

¡Qué Bueno Que Preguntó!

RETENCIÓN EN LOS PAGOS DE MEDICARE RECORDATORIO

Este mensaje es un recordatorio para todos los proveedores y médicos que facturan a contratistas de Medicare por sus servicios.

Se efectuará, por un lapso corto, retención en los pagos de Medicare en todas las reclamaciones durante los últimos 9 días del año fiscal federal (del 22 de septiembre hasta el 30 de septiembre de 2006). Esta demora en el pago es mandatoria conforme la sección 5203 del Acta de Reducción del Déficit de 2005. No se devengará interés y no se pagarán penalidades tardías a entidad o individuo por razón de esta retención de pagos. Todas las reclamaciones retenidas durante este tiempo se pagarán el 2 de octubre de 2006.

Cont. en página 5

We Are Glad You Asked!

HOLD ON MEDICARE PAYMENTS REMINDER

This message is a reminder for all providers and physicians who bill Medicare contractors for their services.

A brief hold will be placed on Medicare payments for all claims during the last 9 days of the Federal fiscal year (September 22 through September 30, 2006). These payment delays are mandated by section 5203 of the Deficit Reduction Act of 2005. No interest will be accrued and no late penalties will be paid to any entity or individual by reason of this one-time hold on payments. All claims held during this time will be paid on October 2, 2006.

Cont. on page 5



Emission Date: July 19, 2006 | Addendum to Volume 86 / April, May and June 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!

Retención en los pagos de Medicare .. Portada y pág. 5
Charlas Telefónicas - Pregúntele a su Contratista 5

Recursos de Información y Educación

Actualización al Capítulo 24 - "EDI Support Requirements" 6
Medicare provee cubierta para muchos Servicios Preventivos 8
Habilidad cultural: Preocupación de Salud 9
"Medicare Remit Easy Print (MREP) Software" 10
Guías de elegibilidad para Medicare tradicional 17
Información sobre el Programa de Adquisición Competitiva 18
Boletín Medicare Informa 19
Listas de publicaciones electrónicas 20
Mejoras a la aplicación MREP 23

Programa CERT

Divulgación de información privada de salud para CERT 27
Laboratorios Clínicos y CERT - Recordatorio 28

Política Médica

Cateterización cardiaca en lugar no-hospitalario 29
Prueba diagnóstica para los cambios de Microvoltaje de la Onda-T 30
Nesiritide para el tratamiento de pacientes con fallo cardiaco 32

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.

Políticas de Pago

Cubierta y facturación de Estimuladores de Ultrasonido 37
"Physician Voluntary Reporting Program" utilizando los códigos de Calidad G 41
Cambio al descriptor amplio del código HCPCS Q4080 49
Método de facturación para el Factor Hemofílico 51
Tarifa establecida para Radiofármacos 2006 52
Medicamentos no Clasificados 55
Actualización de la lista de Códigos de Terapia 56

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Instrucciones para el pago de bonificaciones en HPSAs y PSAS 65
Facturación del bono HPSA y PSA para algunos servicios 67
Actualización anual del 2006 bonos HPSA Recordatorio 69

Medicamentos

Problemas con la facturación para infusiones e inyecciones 70
Cubierta de productos recetados de Niacin bajo la Parte D 71

Laboratorio

Cambios para abril 2006 a la aplicación de éditos de NCD 72

Reclamaciones

Concepto de los sistemas que utiliza Medicare para procesar reclamaciones 77

Medicare Pagador Secundario (MSP)

Facturación de MSP por SES Profesional 82

Centro de Enfermería Especializada

Actualización trimestral códigos HCPCS en SNF 88
Nueva dirección electrónica para SNF 92

Ambulancia

Recopilación y verificación de información del personal 94

Contrato

Proveedores Sancionados 96
Política de designación de sub-partes de Medicare - NPI 99
El conteo regresivo NPI ha comenzado Recordatorio 107
Etapa 1 - Uso y edición de los NPIs 108
Anunciando la nueva solicitud CMS855 .. 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>Hold on Medicare Payments</i>	Cover & page 5
<i>Ask the Contractor Teleconferences</i>	5

Information and Education Resources

<i>Update to Chapter 24 (EDI Support Requirements)</i> ..	6
<i>Medicare Provides Coverage for Many Preventive Services</i>	8
<i>Cultural Competency: A National Health Concern</i>	9
<i>Medicare Remit Easy Print (MREP) Software</i>	10
<i>Traditional Medicare Eligibility Guidelines</i>	17
<i>Competitive Acquisition Program Information</i>	18
<i>Medicare Informa Bulletin</i>	19
<i>Mailing Lists</i>	20
<i>Medicare Remit Easy Print Enhancements</i>	23

CERT Program

<i>Disclosure of Private Health Information for CERT</i> ..	27
<i>Clinical Laboratories and CERT</i>	28

Medical Policy

<i>Cardiac Catheterization in other than a Hospital Setting</i>	29
<i>Microvolt T-Wave Alternans Diagnostic Testing</i>	30
<i>Nesiritide for Treatment of Heart Failure Patients</i>	32

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.

Billing Policies

<i>Coverage and Billing for Ultrasound Stimulation</i>	37
<i>Physician Voluntary Reporting Program Using Quality G-Codes</i>	41
<i>Change in the Long Descriptor for HCPCS Code Q4080</i>	49
<i>Coding Guidelines for Hemophilia Drugs</i>	51
<i>Established Fee for Radiopharmaceuticals 2006</i> ...	52
<i>Unclassified Drugs</i>	55
<i>Annual Update for the Therapy Code List</i>	56

Health Professional Shortage Area (HPSA)

<i>Instructions for the Payment of HPSA and PSA Bonuses</i>	65
<i>Revision for HPSA and PSA Bonus Billing for some Services</i>	67
<i>2006 Annual Update for the HPSA Bonus Payment-Reminder</i>	69

Drugs

<i>Problems with Medicare Billing for Infusions and Injections</i>	70
<i>Coverage of Prescription Niacin Products under Part D</i>	71

Laboratory

<i>Changes to the NCD Edit Software for April 2006</i>	72
---	----

Claims

<i>Explanation of Systems used by Medicare to Process your Claims</i>	77
---	----

Medicare Secondary Payer (MSP)

<i>Billing to MSP by SES Professional</i>	82
---	----

Skilled Nursing Facility

<i>April Quarterly Update to the 2006 HCPCS Codes for SNF</i>	88
<i>New SNF Consolidated Billing Web Site Address</i> ...	92

Ambulance

<i>Collection and Verification of Ambulance Crew Member</i>	94
---	----

Enrollment

<i>Sanctioned Providers</i>	96
<i>NPI - Medicare Policy on Subpart Designation</i>	99
<i>Countdown Has Begun-Reminder</i>	107
<i>Stage 1-Use and Editing of NPI's Received in EDI</i> ...	108
<i>Announcing the Release of the Revised CMS-855 Enrollment Application</i>	Backcover

MOA-2006

¡Qué Bueno Que Preguntó!

CONT. DE LA PORTADA...

Esta política solamente aplica a reclamaciones sujetas a pago. No aplica a denegaciones totales, reclamaciones que no conllevan pagos y otros reclamos, tales como pagos periódicos interinos, pagos anticipados de servicios de salud en el hogar y ajustes en los informes de costo.

Por favor, tome en cuenta que no se remitirán pagos en plazos de dineros retenidos, ni se permitirán pagos adelantados durante esta retención de 9 días.

Para información adicional, favor acceder el artículo de MLN Matters en: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticle/downloads/MM5047.pdf>.

We Are Glad You Asked!

CONT. FROM THE COVER PAGE...

This policy only applies to claims subject to payment. It does not apply to full denials, no-pay claims, and other non-claim payments such as periodic interim payments, home health requests for anticipated payments, and cost report settlements.

Please note that payments will not be staggered and no advance payments will be allowed during this 9-day hold.

For more information, please view the MLN Matters Article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM5047.pdf>.

JSM/TDL-06549/07-05-06/DG/DF

CHARLAS TELEFÓNICAS PREGÚNTELE A SU CONTRATISTA SEPTIEMBRE DE 2006 RECORDATORIO

Charla telefónica tipo "Pregunte a su Contratista" dirigida a los proveedores de Medicare Parte B de Puerto Rico e Islas Vírgenes, con el fin de informarles sobre las más recientes **actualizaciones sobre la cirugía global y los códigos de "rebundle"**, además de aclarar dudas con relación a éste tema.

Para conectarse, sólo tendrá que llamar al 1-800-946-0720 o al (719) 457-2646 y una operadora estará en línea para asistirlos.

