for each individual test code included in the panel code.

Mapping Information for New and Revised Codes

This information is shown in the following table:

Laboratory Costs Subject to Reasonable Charge Payment in 2006

For outpatients, the following codes are paid under a reasonable charge basis. In accordance with §42 CFR 405.502 – 405.508, the reasonable charge may not exceed the lowest of the actual charge or the customary or prevailing charge for the previous 12-month period ending June 30, updated by the inflation-indexed update.

The inflation-indexed update for year 2006 is 2.5 percent.

Manual instructions for determining the reasonable charge payment can be found in the Medicare Claims Processing Manual,

Cont. on next page

Laboratorio

*Manual, Pub. 100-04, Capítulo 23, Sección 80-80.8. (El sitio Web para acceder este manual se provee en la sección *Información Adicional* más adelante.)*

Si no hay datos de cargos suficientes para un código, las instrucciones permiten considerar los cargos de servicios similares y listas de precios. Cuando estos servicios se proveen a pacientes de instalaciones independientes de diálisis, el *Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Capítulo 8, Sección 60.3* provee instrucciones de que el pago se haga basado en cargos razonables. Sin embargo, cuando estos servicios se proveen a pacientes en instalaciones hospitalarias de diálisis, el pago se realiza en basado en costo razonable.

Además, cuando estos servicios se brindan a pacientes ambulatorios de hospital, el pago se realiza bajo el sistema de Pago Prospectivo para Pacientes Ambulatorios de Hospital (OPPS por sus siglas en inglés).

El *transmittal 496, Billing for Blood and Blood Products CR 3681*, publicado el 4 de marzo de 2005, provee instrucciones y estableció un nuevo modificador HCPCS "BL" (*Special Acquisition of Blood and Blood Products*) para poder especificar el cargo por productos sanguíneos en un ambiente de paciente ambulatorio de hospital.

Debido a que los servicios de productos sanguíneos también pueden realizarse en oficinas de médicos, laboratorios independientes, instalaciones de diálisis renal, y otros ambientes de servicios ambulatorios, los Contratistas y aquellos que dan mantenimiento a los sistemas compartidos de procesamiento de reclamaciones deben actualizar sus archivos para poder aceptar el modificador "BL" como uno válido en reclamaciones de la Parte B de Medicare. Los proveedores deben someter un cargo separado por concepto de productos sanguíneos para aplicarlo el deducible de sangre (modificador BL) del cargo de un producto sanguíneo al cual el deducible de sangre no debe aplicarse.

Laboratory

Pub. 100-04, Chapter 23, Section 80-80.8. (The web address for this manual is provided in the Additional Information section below.)

If there is insufficient charge data for a code, the instructions permit considering charges for other similar services and price lists. When these services are performed for independent dialysis facility patients, Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 8, Section 60.3 instructs that payment is made on a reasonable charge basis. However, when these services are performed for hospital-based renal dialysis facility patients, payment is made on a reasonable cost basis.

Also, when these services are performed for hospital outpatients, payment is made under the hospital outpatient prospective payment system (OPPS).

Transmittal 496, Billing for Blood and Blood Products (Change Request (CR) 3681), issued March 4, 2005, provided instructions and established a new HCPCS modifier BL (Special Acquisition of Blood and Blood Products) to better specify the blood product charge in the hospital outpatient setting.

Because blood product services can also be performed in physician offices, independent laboratories, renal dialysis facilities, and other outpatient settings, contractors and shared system maintainers must update their files to accept the modifier BL as a valid modifier for Medicare Part B claims. Providers should submit a separate blood product charge for application of the blood deductible (BL modifier) from a blood product charge to which the blood deductible should not apply.

Cont. on next page

Laboratorio

El transmittal 496 y el Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Capítulo 17, Sección 231, provee más información sobre la facturación de productos sanguíneos haciendo uso del modificador “BL”. (Refiérase a la sección *Información Adicional* más adelante para encontrar acceso al artículo Medlearn Matters MM3681, el cual cubre en detalle el CR3861.)

Los códigos que se pagan basados en cargos razonables (según se cualifican en el texto anterior) son:

Productos Sanguíneos

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

Además, los siguientes códigos deben aplicarse al deducible de sangre, según las instrucciones en el *Medicare General Information, Eligibility and Entitlement Manual*, Pub. 100-01, Capítulo 3, Sección 20.5-20.54:

P9010	P9011	P9016	P9021	P9022	P9038	P9039
P9040	P9051	P9054	P9056	P9057	P9058	

Productos biológicos que no se pagan basados en costo o en un sistema de pago prospectivo se pagan basados en la Sección 1842(o) del Acta. Los límites de pago que se basan en la Sección 1842(o), incluyendo los límites de pago para los códigos P9041, P9043, P9045, P9046, P9047, P9048, se pueden obtener de los Archivos de Precios de Medicamentos de la Parte B de Medicare.

Medicina de Transfusión

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

Procedimientos de Medicina Reproductiva

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

Laboratory

Transmittal 496 and Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 17, Section 231, provides further instructions on billing for blood products using the BL modifier. (See the Additional Information section below for CMS web site access to Medlearn Matters article MM3681, which discusses CR3681.)

Those codes paid on a reasonable charge basis (as qualified by the above text) are:

Blood Products

Also, the following codes should be applied to the blood deductible, as instructed in the Medicare General Information, Eligibility and Entitlement Manual, Pub. 100-01, Chapter 3, Section 20.5-20.54:

Biologic products not paid on a cost or prospective payment basis are paid based on Section 1842(o) of the Act. The payment limits based on Section 1842(o), including the payment limits for codes P9041 P9043 P9045 P9046 P9047 P9048, should be obtained from the Medicare Part B Drug Pricing Files.

Transfusion Medicine

Reproductive Medicine Procedures

Cont. on next page

Laboratorio

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2006.

Información Adicional

Las instrucciones para calcular los cargos razonables se encuentran en el *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04), Capítulo 23, Secciones 80-80.8 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals>.

Información sobre el deducible de sangre se encuentra disponible en el *Medicare General Information, Eligibility and Entitlement Manual*, Pub. 100-01, Capítulo 3, Sección 20.5-20.54. Ese manual esta disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals>.

Puede encontrar la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario sobre este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals>.

En la página indicada anteriormente, busque la columna CR NUM hacia el lado derecho para encontrar los enlaces del CR4144. Pulse en los enlaces para abrir los archivos relacionados a esos CRs.

Para ver un artículo de *Medlearn Matters* sobre el artículo CR3681, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3681.pdf>.

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

Laboratory

Implementation

The implementation date for the instruction is January 3, 2006.

Additional Information

Instructions for calculating reasonable charges are located in the Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04) Chapter 23, Sections 80-80.8 at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals> on the CMS web site.

Information on the blood deductible is available in the Medicare General

Information, Eligibility, and Entitlement Manual, Pub. 100-01, Chapter 3, Section 20.5-20.54. That manual is available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals> on the CMS web site.

The official instructions issued to the carrier/intermediary regarding this change can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals> on the CMS web site. On the above page, scroll down while referring to the CR NUM column on the right to find the links for CR4144. Click on the links to open and view the files for those CRs.

To review a Medlearn Matters article about CR3681, go to <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3681.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 11-10-05 / Trans. 750/CR-4144 /11-26-05/ML RRC

Laboratorio

FECHA DE SERVICIO DE PRUEBAS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA ESPECIMENES ARCHIVADOS

Proveedores Afectados

Suplidores y proveedores que facturan a Contratistas y/o Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por concepto de servicios de pruebas de laboratorio clínico.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR por sus siglas en inglés) 4156, la cual se ha publicado para definir la política de Fecha de Servicio (DOS por sus siglas en inglés) para pruebas de laboratorio clínico en especímenes archivados, para aclarar lo que es y lo que no es un espécimen archivado, y para revisar la política con respecto a pruebas de laboratorio que requieren que se obtenga un espécimen almacenado.

Trasfondo

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) publicaron una reglamentación propuesta el 23 de noviembre de 2001 en el *Federal Register* (66 FR 58792, http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a011123c.html) para aclarar el punto sobre la Fecha de Servicio (DOS) para servicios de pruebas de laboratorio clínico, y también se publicó el CR2383 (Trans. AB-02-124, con fecha del 4 de octubre de 2002), pero el mismo no define lo que son especímenes archivados.

Nota: Puede encontrar el CR2383 (Trans. AB-02-134, con fecha del 4 de octubre de 2002 sobre el tema: ***Preguntas y Respuestas Relacionadas a la Implementación de las Determinaciones de Cobertura Nacional*** (NCDs por sus siglas en inglés) para pruebas de laboratorio clínico) en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/AB02134.pdf>

Laboratory

CLINICAL DIAGNOSTIC LABORATORY DATE OF SERVICE (DOS) FOR ARCHIVED SPECIMENS

Provider Types Affected

Suppliers and providers billing Medicare carriers and/or fiscal intermediaries (FIs) for clinical diagnostic laboratory services

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4156, which is being issued to define the DOS policy for laboratory tests on archived specimens, to clarify what is/or is not an archived specimen, and to revise the policy regarding a laboratory test that requires a specimen obtained from storage.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services published a proposed rule on November 23, 2001 in the Federal Register (66 FR 58792, http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a011123c.html) that clarified the date of service (DOS) for clinical diagnostic laboratory services, and CR 2383 (Transmittal AB-02-134, dated October 4, 2002) was issued but did not define archived specimens.

Note: CR2383 (Transmittal AB-02-134, dated October 4, 2002, subject: *Questions and Answers Related to Implementation of National Coverage Determinations (NCDs) for Clinical Diagnostic Laboratory Services*) can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/AB02134.pdf> on the CMS web site.

Cont. on next page

Laboratorio

Desde entonces, CMS ha desarrollado una definición del término “especimen archivado” a través del proceso de reglamentaciones y emitió una política de DOS revisada en el aviso del *Federal Register* del 25 de febrero de 2005 (70 FR 9357, el cual podrá ver en el siguiente enlace: http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a050225c.html).

El CR4156 implementa esta política revisada sobre esta política de DOS para pruebas diagnósticas de laboratorio, y también aclara lo que es y lo que no es un espécimen archivado. Como regla general, la Fecha de Servicio (DOS) en una prueba, es la fecha en que el espécimen fue obtenido, excepto según se indica en la siguiente tabla:

Specimen Description	Date of Service (DOS)
Specimen collected over a period spanning two calendar days (unless collected from archive).	Date the specimen collection ended.
Specimen stored for more than 30 calendar days before testing, (otherwise known as “an archived specimen”).	Date the specimen was obtained from storage.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de abril de 2006.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista/Intermediario sobre este cambio. Puede ver esa instrucción visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R800CP.pdf>

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

Laboratory

CMS has since developed a definition of an archived specimen through its rulemaking process and issued a revised DOS policy in the Federal Register notice dated February 25, 2005 (70 FR 9357, which can be viewed at http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a050225c.html).

CR4156 implements this revised DOS policy for laboratory tests, and it clarifies what is/or is not an archived specimen. As a general rule, the DOS of a test is the date the specimen was collected, except as shown in the following table:

Implementation

The implementation date for this instruction is April 3, 2006.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R800CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-30-05 / Trans. R800CP / CR-4156 / 01-25-06 / ML RRC

Laboratorio

CAMBIOS A LA APLICACIÓN COMPUTADORIZADA PARA ÉDITOS DEL NCD DE LABORATORIO CLÍNICOS PARA ENERO DE 2006

Proveedores Afectados

Médicos, suplidores y proveedores que facturan a los Contratistas y/o los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por concepto de servicios de pruebas de laboratorio clínico.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4161, la cual anuncia la implementación de cambios a la lista de códigos asociada con 23 Determinaciones de Cubierto Nacional (NCD por sus siglas en inglés) negociadas para laboratorios.

Estos cambios a la lista de códigos son el resultado de NCD revisados y decisiones de análisis de codificación desarrollados bajo los procedimientos para el mantenimiento de los códigos en las NCDs negociadas. Éstos son necesarios para el procesamiento correcto de reclamaciones haciendo uso de las NCDs de laboratorio negociadas y de las listas de códigos, más actualizados.

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

Trasfondo

Las NCDs para servicios de pruebas de laboratorio clínico las desarrolló el comité de reglas negociadas de laboratorio y se publicaron en el *Federal Register* como reglamentación final el 23 de noviembre de 2001. (Vea los enlaces para la **Reglamentación Final** más adelante.)

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) proveyó los fondos para el desarrollo de una aplicación computadorizada (el módulo de éditos de laboratorio) a ser incorporada en el sistema

Laboratory

CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR JANUARY 2006

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers and/or fiscal intermediaries (FIs) for clinical diagnostic laboratory services.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4161, which announces the implementation of changes to the list of codes associated with the 23 negotiated laboratory NCDs.

These changes to the list of codes are a result of revised NCD and coding analysis decisions developed under the procedures for maintenance of codes in the negotiated NCDs. They are necessary for the correct processing of claims using the most current negotiated lab NCDs and code lists.

*See the **Background** section of this article for further details regarding these changes.*

Background

*The National Coverage Determinations (NCDs) for clinical diagnostic laboratory services were developed by the laboratory negotiated rulemaking committee and published in the *Federal Register* as a final rule on November 23, 2001. (See below for links to the **Final Rule**.)*

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) funded the development of software (laboratory edit module) to be incorporated in the shared systems so that laboratory claims subject to one of the 23

Cont. on next page

Laboratorio

compartido para el procesamiento de reclamaciones de Medicare. De este modo, a partir del 1 de enero de 2003, las reclamaciones de laboratorio sujetas a una de las 23 NCDs se han procesado de manera uniforme a través de la nación. (Más adelante encontrará información que forma parte del *Medicare Claims Processing Manual*.)

Nota: El módulo de éditos de laboratorio para los NCDs se actualiza trimestralmente, según resulte necesario, para reflejar actualizaciones a códigos y cambios considerables a los NCDs desarrollados por medio de NCDs en proceso.

La Petición de Cambio (CR) 4161 anuncia los cambios que se incluirán en la publicación de enero de 2006 del módulo de éditos para servicios de laboratorio clínico.

Se están haciendo cambios a las listas de códigos de las NCDs (según se describe más adelante) para acomodar los cambios que se han hecho a la lista de códigos a través de una NCD y/o de un proceso de análisis de códigos, según se explica en la notificación del *Federal Register* final. (Vea la referencia más adelante.)

Puede encontrar la Reglamentación Final en el *Federal Register*, Volumen 66, Núm. 226, en el siguiente enlace: http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a011123c.html

El *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-04, Capítulo 16, Sección 120.2) se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals>

Puede encontrar la notificación final del *Federal Register*, Volumen 70, Núm. 37, con fecha del 25 de febrero de 2005, en el siguiente enlace: http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a050225c.html

Cambios a Códigos

El CR 4161 anuncia los siguientes cambios:

- **Código ICD-9-CM V76.44** (*special screening for malignant neoplasm, prostate*) se removerá de la lista de códigos ICD-9-CM no cubiertos por Medicare. Esta lista de códigos afecta todas las 23 NCDs negociadas para laboratorios.

Laboratory

NCDs are processed uniformly throughout the nation effective January 1, 2003. (See below for more information contained in the Medicare Claims Processing Manual.)

Note: *The laboratory edit module for the NCDs is updated quarterly as necessary to reflect coding updates and substantive changes to the NCDs developed through the NCD process.*

Change Request (CR) 4161 announces the changes that will be included in the January 2006 release of the edit module for clinical diagnostic laboratory services.

Changes are being made to the NCD code lists (as described below) to accommodate changes to the list of codes that have been made through the NCD and/or coding analysis process as explained in the final Federal Register notice. (See reference below.)

The Final Rule, Federal Register Volume 66, Number 226, can be found at http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a011123c.html.

The Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04, Chapter 16, Section 120.2) is available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals> on the CMS web site.

The final Federal Register notice, Volume 70, Number 37, dated February 25, 2005, can be found at http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a050225c.html.

Code Changes

CR4161 announces the following changes:

- **ICD-9-CM code V76.44** (*special screening for malignant neoplasms, prostate*) will be removed from the list of ICD-9-CM codes not covered by Medicare. This list of codes affects all 23 negotiated laboratory NCDs.

Cont. on next page

Laboratorio

- **Código ICD-9-CM V76.44** (*special screening for malignant neoplasm, prostate*) se añadirá a la lista de códigos ICD-9-CM que no apoyan necesidad médica en el NCD de conteo de células sanguíneas.
- **Códigos ICD-9-CM 158.8** (*Malignant neoplasm, specific parts of peritoneum*) y **158.9** (*Malignant neoplasm, peritoneum, unspecified*) se añadirán a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare en el NCD de Antígenos de Tumor por Inmunoensayo CA 125.

Puede encontrar los memorandos de las decisiones que explican estos cambios visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://cms.hhs.gov/coverage>. Seleccione la sección *National Coverage Analysis in the Coverage Database* dentro del sitio Web. Estos cambios tienen vigencia para servicios brindados a partir del 1 de enero de 2006.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 3 de enero de 2006.

Información Adicional

Para detalles completos, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista o Intermediario sobre este cambio. Puede ver dicha instrucción visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals>

Desde esa página Web, busque el CR4161 en la columna de CR NUM a la derecha y pulse el archivo para ese CR.

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

Laboratory

- **ICD-9-CM code V76.44** (*special screening for malignant neoplasms, prostate*) will be added to the list of ICD-9-CM codes that do not support Medical Necessity in the Blood Counts NCD.
- **ICD-9-CM codes 158.8** (*Malignant neoplasms, specific parts of peritoneum*) and **158.9** (*Malignant neoplasms, peritoneum, unspecified*) will be added to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare in the Tumor Antigen by Immunoassay CA 125 NCD.

Decision memoranda explaining these changes can be found by going to <http://cms.hhs.gov/coverage> on the CMS web site and clicking on the *National Coverage Analysis in the Coverage Database* section of the webpage. These changes become effective for services furnished on or after January 1, 2006.

Implementation

The implementation date for the instruction is January 3, 2006.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals> on the CMS web site.

From that web page, look for CR4161 in the CR NUM column on the right and click on the file for that CR.

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

Pub. 11-18-05 / Trans. 758 / CR-4161 / 01-25-06 / ML RRC

Laboratorio

CODIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CORRECTA DE SERVICIOS DE LABORATORIOS

Las reclamaciones de laboratorio contribuyen significativamente a nuestra tasa de error de CERT. Como deben saber el programa de CERT (Comprehensive Error Rate Testing) es el programa responsable de establecer el porcentaje de error en el pago de reclamaciones para los contratistas Medicare. Este error es calculado por medio de la evaluación de la documentación de servicios de salud, provista por ustedes los proveedores, según solicitado por el contratista responsable del programa CERT. En nuestra muestra de CERT hemos visto los siguientes errores en las reclamaciones de servicios de laboratorios:

- Los laboratorios están proveyendo información insuficiente. Para propósitos de revisión médica de este contratista (Triple-S, Inc.) y del programa CERT; la documentación que debe someter un proveedor consiste de copia de la orden o referido médico y copia del resultado del laboratorio. La documentación que establece la necesidad médica del servicio es la orden o el referido médico y en ausencia de estas, la documentación clínica que establece la necesidad médica del servicio. El resultado de las pruebas de laboratorios es la evidencia de que el servicio fue provisto. Si en un proceso de revisión médica usted solo provee copia del resultado o solo provee copia de la orden, el servicio debe ser denegado según requerido por la sección 1833(e) del Acta del Seguro Social que establece que no se pagará a ningún proveedor, u otra persona, al menos que, haya sometido la información necesaria para determinar la cantidad adeudada a esta persona o proveedor de servicios, para el periodo relacionado a la cantidad o para cualquier periodo anterior.
- Otro error de CERT en servicios de laboratorios es que a los resultados de algunos de los paneles de órganos o enfermedades, le falta uno de los componentes del panel. Por lo tanto, este

Laboratory

CORRECT CODING AND DOCUMENTATION OF LABORATORY SERVICES

Laboratory claims have been a mayor contributor to our CERT error rate. As you may know the Comprehensive Error Rate Testing Program, or CERT Program, is the program responsible for establishing the percentage of error in the payment of claims by this carrier. This error rate is calculated through the evaluation of medical documentation requested from our providers by the CERT Program. In our CERT sample we have seen the following errors in claims for laboratory services:

- *Laboratories are providing insufficient documentation. For medical review purposes of the CERT program and of this carrier (Triple-S, Inc); providers must submit a copy of the medical order and the lab result. The correct documentation to establish the medical necessity is the medical order or referral and in its absence, the physician documentation that establishes the clinical necessity for the test. The lab result is the evidence needed to establish that the services were rendered. For medical review purposes if you provide only the order or if you provide only the lab result your services will be denied as required by section 1833 (e) of the Social Security Act that states "No payment shall be made to any provider of services or other person under this part unless there has been furnished such information as may be necessary in order to determine the amounts due such provider or other person under this part for the period with respect to which the amounts are being paid or for any prior period."*
- *Some of the results provided for organ or disease oriented panels are missing one of the components and are therefore, not the service ordered and deemed medically necessary by the physician. These incomplete results are considered incorrectly billed services and are in error under the CERT program. We remind the*

Cont. on next page

Laboratorio

resultado no corresponde al servicio que el médico ordenó e indicó que era médicamente necesario. El manual de Medicare para el procesamiento de reclamaciones establece que la única definición aceptada por Medicare de los componentes de los paneles de órganos o enfermedades descritos en el CPT, es la definición de los componentes de las pruebas de la Asociación Médica Americana (AMA). CMS no pagará el código de un panel a menos que todas las pruebas contenidas en la definición se realicen. Si el laboratorio tiene un panel diseñado por este que incluya otras pruebas en adición a las contenidas en la definición de los paneles según el CPT o el HCPCS, estas pruebas adicionales, que estén o no estén en la lista de pruebas automatizadas, deben ser facturadas por separado además del código del panel según definido en el CPT o el HCPCS. La siguiente tabla resume los componentes de algunos de los paneles más comunes.

Chemistry	CPT Code	Hepatic Function Panel 80076	Basic Metabolic 80048	Comprehensive Metabolic 80053	Renal Function Panel 80069	Lipid Panel 80061	Electrolyte Panel 80051
Albumin	82040	X		X	X		
Alkaline phosphatase	84075	X		X			
ALT (SGPT)	84460	X		X			
AST (SGOT)	84450	X		X			
Bilirubin total	82247	X		X			
Bilirubin direct	82248	X					
Calcium	82310		X	X	X		
Chloride	82435		X	X	X		X
Cholesterol	82465					X	
CK, CPK	82550						
CO2 (bicarbonate)	82347		X	X	X		X
Creatinine	82565		X	X	X		
GGT	82977						
Glucose	82947		X	X	X		
High density cholesterol (HDL)	83718					X	
LDH	83615						
Phosphorus	84100				X		
Potassium	84132		X	X	X		X
Protein, total	84155	X		X			
Sodium	84295		X	X	X		X
Triglycerides	84478					X	
Urea nitrogen (BUN)	84520		X	X	X		
Uric Acid	84550						

Esperamos que esta información les ayude a codificar correctamente sus servicios. Además, esperamos que cuando sus reclamaciones caigan bajo el proceso de revisión médica, sometan copia de la orden médica y del resultado del laboratorio para así evitar denegaciones y recobros innecesarios.