Fecha: 12 de septiembre de 2006

Hora: 11:30 am (conferencia será en inglés)
3:30 pm (conferencia será en español)

Tipo de Usuario: Todos los proveedores y suplidores

Cobertura: Puerto Rico e Islas Vírgenes

ASK THE CONTRACTOR TELECONFERENCES SEPTEMBER, 2006 REMINDER

*Ask the Contractor Telephone conference call aimed to providers of Medicare Part B from Puerto Rico and US Virgin Islands with the objective of informing them of **updates regarding global surgery and "rebundle" codes**, as well as to address questions concerning the abovementioned topic.*

To participate of the conference please dial 1-800-946-0720 or (719) 457-2646 and an operator will be standing by to assist you.

Date: September 12, 2006

Time: 11:30am (conference in English)
3:30pm (conference in Spanish)

User Type: All Medicare Part B providers/suppliers

Coverage: Puerto Rico and US Virgin Islands

JS-June, 2006

Recursos de Información y Educación para Proveedores

ACTUALIZACIÓN AL CAPÍTULO 24 (EDI SUPPORT REQUIREMENTS) DEL MEDICARE CLAIMS PROCESSING MANUAL PARA REFLEJAR REFERENCIAS A NUEVOS ENLACES EN EL SITIO WEB DE CMS

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones por concepto de servicios prestados a los Contratistas de los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), estos son, Contratistas, Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) y Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés).

Trasfondo

Este artículo se basa en el CR 4398 y el mismo resalta el hecho de que el sitio Web de CMS <http://www.cms.hhs.gov> ha sido completamente rediseñado. Actualmente, el Capítulo 24 del *Medicare Claims Processing Manual* contiene enlaces que no van a llevar al usuario al nuevo sitio Web de CMS. Si se utilizan dichos enlaces, el siguiente mensaje aparecerá: *'We're sorry. The page you requested cannot be found. CMS has recently launched a web site redesign and many addresses have changed.'* ("Lo sentimos; la página que usted solicitó no puede ser localizada. CMS ha lanzado recientemente un sitio Web rediseñado y muchas de sus direcciones han cambiado.")

Esta instrucción actualiza los enlaces que se encuentran actualmente en el Capítulo 24, remueve los enlaces que ya no aplican, y los reemplaza con los nuevos enlaces.

Puntos Importantes

Las nuevas direcciones clave en el sitio Web de CMS son las siguientes:

Information and Education Resources for Providers

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

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who submit claims for services to the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) Medicare contractors (carriers, fiscal intermediaries (FIs), regional home health intermediaries (RHHIs), and durable medical equipment regional carriers (DMERCs))

Background

This article, based on CR4398, highlights the fact that the <http://www.cms.hhs.gov> web site has been completely redesigned. Currently, Chapter 24 of the Medicare Claims Processing Manual contains URLs that no longer direct the user to the new CMS web site. If used, the following message will appear. 'We're sorry. The page you requested cannot be found. CMS has recently launched a web site redesign and many addresses have changed.'

This instruction updates the URLs that are currently in Chapter 24, removes the URLs that no longer apply, and replaces them with the new URLs.

Key Points

The key new web addresses are as follows:

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- La nueva dirección para acceder y descargar las instrucciones de CMS sobre EDI es la siguiente: http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/01_Overview.asp
- La Guía de Implementación (IG) para el X12N 837, versión 4010A1, para reclamaciones de Instituciones(I) y de Profesionales(P), se encuentra ahora en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/08_HealthCareClaims.asp
- Las guías de implementación para la Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés) con otros pagadores se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/12_COB.asp.
- Las Especificaciones de Estándares de Telecomunicaciones NCPDP y la Guía de Implementación (IG), Versión 5.1 y el “Batch Standard 1.1” para reclamaciones de medicamentos recetados al detal (facturados solamente a DMERCs de Medicare), y la Coordinación de Beneficios (COB) se encuentran en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/08_HealthCareClaims.asp
- La Guía de Implementación (IG) para el X12 835, Versión 4010A1 para Avisos de Remesa (RA) se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/11_Remittance.asp
- La Guía de Implementación (IG) para el X12 276/277, Versión 4010A1, sobre el Estatus de Reclamaciones y Estatus de Respuesta, se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/10_ClaimStatus.asp
- Información sobre la Guía de Implementación (IG) para el X12 270/271, Versión 4010A1, Transacciones sobre Elegibilidad de Beneficiarios y Respuesta, se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/09_Eligibility.asp

Information and Education Resources for Providers

- http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/01_Overview.asp is the new address for accessing and downloading the CMS EDI instructions.
- The X12N 837 implementation guide (IG) version 4010A1 for Institutional (I) and Professional (P) claims is now at http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/08_HealthCareClaims.asp on the CMS web site.
- The implementation guide for coordination of benefits (COB) with other payers is at http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/12_COB.asp on the CMS web site.
- The NCPDP Telecommunications Standard Specifications and IG version 5.1 and Batch Standard 1.1 for retail prescription drug claims (Billed to Medicare DMERCs only) and COB are at http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/08_HealthCareClaims.asp on the CMS web site.
- The X12 835 IG version 4010A1 for Remittance Advice is at http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/11_Remittance.asp on the CMS web site.
- The X12 276/277 IG version 4010A1 for Claim Status Inquiry and Response is located at http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/10_ClaimStatus.asp on the CMS web site.
- Information on the X12 270/271 IG version 4010A1 transactions for Beneficiary Eligibility Inquiry and response are at http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans/09_Eligibility.asp on the CMS web site.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- La Guía de Implementación (IG) de los “*companion documents*” de la Ley HIPAA se encuentra disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans>. Una vez en ese sitio, seleccione la transacción específica que desea realizar, desde el lado izquierdo de la pantalla. Luego obtendrá un enlace a el “*companion document*” para esa transacción al final de la página.

Información Adicional

La instrucción oficial enviada por Medicare a su Contratista o Intermediario sobre este cambio se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R900CP.pdf>

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Information and Education Resources for Providers

- *HIPAA IG “companion documents” are available at <http://www.cms.hhs.gov/ElectronicBillingEDITrans> on the CMS web site. Once at that site, select the specific transaction desired from the left side of the screen and you will then get a link to the companion document at the bottom of the page for that transaction.*

Additional Information

The official instructions issued to your carrier or intermediary regarding this change can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R900CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM4398/Trans. R900CP/CR4398/04-22-06/mlv/jsr

MEDICARE PROVEE CUBIERTA PARA MUCHOS SERVICIOS PREVENTIVOS E EXPLORATORIOS

Este artículo sirve como un recordatorio y recaba su cooperación para asegurar que los beneficiarios de Medicare reciban los servicios preventivos que necesitan. Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) le exhorta a que comparta la noticia sobre todos los servicios preventivos y exploratorios cubiertos por Medicare.

Hable con sus pacientes de Medicare para que hagan uso de estos servicios, cuando los mismos sea apropiados. Con este fin, CMS desarrolló materiales educativos que usted puede ordenar y utilizar para educar a su personal sobre estos beneficios. La información que se encuentra en estos productos también lo ayudará a comunicarse con sus pacientes sobre los beneficios preventivos de Medicare. Esta información la puede acceder en: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE0630.pdf>

MEDICARE PROVIDES COVERAGE FOR MANY PREVENTIVE SERVICES AND SCREENINGS

This article serves as a reminder that we need your help to ensure that Medicare beneficiaries receive the preventive services they need. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) encourage you to spread the news about the many preventive services and screenings covered by Medicare.

Talk with your Medicare patients to encourage the use of those services, where appropriate. To meet this purpose, CMS has developed educational products that you can order and use to educate your staff about these benefits. The information found in these products will also help you communicate with your patients about Medicare preventive benefits. Please access this information at: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/SE0630.pdf>

SE0630/ab-dg

Recursos de Información y Educación para Proveedores

HABILIDAD CULTURAL: PREOCUPACIÓN DE SALUD NACIONAL

El aumento en diversidad racial, étnica y lingüística que compone los Estados Unidos reta a los proveedores en su esfuerzo de ofrecer servicios de cuidado de la salud. Las diferencias culturales y de lenguaje entre proveedores y pacientes pueden generar una falta de conformidad en los tratamientos. Por consiguiente, CMS está trabajando con los proveedores para concienciarlos culturalmente de cómo proveer cuidado de una forma hábil a diversas culturas. Las Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad de la Salud de CMS (QIOs, según sus siglas en inglés) como parte de esta iniciativa están reclutando proveedores para participar en el programa “A Family Physician’s Practical Guide to Culturally Competent Care”, este es gratuito y computarizado, favor acceder el siguiente enlace para más información: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0621.pdf>. El propósito de esta guía es asegurar que los proveedores de Medicare estén preparados efectivamente para ofrecer servicios a pacientes de diversas poblaciones. Es un currículo basado en estudios de casos y presenta un video de posibles escenarios con diversos grupos de proveedores. Además, los participantes podrán compartir sus reacciones a través de un tablero en línea. Este currículo está acreditado como curso de educación continuada para médicos y unidades de educación continúa para enfermeras y farmacéuticos.

Todos los proveedores interesados en obtener el currículo pueden acceder a la siguiente dirección: <http://www.thinkculturalhealth.org>.

Information and Education Resources for Providers

CULTURAL COMPETENCY: A NATIONAL HEALTH CONCERN

The increasing diversity of the racial, ethnic, and linguistic composition of the U.S. challenges providers as they strive to deliver health care services. CMS’s Quality Improvement Organizations (QIOs) are working with healthcare providers to become more effective and culturally aware of how they provide care to diverse populations. As part of a national initiative, QIOs are recruiting health providers to participate in a FREE online (web-based) program A Family Physician’s Practical Guide to Culturally Competent Care to ensure that Medicare providers are prepared to effectively serve the increasingly diverse patient population. For more information, please visit <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0621.pdf>.

A Family Physician’s Practical Guide to Culturally Competent Care is a case study based curriculum, featuring video vignettes and a diverse group of providers and clinic staff at a fictional practice setting that reinforce learning points throughout the modules. Participants can also share their reactions to the case studies in an online bulletin-board feature. The program is accredited for Continuing Medical Education (CME) credits for physicians and Continuing Education Units (CEUs) for nurses and pharmacists.

To access the free program, A Family Physician’s Practical Guide to Culturally Competent Care, please visit <http://www.thinkculturalhealth.org>.

SE0621/mar-dg

Recursos de Información y Educación para Proveedores

“MEDICARE REMIT EASY PRINT (MREP) SOFTWARE”

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES DE LOS PROVEEDORES

.NET Framework

1. Durante la instalación de MREP, estoy recibiendo el mensaje “*This setup requires the .NET Framework*”. ¿Cómo obtengo el “framework”?

El .NET Framework es un componente integral de Windows para crear y ejecutar programas de aplicaciones. Este componente se puede obtener del sitio de Microsoft a través de la sección de actualización de Windows en Internet Explorer, o visitando directamente el sitio de Microsoft: <http://msdn.microsoft.com/netframework/downloads/howtoget.asp>

Favor de seguir las instrucciones en el sitio de Microsoft. Nota: Debes descargar e instalar el .NET “framework” (descargar el “framework” no actualiza automáticamente su PC).

2. Estoy recibiendo un mensaje de error que indica que no puede encontrar “*mscorlib.dll*”.

Este mensaje es causado por una PC que intenta ejecutar MREP sin instalar primero el .NET Framework. El “framework” se puede obtener en el sitio de Microsoft en la siguiente dirección: <http://msdn.microsoft.com/netframework/downloads/howtoget.asp>

3. La documentación de MREP dice que necesito instalar el .NET Framework versión 1.1.4322 pero los archivos disponibles en el sitio de Microsoft son las versiones 1.1 y 2.0. ¿Dónde consigo la versión que necesito?

Descarga la versión 1.1. El valor 4322 en el mensaje de error y en nuestra documentación se refiere a un número de estructura que se usa durante el desarrollo del programa. La versión 2.0 no estaba disponible para el

Information and Education Resources for Providers

MEDICARE REMIT EASY PRINT (MREP) SOFTWARE

PROVIDER FREQUENTLY ASK QUESTIONS

.NET Framework

1. During installation of MREP, I'm receiving the message “*This setup requires the .NET Framework*”. How do I get the framework?

The .NET Framework is an integral Windows component for building and running software applications. This component can be obtained from Microsoft's website via the Window's update feature in Internet Explorer, or by visiting Microsoft's website directly: <http://msdn.microsoft.com/netframework/downloads/howtoget.asp>

Please follow the instructions on the Microsoft web site. Note: You must download and install the .NET framework (i.e. downloading the framework does not automatically update your PC).

2. I'm receiving an error message stating “*mscorlib.dll*” can't be found?

This error message is caused by a PC attempting to execute MREP without first installing the .NET Framework. The framework can be obtained from Microsoft's website at the following address: <http://msdn.microsoft.com/netframework/downloads/howtoget.asp>

3. The MREP documentation says I need to install .NET Framework version 1.1.4322 but the files available from Microsoft's website are versions 1.1 and 2.0. Where do I get the version I need?

Download version 1.1. The 4322 value in the error message and in our documentation refers to a build number that is used during development of the software. Version 2.0 was not available

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

desarrollo de la versión más reciente de MREP (la versión fue publicada en 01/22/06). Típicamente, las versiones más recientes del .Net Framework son compatibles con aplicaciones desarrolladas en versiones previas. Por favor, informa cualquier situación que puedas tener con la versión 2.0 a tu contratista / DMERC.

Descarga / Instalación

- 1. Estoy tratando de instalar una versión nueva de MREP, pero estoy recibiendo un mensaje que dice "Another version of this software is already installed. Installation of this version cannot continue". ¿Cómo puedo evitar esto?**

Antes de instalar una versión nueva de MREP, tienes que remover cualquier versión existente de la aplicación en tu PC. Esto se hace a través de la opción "Add or Remove Programs" en el "Control Panel" de Windows.

- 2. Traté de descargar la versión .ZIP y no descomprime porque no tengo el programa para hacerlo.**

Si vas a descargar la versión .ZIP de los archivos de aplicación de MREP, asegúrate de instalar un programa para descomprimir en la computadora para poder extraer los archivos (ej., WinZip o WinRAR).

- 3. He instalado MREP en un servidor de mi red, pero la aplicación no carga desde ninguna de las máquinas.**

Antes de instalar MREP en una red, verifica lo siguiente:

1. Que el disco donde se vaya a instalar el MREP en la red pueda ser referido por todas las máquinas a través de la misma letra de unidad.
2. Que todos los usuarios/grupos tenga los siguientes permisos activados: *Full Control, Modify, Read & Execute, Read, Write.*

Information and Education Resources for Providers

for the development of the latest version of MREP (version was published on 1/22/06). Typically, newer versions of the .net framework are compatible with applications developed in previous versions. Please report any issues that you may have with version 2.0 to your carrier / DMERC.

Download / Installation

- 1. I'm trying to install a new version of MREP, but I am receiving a message saying "Another version of this software is already installed. Installation of this version cannot continue". How do I get around this?**

Before you install a new version of MREP, you must first uninstall any existing versions of the application from your PC. This is done via the Windows Control Panel "Add Remove Programs" option.

- 2. I tried to download the zip version and it will not unzip because I do not have the software to do so.**

If you will be downloading .ZIP versions of the MREP application files, be aware that a decompression software program must be installed on the target PC in order to extract the files (i.e. WinZip or WinRAR).

- 3. I have installed MREP on my network server, but the application will not load from any of the client machines.**

Prior to installing MREP on a network, verify the following:

- 1. The disk where MREP will be installed on the network can be referenced by all client machines via the same drive letter.*
- 2. All client users/group id's must have the following permissions enabled: Full Control, Modify, Read & Execute, Read, Write.*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

4. Quiero instalar el MREP en mi red, pero no tengo forma de asegurarme de que todas las máquinas dirigirán la instalación a la misma letra de la unidad. ¿Hay alguna manera en que pueda especificar la dirección de la red usando el nombre del servidor y la localización?

Los nombres de ruta que MREP usa para localizar los varios archivos que usa durante la ejecución se encuentran en un archivo llamado **PathInfo.ep** el cual está localizado en el directorio de instalación. Este archivo se puede modificar mediante Notepad. Advertencia - si este archivo se edita con datos inválidos, las máquinas no podrían localizar más la aplicación. Se debe tener cuidado al entrar información en este archivo para asegurar que las computadoras puedan localizar la aplicación.

PathInfo.ep puede contener hasta 5 entradas. Estas entradas no se etiquetan – son simplemente rutas a varias localizaciones que MREP usa. Este archivo se puede modificar usando el nombre de ruta de red de los varios recursos:

```
I:\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Resource\  
I:\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Import\  
I:\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Archive\  
I:\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\ReportExport\  
I:\Native835Files\LastImport.835.txt\
```

NOTA: LA PRIMERA RUTA LISTADA ARRIBA TIENE QUE APUNTAR AL DIRECTORIO RESOURCE LOCALIZADO EN EL DIRECTORIO DE INSTALACIÓN DE MREP.

Las entradas indicadas arriba apuntan a la unidad de red I:. La unidad se localiza en una red llamada 'Atlas' y el nombre de la unidad en la red es 'Dan-M\$'. Con esta información, puedo cambiar las entradas para usar los nombres de ruta UNC como sigue:

```
\\Atlas\Dan-M$\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Resource\  
\\Atlas\Dan-M$\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Import\
```

Information and Education Resources for Providers

4. I want to install MREP on my network, but I have no way to insure that all client machines will map the installation to the same drive letter. Is there anyway I can specify a network address using the server name and location?

The path names MREP uses to locate the various files it uses during execution are located in a file named **PathInfo.ep** which is located in installation folder. This file can be edited via notepad. Warning - if this file is edited with invalid data, the client machines may no longer be able to locate the application. Care must be taken when entering information in this file to assure the client pc's can still locate the application.