Laboratory

provider community that as stated in the claims processing manual "The only acceptable Medicare definition for the component tests included in the CPT codes for organ or disease oriented panels is the American Medical Association (AMA) definition of component tests. The CMS will not pay for the panel code unless all of the tests in the definition are performed. If the laboratory has a custom panel that includes other tests, in addition to those in the defined CPT or HCPCS panels, the additional tests, whether on the list of automated tests or not, are billed separately in addition to the CPT or HCPCS panel code." The following table contains the components that should have some of the different organ or disease oriented panels.

We hope this information will help you in the correct coding of your services. In addition, we hope that when your claims are selected for medical review, copies of the medical order and the laboratory results will be submitted to avoid unnecessary denials or recoupment of services due to insufficient claims processing documentation.

Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas

UPINS SUSTITUTOS INFORMADOS EN RECLAMACIONES DE CENTROS INDEPENDIENTES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Proveedores Afectados

Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs por sus siglas en inglés) que facturan a los Contratistas de Medicare por servicios.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4096, la cual instruye a los Contratistas de Medicare que vigente a partir del 3 de enero de 2006, rechacen reclamaciones procedentes de IDTFs las cuales contienen el UPIN sustituto (*Surrogate UPIN*) "OTH000". UPIN representa las siglas en inglés para el Número de Identificación Único del Médico.

Los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) no aceptarán ya el "*Surrogate UPIN*" (ejemplo: OTH000, RES000, VAD000, PHS000, y RET000), en reclamaciones sometidas por un suplidor registrado como un IDTF.

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

Trasfondo

Se les ha permitido a los IDTFs que facturen por concepto de servicios de pruebas diagnósticas haciendo uso del "*Surrogate UPIN*". Para ayudar a asegurar la integridad futura del programa, **CMS no aceptará mas el "*Surrogate UPIN*" en reclamaciones sometidas por Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas (IDTFs).**

- Los IDTFs deben someter el UPIN asignado al médico que ordena; y

Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTFs)

SURROGATE UPINS REPORTED ON INDEPENDENT DIAGNOSTIC TESTING FACILITIES (IDTFs) CLAIMS

Provider Types Affected

Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTFs) billing Medicare carriers for services

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4096, which directs Medicare carriers to reject IDTF claims submitted with Surrogate Unique Physician Identification Number (UPIN) "OTH000," effective for claims with dates of service on or after January 3, 2006.

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will no longer accept the Surrogate UPINs (e.g., OTH000, RES000, VAD000, PHS000, and RET000) on claims submitted by a supplier enrolled as an IDTF.

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

Background

*IDTFs have been allowed to bill for diagnostic services with the use of Surrogate UPINs. To help ensure future program integrity, **CMS will no longer accept the Surrogate UPINs on IDTF claims.***

In addition, effective for dates of service of January 3, 2006, and later:

- *IDTFs must submit the UPIN assigned to the ordering physician; and*

Cont. on next page

Centros Independientes de Pruebas Diagnósticas

- Los Contratistas de la Parte B deben devolver como no procesables, todas las reclamaciones de IDTFs sometidas con *Surrogate UPINs*.

Implementación

La fecha de implementación para el CR4096 es el 3 de enero de 2006.

Información Adicional

Para más detalles, refiérase a la instrucción oficial emitida a su Contratista sobre este cambio. Puede encontrar dicha instrucción visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R769CP.pdf>

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

Independent Diagnostic Testing Facilities (IDTFs)

- *Carriers shall return as unprocessable all IDTF claims submitted with Surrogate UPINs.*

Implementation

The implementation date for CR4096 is January 3, 2006.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R769CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-2-05 / Trans. 769 / CR-4096 / 02-05-06 / ML RRC

Ambulancia

RECORDATORIO SOBRE REGLAS DE FACTURACIÓN POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE AMBULANCIA PROVISTOS A PACIENTES DE MEDICARE DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN

Proveedores Afectados

Suplidores de servicios de ambulancia que facturan a los Contratistas de Medicare por concepto de servicios de ambulancia provistos a pacientes de Medicare durante una hospitalización.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

El propósito de esta Edición Especial es recordar a los suplidores de servicios de ambulancia sobre las reglas referentes al pago de ciertos servicios provistos a pacientes de Medicare durante una hospitalización.

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) añadirán un édito al sistema de procesamiento de reclamaciones de Medicare para evitar el pago a contratistas por concepto de servicios que están incluidos en el pago al hospital bajo un sistema de pago prospectivo (PPS por sus siglas en inglés) aplicable.

Por favor, refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo para más detalles.

Trasfondo

El Acta de Seguro Social (Sección 1886(d) y (g)) establece varios Sistemas de Pago Prospectivo (PPS) para servicios provistos durante una hospitalización a beneficiarios de Medicare. Bajo el sistema PPS para pacientes hospitalizados, los intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) reembolsarán a los hospitales cantidades predeterminadas por concepto de servicios provistos a beneficiarios de Medicare, basado en la condición del beneficiario y la severidad de las modalidades de tratamiento.

Ambulance

REMINDER REGARDING MEDICARE BILLING RULES FOR AMBULANCE SERVICES RENDERED TO MEDICARE PATIENTS DURING AN INPATIENT HOSPITAL STAY

Provider Types Affected

Suppliers of ambulance services billing Medicare carriers for services provided to Medicare patients during an inpatient hospital stay.

Provider Action Needed

The purpose of this Special Edition is to remind ambulance service suppliers of the rules regarding payment for certain services provided to Medicare patients in an inpatient hospital stay.

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will add an edit in the Medicare's claims processing systems to prevent payment by carriers for services that are bundled in the hospital's payment under the applicable inpatient Prospective Payment System (PPS).

What You Need to Do

*Please see the **Background** and **Additional Information** Sections of this article for further details.*

Background

The Social Security Act (Section 1886(d) and (g)) established several Prospective Payment Systems (PPS) for inpatient services furnished to Medicare beneficiaries, and under the inpatient PPSs, Medicare Fiscal Intermediaries (FIs) reimburse hospitals a predetermined amount for services furnished to Medicare beneficiaries based on the beneficiary's condition and severity of treatment modalities.

Cont. on next page

Ambulancia

Todos los servicios recibidos por pacientes hospitalizados tienen que ser suministrados por el hospital, ya sea directamente o mediante arreglos con terceros. Con la excepción de los días de admisión y de alta, los siguientes costos no serán pagaderos por Medicare:

- Costos de transportación de un paciente hospitalizado utilizando ambulancia (desde y hacia otro hospital, instalaciones independientes u oficinas de médicos) para recibir servicios especializados;
- Costos de servicios de radiología (incluyendo estudios de tomografía computadorizada) provistos a pacientes en la oficina del médico, otro hospital o una clínica de radiología.

CMS añadirá un édito al sistema de procesamiento de reclamaciones para prevenir el pago a contratistas por concepto de servicios incluidos en el pago al hospital. Como una implementación inicial de esta política, Medicare cesará de hacer pagos a suplidores independientes de servicios de ambulancia para beneficiarios durante una hospitalización.

Información Adicional

Como un recordatorio, toda la información de procesamiento de reclamaciones de Medicare se encuentra en el *Medicare Claims Processing Manual*. Puede encontrar este manual en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals> – Publicación #100-04.

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

Ambulance

All services received by hospital inpatients must be supplied by the hospital either directly or under arrangements. With the exception of the days of admission and discharge, the following costs are not payable by Medicare:

- *costs for transportation of a hospital inpatient by ambulance (to and from another hospital, freestanding facility, or physician's office) to receive specialized services;*
- *costs for radiology services (including computed tomography scans) furnished to inpatients by a physician's office, another hospital or a radiology clinic are not payable by Medicare.*

CMS will add an edit in its claims processing systems to prevent payment by carriers for services that are bundled to the hospital. As an initial implementation of this policy, Medicare will cease making payments to independent suppliers of ambulance services for beneficiaries in an inpatient hospital stay.

Additional Information

As a reminder, all Medicare claims processing information is in the Medicare Claims Processing Manual. This manual may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals> – Publication #100-04 on the CMS web site.

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

Pub. SE0536 / Rev RR-ML

Ambulancia

RECORDATORIO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ITINERARIO DE TRANSICIÓN PARA SERVICIOS DE AMBULANCIA

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores de servicios de ambulancia.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Durante el año calendario 2005 (CY2005), año número cuatro del periodo de transición de cinco años hacia la implementación de las tarifas fijas para ambulancias, el pago por servicios de ambulancia se basaba en una combinación del 80% de la tarifa fija establecida más un 20% del costo razonable del proveedor o el cargo razonable del suplidor. A partir del **1 de enero de 2006, la cantidad permitida por Medicare se basa solamente en las tarifas fijas de ambulancia (100%)** para servicios brindados y millaje incurrido a partir del 1 de enero de 2006.

Las tarifas fijas aplican a **TODOS** los servicios de ambulancia brindados como un beneficio bajo la Parte B de Medicare. Se requiere que los proveedores y los suplidores de servicios de ambulancia acepten la asignación y deberán aceptar los cargos permitidos por Medicare como el pago total. No pueden facturarle o cobrarle al beneficiario ninguna otra cantidad, a menos que se trate de algún deducible de la Parte B o cualquier cantidad de coaseguro de la Parte B de Medicare.

Debe estar al tanto de que la próxima fase del proceso de pagos por tarifas fijas tendrá vigencia el 1 de enero de 2006 y será necesario hacer ajustes en las cuentas por cobrar, según sea necesario.

Trasfondo

La sección 4531 (b) (2) del Balanced Budget Act (BBA) of 1997 añadió una nueva sección, 1834 (l), a la Ley de Seguro Social, la cual establece como obligatoria la implementación de unas tarifas fijas nacionales para servicios de ambulancia provistos

Ambulance

REMINDER NOTICE OF THE IMPLEMENTATION OF THE AMBULANCE TRANSITION SCHEDULE

Provider Types Affected

Ambulance providers and suppliers

Provider Action Needed

*During the current calendar year (CY) 2005, year four of a five-year transition to the ambulance fee schedule implementation, payment for ambulance services is based on a blend of 80 percent of the fee schedule amount plus 20 percent of the provider's reasonable cost or the supplier's reasonable charge for the service. As of **January 1, 2006, the Medicare allowed amount is based solely on the ambulance fee schedule (100%)** for ambulance services furnished and mileage incurred on or after January 1, 2006.*

*The fee schedule applies to **ALL** ambulance services furnished as a benefit under Medicare Part B. Ambulance providers and suppliers are required to accept assignment and must accept Medicare allowed charges as payment in full. They may not bill or collect from the beneficiary any amount other than an unmet Part B deductible and the Part B coinsurance amounts.*

Be aware that the next phase of the fee schedule payment process goes into effect on January 1, 2006 and adjust accounts receivable processes as necessary.