PathInfo.ep can contain up to 5 entries. These entries are not labeled - they are simply paths to various locations MREP uses. This file may be modified using the network path name of the various resources:

```
I:\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Resource\  
I:\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Import\  
I:\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Archive\  
I:\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\ReportExport\  
I:\Native835Files\LastImport.835.txt\
```

NOTE: THE FIRST PATH LISTED ABOVE MUST POINT TO THE RESOURCE FOLDER LOCATED IN MREP'S INSTALLATION FOLDER.

The above entries point to network drive I:. This drive is located on a network named 'Atlas' and the drive name on the network is 'Dan-M\$'. With this information, I could change the entries to use UNC pathnames as follows:

```
\\Atlas\Dan-M$\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Resource\  
\\Atlas\Dan-M$\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Import\
```

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

\\Atlas\Dan-M\$\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Archive\

\\Atlas\Dan-M\$\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\ReportExport\

\\Atlas\Dan-M\$\Native835Files\LastImport.835.txt\

Esta modificación al archivo PathInfo.ep permitirá a las máquinas acceder MREP sin la necesidad de tener que todas las máquinas dirigir a la unidad Dan-M\$ a la misma letra de unidad siempre y cuando el grupo/ identificación del usuario tenga los permisos apropiados asignados. **Por favor note:** Las entradas inválidas en este archivo puede causar que el MREP deje de funcionar. Ejerce precaución al hacer estas modificaciones.

En el evento de que MREP deje de funcionar como resultado de modificar el archivo PathInfo.ep, simplemente borra el archivo y comienza de nuevo. MREP contiene un código que usará las localizaciones predefinidas para estos recursos is no se encuentra el archivo PathInfo.ep – entonces, al salir de la aplicación, se recreará el archivo.

Errores de Archivos Inválidos

1. Estoy recibiendo mensajes de errores cuando intento ver remesas de la Parte A.

MREP fue escrito para manejar las remesas de la Parte B solamente. La aplicación PC Print maneja las remesas de la Parte A.

2. Estoy usando un archivo de la Parte B / DMERC que cumple con el formato HIPAA 835; sin embargo, estoy recibiendo el error “Invalid format” cuando trato de importar un archivo.

Si estás descargando tu archivo HIPAA 835 usando el programa de tu vendedor asegúrese de que se esté traduciendo la fecha en un formato que cumpla con HIPAA. Si no estás usando un vendedor externo para descargar el archivo HIPAA 835 de tu contratista, por favor contacta a tu contratista para asistencia adicional.

Information and Education Resources for Providers

\\Atlas\Dan-M\$\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\Archive\

\\Atlas\Dan-M\$\Program Files\Medicare Remit EasyPrint\ReportExport\

\\Atlas\Dan-M\$\Native835Files\LastImport.835.txt\

This modification to the PathInfo.ep file will allow client machines to access MREP without the need to have all clients map the Dan-M\$ drive to the same drive letter as long as the user group/id’s have the appropriate permissions assigned.

Please note: Invalid entries in this file could cause MREP to stop functioning. Exercise caution when making these modifications.

In the event MREP ceases to function as a result of modifying the PathInfo.ep file, simply delete the file and restart. MREP contains code that will use the default locations for these resources if PathInfo.ep is not found - then, upon exiting the application, it will recreate the file.

Invalid File Errors

1. I’m receiving errors while attempting to view Part A remittances.

MREP was written to manage Part B remittances only. The PC Print application handles Part A remittances.

2. I’m using a Part B / DMERC HIPAA compliant 835 file; however, I am receiving the “Invalid format” error when attempting to import a file.

If you are downloading your HIPAA 835 using a vendor’s software ensure the download is translating the date in a HIPAA compliant format. If you are not using an outside vendor to download the HIPAA 835 file from your carrier, please contact your carrier for further assistance.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

3. **Importé un archivo de remesa electrónica pero ahora la aplicación MREP no funciona o abre. ¿Qué tengo que hacer? ¿Por qué ocurre esto?**

Situación:

Actualmente MREP valida que el archivo es un formato estándar ANSI antes de permitir que el usuario importe el archivo. Después de que se importa, las otras funciones dentro de MREP cuentan con que el archivo sea HIPAA 835. Si no lo es, entonces el archivo inválido causará errores en la aplicación y previene su uso. MREP se mejorará para validar que cada archivo sea en formato HIPAA 835, antes de importarlo y guardarlo como un archivo MREP (éditos más extensivos ocurrirán para prevenir que los usuarios importen archivos HIPAA 837, archivos de remesa electrónica que no cumplan con HIPAA, etc.).

Cómo Manejar Este Error:

Si recibes este error y puedes identificar cuál archivo fue que se importó que no es un archivo 835 (ej. HIPAA 837, archivos de remesa no-HIPAA, etc.), vaya a Windows Explorer, localiza el directorio "Import" y borra el archivo. Sin embargo, si no puedes determinar cuál archivo se importó en error, borra todos los archivos en el directorio "Import" de MREP y vuelve a importar los archivos HIPAA 835.

Misceláneos

1. Error de Permiso

Estoy en una red y descargué el MREP a mi unidad C (disco duro). Cuando yo estaba en el grupo "Administrators" (administrador), yo podía descargar las actualizaciones y usar las funciones 'Archive' y 'Delete'. A los Administradores se les dan permiso total en el programa. Recientemente me removieron del grupo y me colocaron el grupo "Users" (usuarios). Estoy imposibilitado de descargar la actualización y tuve que conseguir a alguien del grupo de

Information and Education Resources for Providers

3. **I imported an ERA file but now the MREP application will not work or open. What do I do? Why would this happen?**

Issue:

Currently MREP validates that the file is an ANSI standard format prior to allowing the user to import the file. After being imported, the other functions within MREP rely on the file being a HIPAA 835 file. If it is not, then the invalid file will cause application errors and prevent the user from using the application. MREP will be enhanced to validate that each file is a HIPAA 835 file, prior to it being imported and saved as a MREP file (i.e. more extensive editing will occur to prevent users from importing HIPAA 837 files, non-HIPAA compliant ERA files, etc.).

How to Handle This Error:

If you receive this error and can identify which file was imported that was not a HIPAA 835 file (e.g. HIPAA 837, non-HIPAA ERA files, etc.), go to Windows Explorer and find the Import folder and delete the file. However, if you are unable to determine which file was imported in error, delete all files in the MREP Import folder and re-import your HIPAA 835 files.

Miscellaneous

1. Permission Error

I am on a shared network here and downloaded MREP to my C drive. When I was in the "Administrators" group, I was able to download updates and use the 'archive' and 'delete' functions. Administrators are given full permissions on the program. I was recently removed from that group and put into the "Users" group. I was unable to download the

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

“administrador” que lo hiciera por mí. Una vez instalado, no me es posible archivar o borrar los archivos de remesa. ¿Qué está causando esto?

La opción “Modify” está atada directamente al grupo de usuarios del sistema operativo Windows para una conexión específica del usuario. Un administrador de la red define estos grupos. No tienes que necesariamente darle a un usuario privilegios de administrador para acceder toda la funcionalidad del MREP. En cambio, cree o use un grupo que tenga la opción de modificar activada. Un usuario debe tener la habilidad de “modificar” bajo el directorio de MREP que esté localizado, si espera importar los archivos HIPAA 835 o archivar / borrar los archivos de MREP.

2. Localizando los archivos MREP en tu PC / Red

Removí el MREP y luego lo reinstalé. Ahora no puedo encontrar los archivos de MREP que importé previamente (la aplicación MREP no despliega ningún archivo de remesa que he cargado previamente). ¿Qué sucedió con ellos?

Hay varias razones por las que no puedes encontrar tus archivos MREP.

- a. Fueron borrados por algo fuera de MREP. Si fueron borrados, simplemente puedes re-importar tus archivos HIPAA 835 de nuevo a MREP siempre que hayas retenido una copia del archivo HIPAA 835 original. Por favor ten en cuenta: los archivos actuales de MREP son creados por la aplicación MREP usando tus archivos HIPAA 835; no son los archivos HIPAA 835 en sí. Refiérase al manual de usuario de MREP para explicación adicional de este proceso. Si no has retenido copia de tus archivos HIPAA 835 originales, por favor siga el protocolo prescrito por su contratista para obtener los archivos HIPAA 835.

Information and Education Resources for Providers

update and had to have someone in the “Admin.” group do it for me. Once installed, I was unable to archive or delete remit files. What is causing this?

The “Modify” option is tied directly to the windows operating system user group for a specific user logon. A network administrator defines these groups. You don’t necessarily have to give a user Admin privileges to access all of the MREP functionality. Instead create or use a group that has the modify option enabled. A user must have the ability to ‘modify’ under the directory MREP is located, if he / she is expected to import HIPAA 835 files or archive / delete the MREP files.