Background

Section 4531 (b) (2) of the Balanced Budget Act (BBA) of 1997 added a new section 1834 (l) to the Social Security Act, which mandates implementation of the national fee schedule for ambulance services furnished as a benefit

Cont. on next page

Ambulancia

como un beneficio bajo la Parte B de Medicare. Las tarifas fijas aplican a todos los servicios de ambulancia, incluyendo servicios voluntarios, municipales, privados, independientes y también para proveedores institucionales tales como hospitales, hospitales de acceso crítico y centros de enfermería especializada. La sección 1834 (l) también requiere la asignación obligatoria para todos los servicios de ambulancia. Los proveedores y suplidores de servicios de ambulancia tienen que aceptar los cargos permitidos por Medicare como pago total y no facturarán ni cobrarán al beneficiario ninguna otra cantidad que no sea el deducible no cubierto de la Parte B o cualquier cantidad de coaseguro de la Parte B de Medicare. A partir del 1 de enero de 2006 la cantidad permitida de Medicare constará solamente de la tarifa fija y no se considerará ninguna porción del costo razonable del proveedor ni del cargo razonable del suplidor.

Les recordamos a los proveedores y suplidores que las tarifas fijas para servicios de ambulancia fueron implementadas en un periodo de transición de cinco años y que este proceso de transición se completó a partir del 1 de enero de 2006.

Year	Fee Schedule Percentage	Cost/Charge Percentage
Year 1 (4/1/02 – 12/31/02)	20%	80%
Year 2 (CY 2003)	40%	60%
Year 3 (CY 2004)	60%	40%
Year 4 (CY 2005)	80%	20%
Year 5 (CY 2006 and thereafter)	100%	0%

Observe, además, que los códigos temporeros "Q" ((Q3019 (ALS Vehicle Used, Emergency Transport, No ALS Services Furnished) y "Q0320" (ALS Vehicle Used, Non-Emergency Transport, NO ALS Level Services Furnished)) y el código HCPCS A0800 (Ambulance Night Differential Charges) no podrán utilizarse más para reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006. Estos códigos se crearon para ser utilizados solamente durante el periodo de transición de las tarifas fijas.

Implementación

La fecha de implementación para este cambio es el 3 de enero de 2006.

Ambulance

under Medicare Part B. The fee schedule applies to all ambulance services, including volunteer, municipal, private, independent, and institutional providers, i.e., hospitals, critical access hospitals and skilled nursing facilities. Section 1834 (l) also requires mandatory assignment for all ambulance services. Ambulance providers and suppliers must accept the Medicare allowed charge as payment in full and not bill or collect from the beneficiary any amount other than any unmet Part B deductible and the Part B coinsurance amounts. Effective January 1, 2006, the full fee schedule comprises the entire Medicare allowed amount and no portion of the provider's reasonable cost or the supplier's reasonable charge will be considered.

Providers and suppliers are reminded that the ambulance fee schedule was implemented on a five-year transition period and that transition period is complete as of January 1, 2006.

Note also that temporary Q codes (Q3019 (ALS Vehicle Used, Emergency Transport, No ALS Services Furnished) and Q0320 (ALS Vehicle Used, Non-Emergency Transport, NO ALS Level Services Furnished)) and HCPCS code A0800 (Ambulance Night Differential Charges) may no longer be used for claims with dates of service on or after January 1, 2006. These codes were only for use during the transition period for the fee schedule.

Implementation

The implementation date for this change is January 3, 2006

Cont. on next page

Ambulancia

Información Adicional

Los suplidores deben también notar que los contratistas e intermediarios de Medicare denegarán reclamaciones sometidas por separado por concepto de suministros y servicios de apoyo brindados durante el transporte en ambulancia a partir del 1 de enero de 2006. Los servicios de apoyo y suministros son considerados parte de la base de las tarifas fijas y no se pueden facturar por separado a partir del 31 de diciembre de 2005.

Puede encontrar la instrucción oficial enviada a su contratista o intermediario sobre este cambio visitando el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R799CP.pdf>

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

Ambulance

Additional Information

Suppliers should also note that Medicare carriers and intermediaries will deny claims for separately billed supplies and ancillary services furnished during an ambulance transport on or after January 1, 2006. Supplies and ancillary services are considered part of the fee schedule base rate and are not separately billable after December 31, 2005.

The official instruction issued to your carrier/intermediary regarding this change may be found by going to <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R799CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 12-30-05 / Trans. R799CP / CR-4217 / 01-13-05 / ML RRC

TARIFAS FIJAS AMBULANCIA – ACTUALIZACIÓN AÑO CALENDARIO 2006

Tipos de Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores de Servicios de Ambulancia que le facturan a los Contratistas de la Parte B y a los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) por estos servicios.

Acción Necesaria Proveedor

Este artículo es para su información solamente. Toma como referencia la Petición de Cambio 4362, el cual provee el archivo correcto de las Tarifas Fijas de Ambulancia para el año calendario 2006.

Trasfondo

La petición de cambio 4061, “El Factor de Inflación de Ambulancia para el Año Calendario 2006” (publicado el 25 de noviembre de 2005), contenía un nombre de archivo incorrecto para el Archivo de Tarifas Fijas de Ambulancia

AMBULANCE FEE SCHEDULE – CY 2006 UPDATE: CORRECTION TO CR 4061

Provider Types Affected

Providers and suppliers of ambulance services billing Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) for those services

Provider Action Needed

This article is for your information only. It references CR4362, which provides the correct Ambulance Fee Schedule File for Calendar Year (CY) 2006.

Background

CR4061, “Ambulance Inflation Factor for CY 2006” (released November 25, 2005), contained an incorrect file name for the CY 2006 Ambulance Fee Schedule File.

Cont. on next page

Ambulancia

del 2006. La petición de cambio 4362, de la cual se toma este artículo corrige el nombre del archivo. También enmienda el *Manual Medicare Claims Processing Manual*, Capítulo 15 (Ambulance), Sección 20.6 (Update Charges), Subsección 20.6.1 (Ambulance Inflation Factor [AIF]), para reflejar esta corrección.

Sus Contratistas de la Parte B y sus FIs utilizarán este archivo corregido para determinar el límite de pago para servicios de ambulancia que usted suministre durante el año calendario 2006. Existe un dato de suma importancia para los proveedores y suplidores. En vez de procesar las reclamaciones por servicios de ambulancia del 2006 usando el nombre del archivo incorrecto que se encuentra en la Petición de Cambio 4061, los contratistas e intermediarios retendrán estas reclamaciones hasta que el archivo corregido a utilizarse se descargue. De haberse procesado cualquier reclamación de ambulancia para el año calendario 2006 utilizando el archivo incorrecto, los Contratistas de la Parte B y FIs realizarán ajustes masivos de dichas reclamaciones para corregir los pagos.

Información Adicional

Puede encontrar más información acerca del nombre del archivo corregido de Inflación de Ambulancia dirigiéndose a la instrucción oficial (petición de cambio 4362) publicado para su contratista intermediario. Esa instrucción está disponible en la siguiente dirección electrónica del portal de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R852CP.pdf>.

Además usted puede conocer más acerca del Factor de Ambulancia para el año calendario 2006 en el artículo MM4061 de MedLearn Matters, el cual puede encontrar en la siguiente dirección electrónica del portal de CMS <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm4061.pdf>

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

Ambulance

CR4362, from which this article is taken, corrects that file name. It also amends the Medicare Claims Processing Manual, Chapter 15 (Ambulance), Section 20.6 (Update Charges), SubSection 20.6.1 (Ambulance Inflation Factor [AIF]), to reflect this correction.

Your carriers and FIs will use this corrected file to determine the payment limit for ambulance services that you furnish during CY 2006. Of most importance to providers/suppliers, rather than process CY 2006 ambulance service claims using the incorrect file name contained in CR 4061, the carriers and FIs will hold these claims until the corrected file can be downloaded and used. In the event they processed any CY2006 ambulance claims using the incorrect file, the carriers and FIs will do mass adjustments of those claims to correct the payments.

Additional Information

You can find more information about the corrected Ambulance Inflation Factor file name by going to the official instruction (CR 4362) issued to your carrier/intermediary. That instruction is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R852CP.pdf> on the CMS web site. In addition, you can learn more about the Ambulance Inflation Factor for CY 2006 in MedLearn Matters article MM4061, which you can find by going to <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/mm4061.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. 02-10-06/ Trans. R852CP/MM4362/IP RRC

Ambulancia

FACTOR DE INFLACIÓN PARA TARIFAS DE AMBULANCIAS AÑO CALENDARIO 2006

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores de servicios de ambulancia que facturan a los Contratistas e Intermediario Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare por esos servicios.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Ninguna. Este artículo es solamente para fines informativos. El mismo provee el Factor de Inflación para las Tarifas de Ambulancias (AIF por sus siglas en inglés) para el año calendario 2006. El AIF para el CY 2006 es 2.5%.

Trasfondo

La Sección 1834(l)(3)(B) de la Ley de Seguro Social (SSA por sus siglas en inglés) provee la base para la actualización de límites de pagos que los Contratistas y FIs utilizan para determinar cuánto le pagarán a usted por las reclamaciones de servicios de ambulancia sometidas. La lista de tarifas nacionales para servicios de ambulancia comenzó un proceso de transición de cinco años por fases, el cual comenzó el 1 de abril de 2002. El AIF actualiza los pagos anualmente y el mismo es igual al porcentaje de aumento en el Índice de Precios del Consumidor para consumidores urbanos (CIP-U por sus siglas en inglés) en el período de 12 meses que termina en junio del año anterior.

El AIF para el año calendario 2006 será 2.5%. Esto le sigue al AIF del 2005 de un 3.3%, el AIF del 2004 de un 2.1%, y el AIF del 2003 de un 1.1%.

Además, el Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA por sus siglas en inglés) de 2003 estableció que la base para la tarifa de ambulancia terrestre (para servicios prestados durante el período del 1 de julio de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2009), tendrá un límite mínimo (*floor*) como valor de referencia.

Ambulance

AMBULANCE INFLATION FACTOR FOR CALENDAR YEAR 2006

Provider Types Affected

Providers and suppliers of ambulance services billing Medicare carriers and fiscal intermediaries (FIs) for those services

Provider Action Needed

None. This article is for your information only. It provides the Ambulance Inflation Factor (AIF) for Calendar Year (CY) 2006. The AIF for CY 2006 is 2.5%.

Background

Section 1834(l)(3)(B) of the Social Security Act (SSA) provides the basis for updating the payment limits that carriers and FIs use to determine how much to pay you for the claims that you submit for ambulance services. The national fee schedule for ambulance services has been phased in over a five-year transition period beginning April 1, 2002. The Ambulance Inflation Factor (AIF) updates payments annually and is equal to the percentage increase in the consumer price index for all urban consumers (CPI-U) for the 12-month period ending with June of the previous year.

The AIF for calendar year (CY) 2006 will be 2.5 percent. This follows the CY 2005 AIF of 3.3 percent, the CY 2004 AIF of 2.1 percent, and the CY 2003 AIF of 1.1 percent.

Additionally, the Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 (MMA) established that the ground ambulance base rate (for services furnished during the period July 1, 2004 through December 31, 2009) will have a baseline "floor" amount.

Cont. on next page

Ambulancia

La cantidad del pago no podrá ser menor que ese límite mínimo (“floor”), que se determinará estableciendo nueve tarifas fijas (una por cada división del censo) y luego utilizando la misma metodología que se utilizó para establecer la tarifa fija nacional, para calcular un factor de conversión regional y el pago regional por millaje.

A continuación se discuten algunos asuntos claves relacionados con el AIF:

Pagos Basados en Metodología Combinada

Durante este período de transición de cinco años, sus pagos se basaron en una metodología combinada. Antes del 1 de enero de 2006, por cada proveedor o suplidor de ambulancias, el AIF se aplicaba a ambos, la porción de la tarifa fija de la cantidad de pago combinada (ambas nacional y regional) y la porción de costos/cargos razonables. Luego, estas dos cantidades se sumaban para determinar la cantidad del pago total a cada proveedor o suplidor.

A partir del 1 de enero de 2006, el pago total para proveedores y suplidores de servicios de ambulancia terrestre se basará en el **100%** de la tarifa fija **nacional** para ambulancias, o el **60%** de la tarifa fija **nacional** de ambulancias, **sumado al 40%** de la tarifa fija **regional** de ambulancias. La cantidad total del pago para proveedores y suplidores de ambulancias aéreas se basará en el 100% de la tarifa nacional.

Tarifas Fijas Regionales o Nacionales

O la tarifa fija nacional o la regional le aplicará a todos los proveedores y suplidores en la división del censo, dependiendo de la cantidad del pago que resulte de la metodología regional. La tarifa fija nacional aplica cuando la metodología para calcular la tarifa regional resulta en una cantidad (para una división específica del censo) menor a la tarifa nacional base.

Por el contrario, la tarifa fija regional aplicará cuando su metodología resulte en una cantidad (para la división del censo) mayor que la tarifa terrestre nacional base. Cuando se utiliza la tarifa regional, la porción de la

Ambulance

Payment will not be less than this “floor,” which is determined by establishing nine fee schedules (one for each of the nine census divisions) and then using the same methodology that was used to establish the national fee schedule to calculate a regional conversion factor and a regional mileage payment.

Some key issues related to the AIF are discussed below:

Payments Based on Blended Methodology

During this five-year transition period, your payments are based on a blended methodology. Before January 1, 2006, for each ambulance provider or supplier, the AIF was applied to both the fee schedule portion of the blended payment amount (both national and regional) and to the reasonable cost/charge portion. Then, these two amounts were added together to determine each provider or supplier’s total payment amount.

*As of January 1, 2006, the total payment amount for ground ambulance providers and suppliers will be based on either **100%** of the **national** ambulance fee schedule, or **60%** of the **national** ambulance fee schedule added to **40%** of the **regional** ambulance fee schedule. The total payment amount for air ambulance providers and suppliers will be based on 100% of the national ambulance fee schedule.*

National or Regional Fee Schedules

Either the national fee schedule or regional fee schedule applies for all providers and suppliers in the census division, depending on the payment amount that the regional methodology yields. The national fee schedule amount applies when the regional fee schedule methodology results in an amount (for a given census division) that is lower than the national ground base rate.

Conversely, the regional fee schedule applies when its methodology results in an amount (for the census division) that is greater than the national ground base rate. When the regional fee schedule is used, that census

Cont. on next page

Ambulancia

tarifa que corresponde a la división del censo de esa tarifa base es igual a una combinación de la tarifa nacional y la tarifa regional. Para el año CY 2006, esta combinación será el 40% de la tarifa terrestre regional base, y el 60% de la tarifa terrestre nacional base.

Requisitos de Deducible y Co-Aseguro de la Parte B

Aplican requisitos de deducible y co-aseguro de la Parte B.

Información Adicional

Para más información sobre el Factor Inflacionario de Ambulancia del CY 2006, puede visitar el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals>. Desde esa página Web, busque el CR 4061 en la columna de CR NUM a la derecha y pulse el archivo para ese CR.

También encontrará información útil en el *Medicare Claims Processing Manual*, 100.04, Capítulo 15, Sección 20.6 (*Update Charges*), Subsección 20.6.1 (*Ambulance Inflation Factor-AIF*), el cual se incluye como anejo al CR 4061.

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

Ambulance

division's fee schedule portion of the base rate is equal to a blend of the national rate and the regional rate. For CY 2006, this blend will be 40% regional ground base rate and 60% national ground base rate.

Part B Coinsurance and Deductible Requirements

Part B coinsurance and deductible requirements apply.

Additional Information

More information about the CY 2006 Ambulance Inflation Factor is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals> on the CMS web site. From that web page, look for CR4061 in the CR NUM column on the right, and click on the file for that CR.

Also useful is the Medicare Claims Processing Manual, 100.04, Chapter 15, Section 20.6 (Update Charges), Subsection 20.6.1 (Ambulance Inflation Factor – AIF), which is included as an attachment to CR4061.

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

Pub. 11-25-05 / Trans. 762 / CR-4061 / 02-05-06 / ML RRC

Centro de Enfermería Especializada

SERVICIOS EN CENTROS DE ENFERMERÍA
(CÓDIGOS 99304 – 99318)

Proveedores Afectados

Médicos y Profesionales de la Salud (NPPs por sus siglas en inglés).

Nota: Las instrucciones a continuación pueden estar limitadas por leyes locales que restringen el alcance de la práctica profesional y por los requisitos locales de licenciatura de acuerdo al área de práctica del profesional.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

En los Centros de Enfermería Especializada (SNF por sus siglas en inglés) y Centros de Servicios de Enfermería (NF por sus siglas en inglés), los NPPs cualificados, como por ejemplo, un practicante de enfermería (NP por sus siglas en inglés), asistente médico (PA, por sus siglas en inglés), o un especialista de enfermería clínica (CNS)*, pueden proveer ciertas visitas definidas al beneficiario, antes y después que el médico realiza la visita inicial. Además, en el contexto de NF, cuando se satisfacen ciertos requisitos, un NPP no empleado por el NF también puede realizar la visita inicial misma. Además, con vigencia a partir del 1ro de enero de 2006 se eliminan del Manual de Códigos de Procedimientos (*Current Procedural Terminology* [CPT]) los códigos 99301–99303 para informar el cuidado inicial en un centro de enfermería y los códigos 99311-99313 para informar el cuidado subsiguiente en un centro de enfermería. Los mismos se reemplazan por nuevos códigos (ver más adelante).

El CR 4246, de cual se extrae este artículo, establece que en los ambientes de SNF y NF, un NPP cualificado puede proveer visitas médicamente necesarias y cubiertas, antes y después de que el médico realiza la visita inicial. Los NPP cualificados pueden proveer visitas por mandato federal (luego de la visita inicial del médico y según se permite bajo las

*Basado en leyes / reglamentaciones locales, Medicare paga por los servicios de estos profesionales en las Islas Vírgenes de EU, pero no en Puerto Rico.

Skilled Nursing Facility

NURSING FACILITY SERVICES
(CODES 99304 - 99318)

Provider Types Affected

Physicians and non-physician practitioners (NPPs) and physicians

Note: *The following instructions may be limited by local laws that restrict the scope of the practice and by local licensure requirements in the area where the professional practices.*

Provider Action Needed

In both the skilled nursing facility (SNF) and nursing facility (NF) settings, qualified non-physician practitioners (NPP), i.e., a nurse practitioner (NP), physician assistant (PA), or a clinical nurse specialist (CNS), may provide certain defined beneficiary visits prior to, and after, the physician performs the initial visit. In addition, in the NF setting, when certain requirements are met, an NPP not employed by the NF may also perform the initial visit itself. In addition, effective January 1, 2006, Current Procedural Terminology (CPT) codes (99301 - 99303) for reporting the initial nursing facility care and subsequent nursing facility care (99311-99313) are deleted, and are replaced by new codes (see below).

CR4246, from which this article is taken, conveys that, in both the SNF and NF settings, a qualified NPP may provide covered medically necessary visits prior to and after the physician performs the initial visit. Qualified NPPs may provide federally mandated visits (after the initial visit by the physician and as permitted under the Long Term Care Regulations). Further, it provides

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Reglamentaciones de Cuidado a Largo Plazo (“Long Term Care Regulations”). Más aún, dispone que cuando se cumple con los requisitos específicos en un ambiente de NF, un NPP que no está empleado por un NF y que está autorizado por la ley Estatal puede realizar la visita inicial al beneficiario.

Además, aclara la distinción entre visitas requeridas (por mandato federal) y las médicamente necesarias, servicios incidentales, servicios prolongados, servicios de Evaluación y Manejo (E&M) divididos o compartidos, visitas por gangas (“gang visits”), y los servicios del manejo del día de alta en un SNF/NF.

Este CR revisa el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 12, Sección 30.6.13, con los nuevos códigos CPT para informar visitas en los SNF o en un ambiente de NF:

- *Initial Nursing Facility Care* (códigos 99304–99306);
- *Subsequent Nursing Facility Care* (códigos 99307–99310), y
- *Other Nursing Facility Services* (Código CPT 99318 para una evaluación anual.)

Asegúrese de que el personal de facturación de su oficina está informado sobre estos cambios.

Trasfondo

Para comenzar esta discusión, recuerde que el Estatuto de Medicare es la base para distinguir la delegación de visitas y tareas médicas en Centros de Enfermería Especializada (SNF – Código de Lugar de Servicio 31, para pacientes en una estadía SNF de la Parte A), y Centros de Enfermería (NF – Código de Lugar 32, para pacientes que no tienen beneficios SNF de la Parte A, pacientes que se encuentran en un NF o en una estadía SNF no cubierta.).

En este punto, la Sección 1819 (b)(6)(A) del Acta de Seguro Social (“the Act”) regula a los SNFs mientras que la sección 1919 (b)(6)(A) del Acta regula a los NFs. Para más información, refiérase al artículo de Medlearn Matters SE 0418 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS:<http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0418.pdf>

Skilled Nursing Facility

that, when specific requirements are met in the NF setting, an NPP who is not employed by the NF and who is permitted by State law may perform the beneficiary’s initial visit.

It also clarifies the distinction between required (i.e., federally mandated) and medically necessary visits, “incident to” services, prolonged services, split/shared E/M services, gang visits, and the SNF/NF discharge day management services.

The CR revises the Medicare Claims Processing Manual, Publication 100-04, Chapter 12, Section 30.6.13, with new CPT codes for reporting visits in the skilled nursing facility (SNF) or nursing facility (NF) settings:

- *Initial Nursing Facility Care* (codes 99304 – 99306);
- *Subsequent Nursing Facility Care* (codes 99307 – 99310, and
- *Other Nursing Facility Services* (CPT code 99318 for an annual assessment).

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

Background

To begin this discussion, remember that the Medicare Statute is the basis for distinguishing between delegation of physician visits and tasks in skilled nursing facilities (SNF – Place of Service Code 31, for patients in a Part A SNF stay), and nursing facilities (NF – Place of Service Code 32, for patients who do not have Part A SNF benefits, patients who are in a Nursing Facility or in a non-covered SNF stay).

To the point, Section 1819 (b) (6) (A) of the Social Security Act (the Act) governs SNFs while section 1919 (b) (6) (A) of the Act governs NFs. (For further information, refer to Medlearn Matters article number SE0418 at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0418.pdf> on the CMS web site.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Política de Pago para las Visitas E/M

El CR 4246 aclara la política de pago (a partir del 1 de junio de 2006) para las visitas de Evaluación y Manejo (E&M) realizadas por médicos y NPPs cualificados (por ejemplo, practicante de enfermería (NP), asistente de médico (PA), o especialista de enfermería clínica (CNS) en el ambiente de SNF y NF.