2. Finding MREP files on your PC / Network

I uninstalled MREP and then reinstalled MREP. Now I can’t find the MREP files that were imported previously (i.e. the MREP application does not display any remit files I had loaded previously). What happened to them?

There are several reasons you may not be able to find your MREP files.

- a. *They were deleted by something outside of MREP. If they were deleted, you can simply re-import your HIPAA 835 files again into MREP as long as you have retained a copy of the original HIPAA 835 file. Please note: the MREP files are files created by the MREP application using your HIPAA 835 files; they are not the actual HIPAA 835 files. Refer to the MREP user manual for further explanation of this process. If you have not retained a copy of your original HIPAA 835 files, please follow the protocol prescribed by your carrier for obtaining HIPAA 835 files.*

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- b. Cuando reinstalaste MREP fue en un directorio diferente en tu PC /Red de donde la instalación previa tuvo lugar. Para asistencia adicional en localizar los archivos en tu PC / Red, refiérase al manual de usuario de MREP.

5. Error de Vista de Impresión

Del menú "Reports", seleccioné "Print Report", entonces seleccioné "Preview", y recibí el siguiente mensaje de error: 'unhandled exception occurred in a component in your application'. Selecciono "Continue" y recibo un nuevo mensaje: 'object reference not set to an instance of on object'. Selecciono "Continue" y luego sale: 'error occurred while attempting to display...'

Este error ocurre en una de las siguientes situaciones:

- a. No hay impresora predefinida instalada
- b. Impresora incorrectamente instalada o que no funciona

El "driver" de la impresora genera la vista de impresión. Por esta razón una impresora debe estar disponible para poder ver cualquier informe en MREP.

4. Función 'Help'

Seleccionar "Help" en el menú de la aplicación principal no hace nada.

La función de ayuda no ha sido desarrollada todavía. Una versión futura del programa lo enlazará al manual de usuario. Mientras tanto, favor de referirse al manual de usuario de MREP o contacta a su contratista / DMERC para asistencia.

Information and Education Resources for Providers

- b. *When you reinstalled MREP you installed MREP in a different directory on your PC / Network from where the previous install of MREP took place. For further assistance in locating files on your PC / Network, refer to the MREP user manual.*

5. Print Preview Error

From the Reports Menu, I selected print report, then selected preview, and the following error is received: 'unhandled exception occurred in a component in your application' Click continue. then a new msg : 'object reference not set to an instance of on object' click continue 'error occurred while attempting to display...'

This error occurs in one of the following situations:

- a. *No default printer is installed*
- b. *Improperly installed or malfunctioning printer*

The printer driver generates the print preview. For this reason a printer must be available to the MREP in order to preview any reports.

4. 'Help' function

Clicking "Help" on the main application menu doesn't do anything.

The help function has not been developed yet. A future version of the software will link to the user manual. In the meantime, please reference the MREP User manual, or contact your carrier / DMERC for assistance.

HA/EMC/02-06-06

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

GUÍAS DE ELEGIBILIDAD PARA MEDICARE TRADICIONAL / MEDICARE ADVANTAGE

Nuestros expedientes demuestran numerosas denegaciones debido al ingreso de los beneficiarios a los distintos planes de Medicare Advantage (MA) y por ende la desactivación del Medicare Tradicional. El atraso en actualizar el sistema con la información de elegibilidad del beneficiario es una de las muchas razones por estas denegaciones. Por lo tanto, establecer si la cubierta del beneficiario es con Medicare o con un MA, es una prioridad.

Estas cuatro preguntas simples lo ayudará a determinar si el beneficiario aun esta cubierta bajo Medicare tradicional o el plan de MA:

1. Ingresó o se dio de baja de alguno de los planes de Medicare Advantage (MA) ofrecidos por una de las siguientes organizaciones:

Triple S
 MCS
 Preferred Medical Choice
 MMM
 First Medical
 Otros: _____

2. Favor de indicar la fecha en que ingresó o se dio de baja del MA.

Fecha: _____

3. ¿Tiene usted una carta donde se le indica la fecha de ingreso o la fecha de baja?

Sí
 No
 No sé

4. ¿Se actualizó ésta información en Medicare?

Sí
 No
 No sé

Information and Education Resources for Providers

TRADITIONAL MEDICARE / MEDICARE ADVANTAGE ELIGIBILITY GUIDELINES

Records show numerous denials due to the beneficiary's enrollment in Medicare Advantage (MA) plans and therefore, the deactivation of Traditional Medicare. Delay in updating the system with the beneficiary's eligibility information is one of the many causes for these denials. Therefore, establishing whether a beneficiary's coverage is with Medicare or an MA is a priority.

Asking the beneficiary these four simple questions will help you determine whether s/he is covered by Traditional Medicare or an MA plan:

1. *Have you enrolled/disenrolled in any of the Medicare Advantage plans offered by the following organizations:*

Triple S
 MCS
 Preferred Medical Choice
 MMM
 First Medical
 Other: _____

2. *Please indicate the date in which you enrolled/disenrolled.*

Date: _____

3. *Do you have a letter indicating the date of enrollment/disenrolled?*

Yes
 No
 I don't know

4. *Has this information been updated in Medicare?*

Yes
 No
 I don't know

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Recordatorios:

1. Usted puede solicitar información de elegibilidad a través del Sistema de Respuesta Automática (IVR, según sus siglas en inglés) al **877-715-1921**.
2. Las reclamaciones denegadas debido a que el sistema no ha sido actualizado serán pagadas tan pronto se corrija el sistema.
3. La opción de ingresar en un plan MA está disponible para todo beneficiario de Medicare y puede ocurrir en cualquier momento.
4. Cada vez que el beneficiario llegue a su oficina ya sea para recibir tratamiento o para una visita de seguimiento, pregúntele sobre su cubierta.
5. Cuando un beneficiario se cambia o se da de baja de un plan MA o Medicare Tradicional, su cubierta comienza el primer día del siguiente mes de haber hecho el cambio.

Information and Education Resources for Providers

Reminders:

1. *You can request eligibility information through Medicare's Interactive Voice Response System (IVR) at **877-715-1921**.*
2. *Claims denied due to system information that has not been updated will be paid accordingly.*
3. *The option to enroll in an MA plan is open to all Medicare beneficiaries and may occur at any time.*
4. *Ask the beneficiary about their coverage when they come to your office for treatment regardless of whether you are seeing them for the first or tenth time.*
5. *When a beneficiary enrolls/disenrolls from an MA, his coverage with the new MA or traditional Medicare will begin the first day of the following month.*

ab-05/24/06

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE ADQUISICIÓN COMPETITIVA

CMS anunció la publicación de información aprobada sobre los vendedores de medicamentos para el Programa de Adquisición Competitiva (CAP, por sus siglas en inglés). Vea la página Web de CMS dedicada a proveer las últimas noticias del CAP para los proveedores del cuidado de la salud en el siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios>. Esta página es su fuente de noticias sobre el CAP e incluye como participar en el este programa. Marque esta página ya que se continuará publicando información y recursos nuevos.

COMPETITIVE ACQUISITION PROGRAM INFORMATION

CMS has announced approved drug vendor information for the Competitive Acquisition Program (CAP.) View the CMS web page dedicated to providing all the latest CAP news for health care providers at <http://www.cms.hhs.gov/CompetitiveAcquisforBios> on the web. This page is your source for news on CAP including how to participate in the CAP program. Bookmark this page as new information and resources will continue to be posted.

JSM - 06413

Recursos de Información y Educación para Proveedores
BOLETÍN MEDICARE INFORMA

En un intento de reducir los costos de impreso y franqueo del boletín Medicare Informa, anunciamos hace algunos meses que esta publicación sólo estaría disponible a través de nuestra página electrónica. Debido a la respuesta que recibimos de los proveedores, decidimos continuar emitiendo esta publicación en papel.

No obstante, sabemos que muchos proveedores están utilizando la versión electrónica del boletín y no tienen interés en recibir la copia en papel. Por esta razón, si usted desea eliminar su dirección de la lista de correo para el boletín Medicare Informa, favor de llenar este formulario y envíe el mismo a la siguiente dirección:

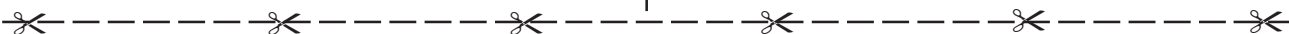
Triple S, Inc./Medicare División
Departamento de Comunicación
PO BOX 71391
San Juan, PR 00936 – 1391
o complete el formulario a través de nuestra página electrónica

Information and Education Resources for Providers
MEDICARE INFORMA BULLETIN

In an attempt to cut down on the expense of printing and postage of our Medicare Informa Bulletin it was announced some months ago that this publication would only be available through our Website. Due to your input, we decided to continue releasing a hardcopy of the publication.