Delegación de la Visita Inicial

Primero, el CR 4246, aclara la política para delegar la visita inicial en un ambiente NF. Recuerde que la visita inicial en los SNFs y NFs se define (según el "Survey and Certification memorandum [S&C-04-08], del 13 de noviembre de 2003) como la visita inicial de evaluación completa durante la cual el médico realiza una evaluación exhaustiva, desarrolla un plan de cuidado médico, y escribe o verifica órdenes de admisión para el residente del Centro de Enfermería.

Esto debe ocurrir no más tarde de 30 días luego de la admisión. En el ambiente del SNF, el médico debe realizar esta visita inicial. En el ambiente del NF, un NPP cualificado, que no sea empleado del NF, puede realizar la visita inicial cuando así lo permitan las leyes estatales, y cuando (según se hace en todas las visitas de Evaluación y Manejo) el NPP cumple con todos los requisitos de Medicare de supervisión y colaboración médica; cuando el servicio cae dentro del alcance de la práctica y licenciatura del estado donde el servicio se presta. (Los asistentes médicos, además, deben cumplir con el requisito de supervisión médica general así como con los requisitos de facturación del patrono).

Luego de la Visita Inicial

En el ambiente de SNF, luego de la visita inicial por el médico, éstos pueden delegar, alternando las visitas médicas requeridas federalmente, a los NPPs cualificados (sean o no empleados de un SNF). En el ambiente del NF, los NPPs cualificados que no están empleados por el NF, pueden, a opción del estado, realizar visitas médicas requeridas federalmente incluyendo la visita inicial.

Skilled Nursing Facility

Payment Policy for E/M Visits

CR4246 clarifies payment policy (effective January 1, 2006) for evaluation and management (E/M) visits by physicians and qualified NPPs (i.e., nurse practitioners [NP], physician assistants [PA], or clinical nurse specialists [CNS]) in SNF and NF settings:

Delegation of the Initial Visit

First, CR4246 clarifies the policy for the delegation of the initial visit in the NF setting. Remember that the initial visit in both SNFs and NFs is defined (per the Survey and Certification memorandum (S&C-04-08), dated November 13, 2003) as the initial comprehensive assessment visit during which the physician completes a thorough assessment, develops a plan of care and writes or verifies admitting orders for the nursing facility resident.

It must occur no later than 30 days after admission. In the SNF setting, the physician must perform this initial visit. In the NF setting, a qualified NPP, not employed by the NF, may perform the initial visit when permitted by state law, and when (as in all Evaluation & Management visits) the NPP meets all Medicare and physician collaboration and supervision requirements, and the service falls within the scope of practice and licensure for the state where the service occurs. (Physician assistants, additionally, must meet the general physician supervision requirement as well as employer billing requirements.)

After the Initial Visit

In the SNF setting, after the initial visit by the physician, physicians may delegate alternating federally mandated physician visits to qualified NPPs (whether they are employed or not by the SNF). Qualified NPPs in the NF setting, who are not employed by the NF, may, at the option of the state, perform federally mandated physician visits including the initial visit.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Delegación Médica de Visitas Médicamente Necesarias a los NPPs Cualificados

Además, el CR 4246 aclara sobre la delegación médica de visitas médicamente necesarias a NPPs cualificados en los ambientes de SNF y NF.

En ambos ambientes, si se cumple con todos los requisitos para colaboración, supervisión médica, licenciatura y facturación, los NPPs pueden realizar visitas E/M médicamente necesarias (aquellas visitas necesarias para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión o para mejorar el funcionamiento de una malformación de un miembro del cuerpo) antes de y después, de la visita médica inicial.

Para servicios de un PA, debe cumplirse con los requisitos de supervisión general del médico y de facturación del patrono. El PA también debe cumplir el alcance estatal de la práctica y los requisitos de licenciatura del lugar donde se realizan las visitas E/M.

Visitas E/M Médicamente Necesarias

Las visitas E/M médicamente necesarias se pagan de acuerdo a lo establecido bajo la Parte B de Medicare en las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés).

Nota: La por mandato federal de visita E/M puede servir también como una visita E/M médicamente necesaria si se presenta la situación (por ejemplo, el paciente experimenta problemas de salud que requieren atención el mismo día que ocurre la visita médica E/M requerida). El médico o NPP cualificado deberá informar **solamente una** visita E/M.

Nuevos Cambios de Códigos al “Medicare Claims Processing Manual”

El CR 4246 también revisa el “*Medicare Claims Processing Manual*”, Pub. 100-04, Capítulo 12, Sección 30.6.3, con los nuevos cambios de códigos realizados por la *American Medical Association* (AMA) al Manual de Códigos de Procedimientos (CPT) del 2006 para informar servicios provistos en un Centro de Enfermería.

Skilled Nursing Facility

Physician Delegation of Medically Necessary Visits to Qualified NPPs

Also, CR4246 clarifies physician delegation of medically necessary visits to qualified NPPs in the SNF and NF settings.

In both of these settings, if all the requirements for collaboration, physician supervision, licensure, and billing are met, qualified NPPs may perform medically necessary E/M visits (those visits necessary for the diagnosis or treatment of an illness or injury or to improve the functioning of a malformed body member) prior to, and after, the physician’s initial visit.

General physician supervision and employer billing requirements shall be met for PA services. The PA must also meet the state scope of practice and licensure requirements where the E/M visit is performed.

Medically Necessary E/M Visits

Medically necessary E/M visits are payable under the physician fee schedule under Medicare Part B.

Note: *The federally mandated E/M visit may serve also as a medically necessary E/M visit if the situation arises (i.e., the patient has health problems that need attention on the day the scheduled mandated physician E/M visit occurs). The physician or qualified NPP shall report **only one** E/M visit.*

New Code Changes to Medicare Claims Processing Manual

CR4246 also revises the Medicare Claims Processing Manual, Pub.100-04, Chapter 12, Section 30.6.13, with new code changes made by the American Medical Association (AMA) Current Procedural Terminology (CPT) 2006 for services reported in a nursing facility.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

A partir del 1 de enero de 2006, los códigos CPT para informar cuidado inicial y cuidado subsiguiente en un Centro de Enfermería se eliminan y se remplazan por códigos nuevos. Los códigos nuevos que deben utilizar los médicos y los NPPs cualificados para las visitas en SNF y NF son los siguientes:

Códigos 99304-99306 – Cuidado Inicial en Centros de Enfermería

A partir del 1 de enero de 2006, los códigos 99304-99306 (*Initial Nursing Family Care, per day*) deben utilizarse para informar la visita inicial. Los códigos CPT 99301-99303 se eliminaron luego del 31 de diciembre de 2005.

Solamente un médico puede informar los códigos 99304-99306 para una visita inicial realizada en un SNF o NF, excepto (según se explicó anteriormente) en aquellas visitas realizadas por un NPP cualificado en ambiente de NF, que no es empleado de dicho centro y cuando las leyes estatales así lo permiten. Una readmisión a un SNF o NF tiene los mismos requisitos de política de pago que una admisión inicial en ambos ambientes.

Códigos 99307-99310 – Cuidado Subsiguiente en Centros de Enfermería

Los códigos 99307-99310 (*Subsequent Nursing Family Care, per day*) deben utilizarse para informar visitas médicas requeridas federalmente y otras visitas médicamente necesarias. Estos códigos entran en vigor a partir del 1ro de enero de 2006 y sustituyen los códigos 99311-99313, los cuales se eliminaron luego del 31 de diciembre de 2005.

Medicare pagará por visitas requeridas federalmente que supervisen y evalúen residentes por lo menos una vez cada 30 días, por los primeros 90 días luego de la admisión, y por lo menos una vez cada 60 días a partir de ese momento.

Usted también debe utilizar estos códigos para informar visitas de E/M médicamente necesarias, aún si se proveen antes de la visita inicial del médico.

Skilled Nursing Facility

Beginning January 1, 2006, CPT codes for reporting the initial nursing facility care and subsequent nursing facility care are deleted and replaced by new ones. The new codes that physicians and qualified NPPs should use for SNF and NF visits are as follows:

CPT Codes 99304-99306 – Initial Nursing Facility Care

As of January 1, 2006, CPT codes 99304-99306 (Initial Nursing Facility Care, per day) shall be used to report the initial visit. CPT codes 99301 – 99303 are deleted after December 31, 2005.

Only a physician may report 99304-99306 for an initial visit performed in an SNF or NF except for (as explained above) those performed by a qualified NPP in the NF setting who is not employed by the facility and when state law permits. A readmission to a SNF or NF has the same payment policy requirements as an initial admission in both settings.

Codes 99307-99310 – Subsequent Nursing Facility Care

Codes 99307-99310 (Subsequent Nursing Facility Care, per day) shall be used to report federally mandated physician visits and other medically necessary visits. These codes are effective January 1, 2006, and replace codes 99311-99313 which are deleted after December 31, 2005.

Medicare will pay for federally mandated visits that monitor and evaluate residents at least once every 30 days for the first 90 days after admission and at least once every 60 days thereafter.

You shall also use these codes to report medically necessary E/M visits even if they are provided prior to the initial visit by the physician.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Usted debe utilizar los códigos para informar servicios de cuidados médicamente complejos en un SNF al momento de la alta de una visita de cuidado agudo, aunque las visitas se proveen antes de la visita inicial del médico.

Códigos 99315-99316 – Servicios de Manejo del Día de Alta

Los códigos 99315-99316 (*Discharge Day Management Service*) deben utilizarse para informar la visita en persona del médico o del NPP con el paciente para cumplir con el requisito del manejo de la alta en un SNF o un NF. Usted debe informar la visita como la fecha real de la visita, aún cuando el paciente sea dado de alta de un centro en un fecha calendario diferente.

Estos códigos pueden utilizarse (dependiendo del requisito para el uso del código) para informar un pronunciamiento de muerte de un paciente que ha expirado, pero sólo si el médico o un NPP cualificado personalmente realiza dicho pronunciamiento.

Código 99318 – Otros Servicios en Centros de Enfermería

El código 99318 (*Other Nursing Facility*) debe utilizarse para informar una visita de evaluación anual en un Centro de Enfermería en el itinerario requerido de visitas, si se lleva a cabo una evaluación anual. Para la política de pago de la Parte B de Medicare, un código de visita de evaluación anual puede sustituir (pero no puede facturarse además de) una de las visitas requeridas por mandato federal si se cumple por completo con los requisitos para el código CPT 99318, y en lugar de informar un código de "Subsequent Nursing Facility Care Code" (códigos 99307-99310). Este nuevo código no representa un nuevo beneficio para los servicios médicos de la parte B de Medicare.

Otra Información Importante que debe Recordar

- Medicare pagará por las visitas E/M, antes o después de la visita médica inicial, que sean razonables y médicamente necesarias para cumplir con las necesidades médicas del residente individual (que no se relacionen a

Skilled Nursing Facility

You shall also use these codes to report medically complex care in an SNF upon discharge from an acute care visit, again even if the visits are provided prior to the physician's initial visit.

Codes 99315-99316 – Discharge Day Management Service

Codes 99315-99316 (Discharge Day Management Service) shall be used to report the physician or NPP's face-to-face visit with the patient to meet the SNF/NF discharge day management service requirement. You shall report the visit as the actual date of the visit even if the patient is discharged from the facility on a different calendar date.

These codes may be used (depending on the code requirement) to report a death pronouncement of a patient who has expired, but only if the physician or qualified NPP personally performed the death pronouncement.

Code 99318 – Other Nursing Facility Service

Code 99318 (Other Nursing Facility Service) shall be used to report an annual nursing facility assessment visit on the required schedule of visits if an annual assessment is performed. For Medicare Part B payment policy, an annual assessment visit code shall substitute as meeting (but not be in addition to) one of the federally mandated physician visits if the code requirements for CPT code 99318 are fully met and in lieu of reporting a subsequent nursing facility care code (codes 99307 – 99310). This new code does not represent a new benefit service for Medicare Part B physician services.

Other Important Information to Remember

- Medicare will pay for E/M visits, prior to and after the initial physician visit, that are reasonable and medically necessary to meet the medical needs of the individual resident (unrelated to any state

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

ningún requisito estatal o propósito administrativo). Medicare no pagará por visitas adicionales que sean requisito de una ley estatal para una admisión o por otras visitas adicionales para satisfacer los propósitos de un centro u otros propósitos administrativos.

- Un médico (o NPP cualificado, donde se permita, según descrito anteriormente) que está empleado por el SNF/NF, puede realizar las visitas E/M y facturar independientemente a la Parte B de Medicare para pago, o puede reasignar el pago por sus servicios profesionales al centro. Sin embargo, el patrono de un PA siempre debe informar las visitas que un PA realiza.
- Como con todas las visitas E/M para la política de pago de la Parte B de Medicare, las guías de documentación E/M aplican.
- Los Servicios Prolongados (*The Prolonged Services*) (Códigos CPT 99354 - 99357) no deberán informarse con los Servicios de Centros de Enfermería a partir del 1 de enero de 2006, hasta nuevo aviso. Los nuevos códigos CPT de la AMA no tienen las unidades de tiempo típicas o promedio establecidas.
- Las visitas E/M para consejería/coordinación de cuidado para los Centros de Servicios de Enfermería, que se basan en tiempo, deben facturarse en los componentes claves de un servicio de E/M (historial, examen y toma de decisiones médicas) hasta que el CPT de la AMA origine las unidades de tiempo típicas o promedio para los Centros de Servicios de Enfermería.

Otra Información de Visitas

- Las visitas de E/M “incidentales a”, provistas en ambiente de instalación, no se pagan bajo la Tarifas Fijas de Medicare Parte B para Médicos. Cuando un médico establece una oficina en una instalación, las visitas E/M “incidentales a” y los requisitos se limitan a la parte específica de un SNF/NF designado como “su oficina”. El lugar de servicio (POS por sus siglas en inglés) en la reclamación debe ser “office” (POS 11).

Skilled Nursing Facility

requirement or administrative purpose), but will not pay for additional visits that may be required by state law for an admission or for other additional visits to satisfy facility or other administrative purposes.

- *A physician (or qualified NPP, where permitted, as discussed above) who is employed by the SNF/NF may perform the E/M visits and bill independently to Medicare Part B for payment, or may reassign payment for his/her professional service to the facility. However, a PA's employer must always report the visits that the PA performs.*
- *As with all E/M visits for Medicare Part B payment policy, the E/M documentation guidelines apply.*
- *The Prolonged Services (CPT codes 99354 – 99357) shall not be reported with Nursing Facility Services beginning January 1, 2006 until further notice. The new AMA CPT codes do not have typical/average time units established.*
- *E/M visits for counseling/coordination of care, for Nursing Facility Services, that are time-based must be billed based on the key components of an E/M service (history, exam and medical decision making) until the AMA CPT creates typical/average time units for the Nursing Facility Services.*

Other Visit Information

- *“Incident to” E/M visits, provided in a facility setting, are not payable under the Physician Fee Schedule for Medicare Part B. Where a physician establishes an office in a facility, the “Incident to” E/M visits and requirements are confined to this discrete part of a SNF/NF designated as his/her office. The place of service (POS) on the claim should be “office” (POS 11).*

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

- Por tanto, las visitas realizadas fuera del área de la “oficina” designada en el SNF/NF están sujetas a la cubierta de ambiente de SNF/NF y sus reglas de pago y no deberán informarse utilizando códigos CPT para oficina u otra visitas ambulatorias o utilizar el código POS 11.
- “Visitas por Gangas” o en grupos (“Gang Visits”), se definen como reclamaciones por un número irrazonable de visitas E/M diarias, realizadas por el mismo médico, a múltiples residentes de un mismo centro, en un período de 24 horas). Esto puede resultar en una revisión médica para determinar la necesidad médica para dichas visitas.
- El nivel de complejidad para una visita E/M y el código CPT facturado debe ser una visita cubierta y médicamente necesaria para cada paciente. La visita E/M (Servicios en Centros de Enfermería) representa un servicio “por día” por paciente según se define en el código CPT. El médico o NPP cualificado que realizó la visita de E/M debe documentar personalmente el servicio en un expediente médico y la documentación debe apoyar el nivel específico de la visita de E/M para cada paciente individual.
- Informar en un ambiente SNF/NF. Una visita dividida o compartida se define como un encuentro médicamente necesario con el paciente, en el cual el médico y un NPP cualificado personalmente realizan, una porción substantiva de una visita E/M (toda o parte de la porción de historial, examen o componentes claves en la toma de decisión médica de un servicio E/M), cara a cara con el mismo paciente, en la misma fecha de servicio.
- Un servicio E/M dividido o compartido aplica solamente a visitas E/M y ambientes particulares (por ejemplo: paciente hospitalizado, paciente ambulatorio en hospital, observación en hospital, sala de emergencia, alta de un hospital, visita clínica en oficina y en instalaciones no hospitalarias, y visitas prolongadas asociadas a éstos códigos de visita).

Skilled Nursing Facility

- *Thus, visits performed outside the designated “office” area in the SNF/NF are subject to SNF/NF setting coverage and payment rules and shall not be reported using the CPT codes for office or other outpatient visits or use POS code 11.*
- *“Gang visits” (claims for an unreasonable number of daily E/M visits by the same physician to multiple residents at a facility within a 24-hour period) may result in medical review to determine medical necessity for the visits.*
- *The complexity level of an E/M visit and the CPT code billed must be a covered and medically necessary visit for each patient. The E/M visit (Nursing Facility Services) represents a “per day” service per patient as defined by the CPT code. The physician or qualified NPP who performed the E/M visit must personally document the service in the medical record, and the documentation should support the specific level of E/M visit to each individual patient.*
- *Split/shared E/M visits cannot be reported in the SNF/NF setting. A split/shared visit is defined as a medically necessary patient encounter in which the physician and a qualified NPP each personally perform a substantive portion of an E/M visit (all or some portion of the history, exam or medical decision making key components of an E/M service) face-to-face with the same patient on the same date of service.*
- *A split/shared E/M service applies only to selected E/M visits and settings (i.e., hospital inpatient, hospital outpatient, hospital observation, emergency department, hospital discharge, office and non-facility clinic visits, and prolonged visits associated with these E/M visit codes).*

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Información Adicional

Para más información y referencia sobre asuntos relacionados al “Survey and Certification” aplicables a ambientes SNF/NF, refiérase al artículo de Medlearn Matters SE 0148, el cual encontrará en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0418.pdf>

Para ver la instrucción oficial (CR 4246) emitida a su Contratista o Intermediario Fiscal, visite el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R808CP.pdf>

Existe más información relacionada en el *Medicare Claims Processing Manual*, Pub. 100-04, Capítulo 12, Sección 30.6.13 ((Nursing Facility Services [Codes 99304 – 99318]), la cual se incluye al CR 4246 como un anejo.

Debe dirigir todas sus preguntas relacionadas a órdenes, certificaciones o recertificaciones en SNFs y NFs a los Departamentos de “State Survey and Certification Agency” correspondientes, para que aclaren sus dudas.

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

Skilled Nursing Facility

Additional Information

For further reference on Survey and Certification issues applicable to the SNF/NF settings refer to Medlearn Matters article number SE0418 at <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0418.pdf> on the CMS web site.

To view the official instruction (CR4246) issued to your carrier or fiscal intermediary, please visit <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R808CP.pdf> on the CMS web site.

You might also want to look at the Medicare Claims Processing Manual, Pub. 100-04, Chapter 12, Section 30.6.13 (Nursing Facility Services (Codes 99304 - 99318), which you can find as an attachment to CR4246.

Questions pertaining to writing orders or certification and recertification issues in the SNF and NF settings shall be addressed to the appropriate State Survey and Certification Agency departments for clarification.

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

Pub. 01-06-06/Trans. R808CP/CR-4246/01-25-06/ML RRC

Contrato

PROVEEDORES SANCIONADOS

Proveedores sancionados son aquellos que han violado las obligaciones de su contrato con Medicare o Medicaid. A estos proveedores no se les permite facturar al Programa Medicare. Los contratistas reciben mensualmente una lista de CMS que incluye las exclusiones y reintegraciones efectuadas por la Oficina del Inspector General (OIG). Las exclusiones tienen vigencia a los 20 días de la fecha de notificación al proveedor. Estas exclusiones y reintegraciones serán vigentes en la fecha indicada.

La Sección 4304 del "Balanced Budget Act" (BBA, por sus siglas en inglés) modificó la Sección 1128A(a) del "Social Security Act". Específicamente, el "BBA" añadió nuevas penalidades monetarias civiles de hasta \$10,000 por cada artículo o servicio provisto y hasta tres veces la cantidad reclamada. Estas penalidades se aplicarán en los casos en los cuales una persona contrata un proveedor excluido con el propósito de ofrecer servicios o artículos para el cuidado de la salud y dicha persona sabe o debería saber que el proveedor estaba excluido de Medicare.

La Sección 1128A del "SSA" define el término "persona" como "una organización, una agencia u otra entidad, pero excluyendo al beneficiario." Esta provisión aplica a contratos o acuerdos efectuados después del 5 de agosto de 1997. Para cumplir con nuestro compromiso de educar a los proveedores de Medicare, a continuación la lista de los proveedores reinstalados y en las siguientes páginas encontrará la lista de los proveedores actualmente excluidos del Programa Medicare:

Enrollment

SANCTIONED PROVIDERS

Sanctioned providers are practitioners who violate their obligations under the "Medicare and Medicaid Programs Protection Act". They are excluded from billing the Medicare Program. Carriers receive a monthly listing from CMS containing exclusion and reinstatement or withdrawal actions taken by the Office of Inspector General (OIG). Exclusion actions are effective 20 days from the date of the notice to the provider. Reinstatements / withdrawals are effective as of the date indicated.

Section 4304 of the Balanced Budget Act(BBA) modified Section 1128A(a) of the Social Security Act. Specifically, the BBA added new civil monetary penalties of up to \$10,000 for each item or service provided, and triple the claimed amount in cases in which a person contracts an excluded provider for the provision of health care items or services and the person knows or should have known that the provider was excluded from participation in the Medicare program.