However, it has come to our attention that many providers are using the electronic version of the bulletin and therefore have no interest in receiving a paper copy. For this reason, if you wish to be removed from our Medicare Informa Bulletin mailing list, please complete the following form and send it to the following address:

Triple S, Inc./Medicare División
Communications Department
PO BOX 71391
San Juan, PR 00936 – 1391
or complete the form on our website



FORMULARIO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA LISTA DE CORREO
MAILING LIST REMOVAL FORM

Favor de eliminar mi dirección de sus listas de correo, ya que tengo acceso al boletín Medicare informa a través de **www.triples-med.org**.

*I would like to request to be removed from the Medicare Informa Mailing list, since I have access to the publication through **www.triples-med.org**.*

Nombre completo del proveedor:

Provider full name: _____

PIN #: _____

Dirección:

Address: _____

Firma:

Signature: _____

Recursos de Información y Educación para Proveedores

LISTAS DE PUBLICACIONES ELECTRÓNICAS

MANTENIENDO INFORMADOS A LOS PROVEEDORES DEL SISTEMA DE PAGO POR SERVICIOS MEDIANTE TARIFA FIJA (FFS) A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO

¡Deje que CMS le mantenga informado!

En este mundo tan acelerado y de tantos cambios en el que vivimos, a veces nos sentimos bombardeados de información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) les ofrece una manera de recibir información precisa y de manera uniforme, sobre las más recientes noticias, cambios en políticas y actualizaciones: Las **Listas de Publicaciones Electrónicas de CMS**. También conocidas como “listservs”, estas publicaciones electrónicas le permiten recibir mensajes de correo electrónico que contienen información actualizada sobre las iniciativas de CMS del Sistema de Pago Por Servicios Mediante Tarifa Fija (*MPFS por sus siglas en inglés*). Lo único que necesita para suscribirse es su nombre y una dirección de correo electrónico válida, y estará listo para recibir actualizaciones electrónicas automáticamente.

Existen tantas opciones...

¡CMS tiene una publicación electrónica (listserv) para todos! Si desea suscribirse, visite el sitio Web de Listas de Publicaciones Electrónicas de CMS (listserv) www.cms.hhs.gov/apps/maillinglists/, para que vea todos los “listservs” disponibles, en especial aquellos dirigidos a los proveedores FFS de Medicare:

- ◆ Medicare Learning Network
- ◆ MLN Matters Articles
- ◆ Medicare Providers
- ◆ Open Door Forums
- ◆ Partnerships
- ◆ Prescription Drug Benefit (PDB)

Si en algún momento, luego de suscribirse, usted encuentra que ciertos “listservs” no le resultan de ayuda, puede regresar al sitio Web de CMS para remover su nombre de la lista de suscriptores.

Information and Education Resources for Providers

MAILING LISTS

KEEPING MEDICARE FEE-FOR-SERVICE PROVIDERS INFORMED THROUGH E-MAIL

Let CMS keep you up-to-date!

*In the fast-paced, ever-changing world in which we live, it's all too easy to find yourself inundated with information. The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) offers a way for you to receive consistent and accurate information regarding recent news, policy changes, and updates: **CMS Mailing Lists**. Also referred to as listservs, these electronic mailing lists enable you to receive e-mails about the latest CMS Fee-for-Service (FFS) initiatives. All that is required to subscribe is your name and a valid e-mail address, and you can start receiving electronic updates automatically!*

So many choices...

There is a CMS Mailing List for everyone! To subscribe, visit the CMS Mailing Lists web page at www.cms.hhs.gov/apps/maillinglists/ on the CMS website to see all available listservs, specifically the following that are targeted to Medicare FFS providers:

- ◆ Medicare Learning Network
- ◆ MLN Matters Articles
- ◆ Medicare Providers
- ◆ Open Door Forums
- ◆ Partnerships
- ◆ Prescription Drug Benefit (PDB)

If, at any time after subscribing, you find that certain listservs are not helpful to you, return to the CMS Mailing Lists page to unsubscribe.

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

Para información más especializada, así como maneras adicionales para mantenerse informado, visite cualquiera de las siguientes páginas en la Internet que contienen información para los proveedores "Fee for Service" de Medicare:

- Servicios de Ambulancia:
www.cms.hhs.gov/center/ambulance.asp
- Centros de Cirugía Ambulatoria:
www.cms.hhs.gov/center/asc.asp
- Anestesiólogos:
www.cms.hhs.gov/center/anesth.asp
- Laboratorios Clínicos:
www.cms.hhs.gov/center/clinical.asp
- Hospitales de Cuidado Agudo:
www.cms.hhs.gov/center/cah.asp
- Equipo Médico Duradero, Protético, Ortótico y Suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés): www.cms.hhs.gov/center/dme.asp
- Enfermedad Renal Terminal:
www.cms.hhs.gov/center/esrd.asp
- Centros de Servicios de Salud Cualificados por el Gobierno Federal:
www.cms.hhs.gov/center/fqhc.asp
- Agencias de Servicios de Salud en el Hogar:
www.cms.hhs.gov/center/hha.asp
- Hospicio:
www.cms.hhs.gov/center/hospice.asp
- Hospitales:
www.cms.hhs.gov/center/hospital.asp
- Farmacéuticos:
www.cms.hhs.gov/center/pharmacist.asp
- Médicos:
www.cms.hhs.gov/center/physician.asp
- Administración de Práctica:
www.cms.hhs.gov/center/practice.asp
- Salud Rural:
www.cms.hhs.gov/center/rural.asp
- Centros de Enfermería Especializada:
www.cms.hhs.gov/center/snf.asp

¿Ya se registró?

¡Muy bien! Así es que ya conoce cuán útil pueden resultar estas comunicaciones de correo electrónico. Ayúdenos a correr la voz...después de todo, mientras más pronto todos sepan sobre

Information and Education Resources for Providers

For more specialized information and additional ways to stay informed, visit any of the following FFS provider center web pages:

- *Ambulance Services*
www.cms.hhs.gov/center/ambulance.asp
- *Ambulatory Surgical Centers*
www.cms.hhs.gov/center/asc.asp
- *Anesthesiologists*
www.cms.hhs.gov/center/anesth.asp
- *Clinical Laboratory*
www.cms.hhs.gov/center/clinical.asp
- *Critical Access Hospital*
www.cms.hhs.gov/center/cah.asp
- *Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS)*
www.cms.hhs.gov/center/dme.asp
- *End Stage Renal Disease*
www.cms.hhs.gov/center/esrd.asp
- *Federally Qualified Health Center (FQHC)*
www.cms.hhs.gov/center/fqhc.asp
- *Home Health Agencies*
www.cms.hhs.gov/center/hha.asp
- *Hospice*
www.cms.hhs.gov/center/hospice.asp
- *Hospitals*
www.cms.hhs.gov/center/hospital.asp
- *Pharmacists*
www.cms.hhs.gov/center/pharmacist.asp
- *Physicians*
www.cms.hhs.gov/center/physician.asp
- *Practice Administration*
www.cms.hhs.gov/center/practice.asp
- *Rural Health*
www.cms.hhs.gov/center/rural.asp
- *Skilled Nursing Facilities*
www.cms.hhs.gov/center/snf.asp

Already signed up?

Great! Then you already know how helpful these e-mail updates can be. Help us spread the word – after all, the sooner everyone knows about new initiatives, regulations, and

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

las nuevas iniciativas, regulaciones y cambios en políticas, menos será el tiempo que invertirán los proveedores FFS de Medicare en la búsqueda de actualizaciones recientes, volviendo a someter reclamaciones, y tratando de mantenerse actualizados sobre los eventos más recientes en CMS.

Puede encontrar información adicional de FFS por medio de los siguientes recursos en línea:

El *Medicare Learning Network (MLN)* es el nombre de marca oficial para los productos educativos CMS así como información para los *Proveedores FFS de Medicare*. Puede obtener información adicional visitando el nuevo sitio Web de *Medicare Learning Network* de CMS: www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo

Encontrará información general y recursos educativos para proveedores/suplidores de FFS, en el sitio Web del Centro de Proveedores, disponible en el sitio Web de CMS: www.cms.hhs.gov/center/provider.asp Verifique la sección “**spotlight**” para la información más reciente.

Encontrará información relacionada a la privacidad de su dirección de correo electrónico así como otra información sensible en el sitio Web de CMS sobre Políticas de Privacidad: www.cms.hhs.gov/AboutWebsite/02_Privacy%20Policy.asp

Para participar de diálogos en vivo entre CMS y la comunidad de proveedores, visite los “Open Door Forums” en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: www.cms.hhs.gov/OpenDoorForums

Si desea suscribirse a cualquiera de los “listserv” de CMS, visite la página Web de publicaciones electrónicas de CMS, donde encontrará una lista completa de todos los “listserv” disponibles: www.cms.hhs.gov/apps/maillinglists/

Este material de referencia se brinda como un servicio público y no tiene la intención de otorgar derechos ni imponer obligaciones. Este material puede contener referencias a enlaces que le dirigirán a estatutos, regulaciones y otros materiales sobre políticas. La información que se brinda tiene la intención de brindar solamente un resumen general. No tiene la intención de sustituir ninguna ley escrita o regulación. Recomendamos a los lectores a que evalúen los estatutos y regulaciones específicos así como cualquier otro material interpretativo para obtener una declaración completa y precisa del contenido total.

Information and Education Resources for Providers

policy changes, the less time Medicare FFS providers will need to spend researching recent updates, re-filing claims, and trying to keep up-to-date on the latest happenings at CMS.

For additional FFS-related information, please visit the following resources:

The Medicare Learning Network (MLN) is the brand name for official CMS educational products and information for FFS Medicare providers. For additional information visit the Medicare Learning Network’s new web page at www.cms.hhs.gov/MLNGenInfo on the CMS website.

*For general FFS provider/supplier information and resources, visit the Provider Center page at www.cms.hhs.gov/center/provider.asp on the CMS website. Check out the **Spotlight** section for new information.*

For information regarding the privacy of your e-mail address and other sensitive information, visit CMS’ Privacy Policy web page at www.cms.hhs.gov/AboutWebsite/02_Privacy%20Policy.asp on the CMS website.

To participate in live dialogue discussions between CMS and the provider community, visit the Open Door Forums web page at www.cms.hhs.gov/OpenDoorForums on the CMS website.

To subscribe to any of CMS’ mailing lists, visit the CMS Mailing Lists web page at www.cms.hhs.gov/apps/maillinglists/ on the CMS website to see all available listservs.

This reference was prepared as a service to the public and is not intended to grant rights or impose obligations. This reference may contain references or links to statutes, regulations, or other policy materials. The information provided is only intended to be a general summary. It is not intended to take the place of either the written law or regulations. We encourage readers to review the specific statutes, regulations and other interpretive materials for a full and accurate statement of their contents.

Recursos de Información y Educación para Proveedores

MEJORAS A LA APLICACIÓN “MEDICARE REMIT EASY PRINT” (MREP), Y ACLARACIÓN DE LA FECHA DE VIGENCIA EN TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS DE FONDOS (EFT)/ EMISIÓN DE CHEQUES

Proveedores Afectados

Proveedores y suplidores que facturan a los Contratistas de Medicare, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios brindados a beneficiarios de Medicare.

Acción Necesaria por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 4289 que instruye a ViPs (la compañía que provee mantenimiento al programa de MREP), a los Contratistas y DMERCs, para que añada mejoras a la actual versión del programa MREP. También aclara la fecha de vigencia en Transferencias Electrónicas de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) y Emisión de Cheques.

Trasfondo

El 11 de octubre de 2005, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), hicieron disponible la aplicación MREP para permitir a los proveedores y suplidores de Medicare ver e imprimir los archivos en cumplimiento con HIPAA 835 (Remesa de pago [RA, por sus siglas en inglés] electrónica). Utilizando los archivos 835 de HIPAA, el programa MREP le permite a los proveedores y suplidores ver e imprimir archivos 835 de Contratistas de la Parte B de Medicare y DMERCs, en un formato legible. Este formato es el que Medicare utiliza actualmente en la Remesa Estándar de Papel (SPR por sus siglas en inglés). El MREP le permite:

Information and Education Resources for Providers

MEDICARE REMIT EASY PRINT (MREP) ENHANCEMENTS, AND CLARIFICATION OF CHECK ISSUE/ELECTRONIC FUNDS TRANSFER (EFT) EFFECTIVE DATE

Provider Types Affected

Providers and suppliers billing Medicare carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs), for services to Medicare beneficiaries

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4289, which instructs ViPs (the company that maintains the MREP software), carriers, and DMERCs to add enhancements to the current version of the MREP software and provides clarification of the check issue/Electronic Funds Transfer (EFT) effective date.

Background

On October 11, 2005, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) made available the MREP software to enable Medicare providers and suppliers to view and print the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)-compliant 835 (Electronic Remittance Advice (RA)). Using the HIPAA 835 files, Medicare Remit Easy Print enables providers and suppliers to view and print Medicare Part B and DMERC 835 in a human readable format. The format is on the current Standard Paper Remittance (SPR) format Medicare uses. MREP provides the ability to:

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

- Ver los archivos 835
- Hacer búsquedas de los archivos 835
- Imprimir los archivos 835 en formato que resulte familiar al proveedor; y
- Ver e imprimir informes especiales

Los proveedores que utilizan el sistema MREP pueden imprimir informes y reconciliar cuentas por cobrar. También pueden crear documentos que pueden incluirse al someter las reclamaciones a los pagadores de Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés). El Sistema MREP está disponible libre de costo a proveedores y suplidores de Medicare y puede instalarse en una computadora personal (PC) o en una red. Comuníquese con su contratista de Medicare para descargar una copia del programa MREP.

Manteniendo el MREP Actualizado

Con el propósito de mejorar continuamente este producto, CMS estableció un proceso para recibir sugerencias y recomendaciones de modo que los proveedores, contratistas, DMERCs y personal de CMS pudieran enviar sus sugerencias y recomendaciones sobre cómo mejorar la funcionalidad y efectividad del Sistema MREP.

Utilizando las sugerencias y recomendaciones recibidas antes del día de cierre del 15 de noviembre de 2005, CMS determinó mejoras que eran necesarias en el sistema MREP. El CR4289 incluye una página de resumen que indica las mejoras realizadas al sistema MREP, las cuales serán implementadas en la edición del programa de julio de 2006.

La compañía ViPs actualizará el sistema MREP para incorporar la lista de mejoras. La actualización de mejoras a ser implementadas en octubre de 2006 incluirá sugerencias o recomendaciones recibidas entre el 16 de noviembre de 2005 y la próxima fecha de corte. Las mejoras de actualización anuales del MREP, serán programadas para cada año, en el mes de octubre. Si usted está

Information and Education Resources for Providers

- *View the 835*
- *Search the 835;*
- *Print the 835 in a format providers are familiar with; and*
- *View and print special reports.*

Providers who use MREP can print reports to reconcile accounts receivable as well as create document(s) that can be included with claim submission to Coordination of Benefits (COB) payers. MREP is available free to Medicare providers and suppliers, and it can be installed on a personal computer (PC) or network. Please contact your Medicare contractor to download a copy of the MREP software.

Keeping MREP Up to Date

In order to continuously improve this product, CMS set up a process to collect valuable suggestions and recommendations to improve MREP's functionality and effectiveness from providers, contractors (carriers and DMERCs), and CMS staff. Using the suggestions and recommendations received before the cutoff date of

November 15, 2005, CMS determined enhancements that were needed for MREP, and CR4289 includes a summary page attachment listing the MREP enhancements to be implemented in the MREP software release in July 2006.

ViPs will update the MREP software to incorporate the listed enhancements.

Enhancement updates to be implemented in October 2006 will include suggestions/recommendations received between November 16, 2005, and the next cut-off date. Annual enhancement updates to MREP will be scheduled for each year in October. If you

Cont. on next page

Recursos de Información y Educación para Proveedores

suscrito a las comunicaciones electrónicas (listserv) de su contratista, recibirá notificación sobre las fechas de actualización (3 veces al año) del archivo de CARC (Claim Adjustment Reason Code) y el RARC (Remittance Advice Remark Code). Estas actualizaciones se llevan a cabo en los meses de abril, agosto y diciembre de cada año. Este es el archivo principal de CARC y RARC utilizado al imprimir el glosario de MREP.

La casa editora *Washington Publishing Company (WPC)* publica actualizaciones a esta lista tres veces al año. Se emitirá una actualización a la aplicación para que corresponda con las actualizaciones de WPC. Su contratista de Medicare publicará una notificación cuando estas actualizaciones estén disponibles. Usualmente, también, se publica un artículo de *Medlearn Matters* para explicar los cambios en dichas actualizaciones.

Aclaración Sobre la Fecha de Efectividad de Transferencias Electrónicas de Fondos (EFT) y la Emisión de Cheques

Los proveedores que reciben ambas, la remesa de pago RA) en forma electrónica y en papel, reportaron sobre una situación a los contratistas:

- La aplicación MREP llena el campo de la remesa "Check Issues/EFT Effective Date" del campo de data BPR16 de la transacción 835.
- La Remesa Estándar en Papel (SPR, por sus siglas en inglés) utiliza la información contenida en la "Fecha de Producción" (Production Date) del campo de data DTM 02 de la transacción 835.