Section 1128A of the Social Security Act defines the term "person" to include "organization, agency, or other entity, but excluding a beneficiary". This provision applies to arrangements or contracts entered into after August 5, 1997. To comply with our commitment to educate and inform our Medicare providers, following is the list of the reinstated providers, and on next pages we have included the list of excluded providers to the Medicare Program:

Providers Reinstated to the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Kutcher Olivo, Roberto	Calle Betances 80 Canóvanas, PR 00629	January 26, 2006
Mercado Franci, José A.	Villa Clarita 2 6 St. # 46 Fajardo, PR 00738	January 26, 2006
Ortiz Ramos, Jorge L.	17St. - 3D1 Covadonga Toa Baja, PR 00949	January 26, 2006
Texidor Sánchez, Carmen I.	25 St. - Z-19 Río Verde Caguas, PR 00725	January 26, 2006

Cont. on next page

Contrato

Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Alvarado Sánchez, Mayda C.	56 Georgetti St. Comerio, PR 00782	September 3, 1997
Álvarez Valentín, Mario	Urb. Valencia 1 52 Calle Pedro Cruz-Marg Juncos, PR 00777	July 18, 2002
Arce Forestier, Néstor	3 Muñoz Rivera St. Camuy, PR 00627	August 20, 1998
Arrillaga, Abenamar	Ext. Hermanas Dávila 23 - J St. Bayamón, PR 00959	May 18, 2000
Atocha Sánchez, José M.	720 Ponce De León Ave. San Juan, PR 00918	April 29, 1996
Baco Cuebas, German A.	Urb. Ponce De León 11 Calla Granada Mayagüez, PR 00680	January 20, 2003
Báez López, Roberto	Calle Víctor Salaberry #32 Guánica, PR 00653	February 20, 2003
Bailey, Colin D H	227 Golden Rock Dev Est Christiansted St. Croix, VI 008204	April 1, 1992
Canabal Enríquez, José M	170 Calle Luna San German, PR 00683	April 20, 2003
Caro Acevedo, Eduardo	Santa Rosa Mall Suite 201 - Segundo Nivel Bayamón, PR 00959	March 20, 2002
Collado Marcial, José L.	Prog. Salud Ocupacional RCM UPR 2do Piso Río Piedras, PR 00925	August 19, 2004
Cruz Báez, Edgar A	Hospital Dr. Pila - Ave. Las América Ponce, PR 00731	February 20, 2003
Dávila Aponte, Wanda E	63 Calle Nogal Monte Casino Toa Alta, PR 00953	May 20, 2002
Escalante Santos, Gilberto	Urb. Summit Hills 596 Torrecillas St. Río Piedras, PR 00920	June 10, 1994
Francis Ambulance	99 Manolo Flores St. Fajardo, PR 00738	August 20, 2000
García Medina, Benjamín A	Calle Aibonito 1468 Santurce, PR 00907	April 20, 2003
Grana Díaz, Roberto	Urb. Sagrado Corazón 1616 Calle Sta Eduviges San Juan, PR 00926	May 20, 2001
Jiménez Casso, José	Urb. Santa Rosa 51-37 Ave. Main Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
López Morales, Ángel	Ave. A Buenas Bloque 20 #31 Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00959	January 20, 2002
Maisonet Correa, Carlos	61 Marginal Urb. Santa Rosa Bayamón, PR 00960	September 20, 2001

Contrato

Enrollment

Providers Excluded from the Medicare Program		
NAME	ADDRESS	EFFECTIVE DATE
Montañez López, Carlos W.	Óptica Marbella Carr. 107 Km 1 Aguadilla, PR 00603	March 20, 2002
Moreno Torres, Edwin	134 Calle José I. Quinton Coamo, PR 00769	December 20, 1998
Nevarez Sostre, Edgar	Urb. Jardines / Calle 9 #B-4 Dorado, PR 00694	December 20, 2006
Olivari Milán, José A.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Ortega Ortiz, Orlando	Bo. Cuevas Carretera 132 Peñuelas, PR 00624	February 20, 2003
Ortiz Vargas, Daniel	Hospital Área de Yauco Clínicas CASPRI Yauco, PR 00698	February 20, 2003
Perea Vicente, Miguel A.	Ctro. Salud San German Calle St. Javilla San German, PR 00683	February 20, 2003
Pillot Costas, Juan R.	41 Calle Concordia Ponce, PR 00731	April 20, 2003
Pintado García, Isidoro	55 calle Comercio Suite 3 Yauco, PR 00698	June 19, 2003
Quiñones Acevedo, Pablo	Irurregui Plaza 201 Río Piedra, PR 00925	February 20, 2003
Ramos, Meléndez, Marcos U.	P.O. Box 999 Río Grande, PR 00745	April 20, 2000
Rivera Cruz, Carlos	205 Lauro Piñero Ave. Ceiba, PR 00735	December 20, 1999
Rivera López, Aixa	Pearl Vision 52-E José De Diego St. Cayey, PR 00736	September 20, 2000
Rutkowski Whitehead, Morris E.	371 San Jorge St. Santurce, PR 00912	July 14, 1993
Santini Olivieri, Francisco A.	4 Calle Hostos Juana Díaz, PR 00795	April 18, 2002
Soto Santiago, Reynaldo	Res. Levisticos del Oeste J104 Cabo Rojo, PR 00623	February 20, 2003
Soto Vázquez, Julio M.	Villa Rosa III B27 - 1St. Guayama, PR 00784	May 17, 1991
Stella, Edgar	513 Street Tintillo Hills Bayamón, PR 00966	January 29, 1986
Vega Delgado, Marisol	Portal De Los Pinos B19 Calle 2 San Juan, PR 00936	January 20, 2003
Vigo Sierra, Myrna L.	Bo. Miradero Carr. 102 Km 19 HM 2 Cabo Rojo, PR 00623	April 18, 2002
Yemat Pérez, Alex A.	Barrio Obrero 2041 Calle Borinquen Santurce, PR 00907	May 20, 2002

Medicare Parts B/D Coverage Issues

This table provides a quick reference guide for the most frequent Medicare Part B drug and Part D drug coverage determination scenarios facing Part D plans and Part D pharmacy providers. It does not address all possible situations. For a more extensive discussion, please refer to “Medicare Part B vs. Part D Coverage Issues” at http://www.cms.hhs.gov/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/PartBandPartDdoc_07.27.05.pdf.

Part B Coverage Category	Part B Coverage Description	If Retail Pharmacy, Which Part Pays? ¹	If LTC Pharmacy, Which Part Pays?	Comments
Durable Medical Equipment (DME) Supply Drugs Only available for people living at “home”²	Drugs that require administration via covered DME (e.g., inhalation drugs requiring a nebulizer, IV drugs “requiring” ³ a pump for infusion, insulin via infusion pump) ⁴	B	D	Blood glucose testing strips and lancets covered under Part B DME benefit are never available under Part D because they are not Part D drugs.
Drugs furnished “incident to” a physician service (i.e., the drug is furnished by the physician and administered either by the physician or by the physician’s staff under the physician’s supervision).	Injectable/intravenous drugs 1) administered incident to a physician service <u>and</u> 2) considered by Part B carrier as “not usually self-administered”	D	D	Not covered by Part B because a pharmacy cannot provide a drug incident to a physician’s service (i.e., only a physician office would bill Part B for “incident to” drugs).
Immunosuppressant Drugs	Drugs used in immunosuppressive therapy for people who received transplant from Medicare-approved facility and were entitled to Medicare Part A at time of transplant (i.e., “Medicare-Covered Transplant”)	B or D: Part B for Medicare-Covered Transplant Part D for all other situations	B or D: Part B for Medicare-Covered Transplant Part D for all other situations	Participating Part B pharmacies must bill the DMERC in their region when these drugs are covered under Part B.

¹ For purposes of this chart, retail pharmacies include home infusion pharmacies.

² In addition to a hospital, a SNF or a distinct part SNF, the following LTC facilities cannot be considered a home for purposes of receiving the Medicare Part B DME benefit:

- A nursing home that is dually-certified as both a Medicare SNF and a Medicaid nursing facility (NF)
- A Medicaid-only NF that primarily furnishes skilled care;
- A non-participating nursing home (i.e., neither Medicare nor Medicaid) that provides primarily skilled care; and
- An institution which has a distinct part SNF and which also primarily furnishes skilled care.

³ The DMERC determines whether or not an IV drug requires a pump for infusion.

⁴ The DMERC determines whether a nebulizer or infusion pump is medically necessary for a specific drug/condition.

Part B Coverage Category	Part B Coverage Description	If Retail Pharmacy, Which Part Pays?¹	If LTC Pharmacy, Which Part Pays?	Comments
Oral Anti-Cancer Drugs	Oral drugs used for cancer treatment that contain same active ingredient (or pro-drug) as injectable dosage forms that would be covered as 1) not usually self-administered and 2) provided incident to a physician's service	B or D: Part B for cancer treatment Part D for all other indications	B or D: Part B for cancer treatment Part D for all other indications	Participating Part B pharmacies must bill the DMERC in their region when these drugs are covered under Part B.
Oral Anti-emetic Drugs	Oral anti-emetic drugs used as full therapeutic replacement for IV anti-emetic drugs within 48 hrs of chemo	B or D: Part B for use w/in 48 hrs. of chemo Part D all other situations	B or D: Part B for use w/in 48 hrs. of chemo Part D all other situations	Participating Part B pharmacies must bill the DMERC in their region when these drugs are covered under Part B.
Erythropoietin (EPO)	Treatment of anemia for persons with chronic renal failure who are undergoing dialysis	B or D: Part B for treatment of anemia for people undergoing dialysis Part D all other situations	B or D: Part B for treatment of anemia for people undergoing dialysis Part D all other situations	EPO may also be covered under Part B for other conditions if furnished incident to a physician's service. (A physician, not a pharmacy, bills for "incident to" drugs.)
Prophylactic Vaccines	Influenza; Pneumococcal; and Hepatitis B (for intermediate to high-risk individuals)	B or D: Part B for Influenza, Pneumococcal, & Hepatitis B (for intermediate to high risk) Part D for all others	B or D: Part B for influenza, pneumococcal, & Hepatitis B (for intermediate to high risk) Part D for all others	Vaccines given directly related to the treatment of an injury or direct exposure to a disease or condition are always covered under Part B.
Parenteral Nutrition	Prosthetic benefit for individuals with "permanent" dysfunction of the digestive tract (must meet "permanence" test)	B or D: Part B if "permanent" dysfunction of digestive tract Part D for all other situations	B or D: Part B if "permanent" dysfunction of digestive tract Part D for all other situations	Part D does not pay for the equipment/supplies and professional services associated with the provision of parenteral nutrition or other Part D covered infusion therapy.

National Provider Identifier (NPI)

PÁGINA WEB DE CMS PARA NPI

Deseamos anunciar la página electrónica rediseñada de CMS dedicada a proveerle al profesional de la salud las últimas noticias del Identificador Nacional del Proveedor (NPI por sus siglas en inglés). Visite <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvdentStand/> en el Web. Esta página también contiene una sección para proveedores de Medicare del sistema de pago de servicios mediante tarifas fijas (FFS por sus siglas en inglés) con información que le ayudará con la implementación de Medicare del NPI. Hay una nueva hoja de datos disponible con respuestas a preguntas que los proveedores de salud pueden tener acerca del NPI. Marque esta página, ya que se continuará publicando información nueva y recursos nuevos. Para más información sobre los esfuerzos informativos de la industria privada dedicados al NPI, visite el sitio Web "Workgroup for Electronic Data Interchange (WEDI) NPI Outreach Initiative" en <http://www.wedi.org/npioi/index.shtml>

CMS NPI WEB PAGE

Announcing the redesigned CMS web page dedicated to providing all the latest NPI news for health care providers! Visit <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvdentStand/> on the web. This page also contains a section for Medicare Fee-For-Service (FFS) providers with helpful information on the Medicare NPI implementation. A new fact sheet with answers to questions that health care providers may have regarding the NPI is now available on the web page; bookmark this page as new information and resources will continue to be posted. For more information on private industry NPI outreach, visit the Workgroup for Electronic Data Interchange (WEDI) NPI Outreach Initiative website at <http://www.wedi.org/npioi/index.shtml> on the web.

JSM06184/RR

MEDICARE INFORMA

BOX 71391

SAN JUAN, PR 00936

RETURN SERVICE REQUESTED

PRSRRT STD

U.S. POSTAGE PAID

SAN JUAN, P.R.

PERMIT NO. 2563