Estas fechas son similares si:

- El cualificador en el campo de data BPR 04 en la transacción 835 es uno de estos dos: "**CHK**" o "**NON**"

Sin embargo, si el cualificador en el campo de datos BPR 04 es "ACH" (para transferencia de fondos electrónicos), entonces el campo de datos de BPR 16 puede ser distinto a la

Information and Education Resources for Providers

are on the contractor list serve, you will be notified when the Claim Adjustment Reason Code (CARC) and Remittance Advice Remark Code (RARC) file is updated three times a year, in April, August, and December. This file is the master listing of CARC and RARC used in printing the glossary on the MREP printout.

Washington Publishing Company (WPC) publishes updates to this list three times a year. An update to the MREP application will be issued to correspond to the WPC updates. Your Medicare carrier will post a notification when these updates will be available, and a MLN Matters article is usually published to explain the changes in these updates.

Clarification of the Check Issue/EFT Effective Date

An issue was reported to contractors by providers receiving both electronic and paper Remittance Advice (RA).

- *The MREP software populates the "Check Issues/EFT Effective Date" from the BPR16 data field (in the 835 transaction).*
- *The SPR uses the information contained in the "Production Date" from the DTM 02 data field (in the 835 transaction).*

These two dates are the same if:

- *The qualifier in the BPR 04 data field (in the 835 transaction) is either "**CHK**" or "**NON**"*

However, if The qualifier in BPR 04 data field is "ACH" (for electronic funds transfer), then the BPR 16 data field may be different than the "Production Date." This acknowledges

Recursos de Información y Educación para Proveedores

"Fecha de Producción". Esto reconoce el hecho de que puede tomar varios días para que la institución financiera de Medicare mueva los fondos a la institución financiera del proveedor.

CMS requiere que la remesa de pago (RA) en papel sea igual a la remesa de pago (RA) electrónica, y que cualquier aplicación que lea la RA electrónica debe tener la misma información en su producto que en la RA electrónica.

El CR4289 repite la instrucción originalmente incluida en el CR1953 (Transmittal B-01-76, del 11 de diciembre de 2001, <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/B0176.pdf>), la cual establece que la **información para la Fecha Vigente de Emisión de Cheques/Transferencia Electrónica de Fondos debe:**

- **Obtenerse** del campo de data **BPR16**, y
- **NO** del campo de data **DTM 02**

Implementación

La fecha de implementación de este artículo es 3 de julio de 2006.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial emitida a su contratista/DMERC en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R833CP.pdf>

La lista de mejoras que será incorporada en la versión del 3 de julio de 2006 de la aplicación de MREP se adjunta a esta instrucción.

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

Information and Education Resources for Providers

the fact that it may take a few days to have the funds electronically moved from the Medicare financial institution to the provider's financial institution.

CMS requires that the paper RA must mirror the electronic RA, and any software reading the electronic RA must have the same information in the output as in the electronic RA.

*CR4289 repeats the instruction originally included in CR1953 (Transmittal B-01-76, dated December 11, 2001, <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/Downloads/B0176.pdf>), which states that **the information for Check Issue /EFT Effective Date must:***

- *Be populated from the BPR16 data field, and*
- *Not from the DTM 02 data field.*

Implementation

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

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R833CP.pdf> on the CMS web site.

Attached to that instruction is the list of enhancements that will be incorporated in the July 3, 2006, version of the MREP software.

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

Pub. MM4289 / Trans R833CP / CR4289 / 02-03-06 / mlv RRC

PROGRAMA CERT

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PRIVADA DE SALUD PARA CERT Y REVISIÓN MÉDICA

En el proceso de obtener documentación médica para nuestras revisiones post pago hemos incorporado llamadas telefónicas. Durante este proceso recibimos respuestas de nuestros proveedores denegando el acceso a estos documentos debido a la ley HIPAA y la Regla de Privacidad.

Queremos aclarar que la ley HIPAA le permite a las entidades cubiertas utilizar y divulgar información privada de salud por razones relacionadas a:

Pago - estas comprenden varias actividades de proveedores de salud para obtener pago o reembolso por sus servicios. Mientras el plan de salud debe obtener sus primas para completar su responsabilidad de cubierta, proveer beneficios bajo el plan y obtener o proveer reembolso por los cuidados de salud provistos.

Los siguientes son ejemplos de las actividades usuales de pago definidas por la Regla de Privacidad:

- Determinar la elegibilidad o cubierta bajo un plan y adjudicar reclamaciones
- Ajustes por riesgo
- Actividades de facturación y colección
- Revisiones de servicios por necesidad médica, cubierta y justificación de cargos
- Uso para actividades de revisión
- Divulgación a las agencias que reportan asuntos del consumidor

Tratamiento - generalmente se refiere a la coordinación y manejo de cuidados de salud y otros servicios relacionados entre proveedores del cuidado de la salud. También puede referirse a proveedores con otra entidad, consultas entre proveedores relacionadas con un paciente o referido de un paciente de un proveedor a otro.

CERT PROGRAM

DISCLOSURE OF PRIVATE HEALTH INFORMATION FOR CERT AND MEDICAL REVIEW

In our process of obtaining medical documentation for our post payment reviews we have incorporated telephone calls. During this process we have encountered responses from providers denying our access to these documents based on privacy rule of the HIPAA law.

We wish to clarify that HIPAA allows a covered entity to use and disclose personal health information for matters related to:

Payment - which embraces various activities of health care providers to obtain payment or be reimbursed for their services. While a health plan must obtain premiums to fulfill their coverage responsibilities, provide benefits under the plan and obtain or provide reimbursement for the provision of health care.

The following are examples of usual payment activities defined by the Privacy Rule:

- *Determining eligibility or coverage under a plan and adjudicating claims;*
- *Risk adjustments;*
- *Billing and collection activities;*
- *Reviewing health care services for medical necessity, coverage, justification of charges;*
- *Utilization review activities; and*
- *Disclosures to consumer reporting agencies*

Treatment - generally means the provision, coordination, or management of health care and related services among health care providers. It could also refer to a health care provider with a third party, consultation between health care providers regarding a patient, or referral of a patient from one health care provider to another.

Cont. on next page

PROGRAMA CERT

Operaciones para el cuidado de la salud - estas son ciertas actividades administrativas, financieras, legales y de mejoramiento de calidad que son necesarias para administrar un negocio y mantener las funciones de pago y tratamiento.

Por las razones antes mencionadas el contratista de Medicare y CERT como contratista designado por CMS tienen el derecho de solicitar documentación para determinar si las reclamaciones se están pagando correctamente. Le recordamos que como proveedor del programa Medicare se le requiere proveer esta información. El incumplimiento de no someter la documentación resultaría en denegación de servicios o recobro de dinero por servicios bajo revisión. Les recomendamos a todos los proveedores que sometan la documentación en el tiempo estipulado para evitar denegaciones innecesarias.

CERT PROGRAM

Health care operations - are certain administrative, financial, legal, and quality improvement activities of a covered entity that are necessary to run its business and to support the core functions of treatment and payment.

For all this reasons we as a Medicare contractor and CERT as the contractor designated by CMS have the right to request documentation in order to determine that a claim was properly paid. We remind you that as a provider of the Medicare program you are required to provide this information. Failure to comply will result on denial of your claim or recoupment of the money paid for the services under review. We recommend to all providers to submit the documentation on the stipulated date to avoid unnecessary denials.

Ref.CERT/mar/dmg/5-3-2006

LABORATORIOS CLÍNICOS Y CERT RECORDATORIO

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.

CLINICAL LABORATORIES & CERT REMINDER

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.

Circular letter # M-05-10-08

Política Médica

CATETERIZACIÓN CARDIACA EN UN LUGAR NO-HOSPITALARIO

Proveedores Afectados:

Médicos y/otros proveedores que facturan a contratistas de Medicare por cateterizaciones cardíacas en facilidades no-hospitalarias.

Puntos Importantes a Recordar

- Vigente para servicios prestados en o a partir del 12 de enero de 2006, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) están revocando la sección 20.25, titulada: Cateterización Cardíaca en un lugar no-hospitalario, de la publicación 100-03 (Manual de Determinaciones de Cubierta Nacional - NCD, por sus siglas en inglés).
- Como resultado de la revocación de esta sección las determinaciones de cubierta nacional para cateterización cardíaca, cuando se realice en un lugar no-hospitalario, está a discreción del contratista local de Medicare, a través de sus políticas locales de revisión médica.

Trasfondo

El lenguaje original de la sección 20.25 de la publicación 100-03 requería que los contratistas de Medicare, en consulta con las *Peer Review Organizations* (PROs), ahora *Quality Improvement Organizations* (QIOs), revisan las instalaciones de cateterización cardíaca no-hospitalarias para determinar que los procedimientos puedan llevarse a cabo en un ambiente seguro. Esta función de los QIOs ya no forma parte de su trabajo, debido a que su objetivo de trabajo ha cambiado para incluir otras funciones. Ahora, estará a discreción del contratista, a través de políticas locales de revisión médica, el tomar decisiones referentes a la cubierta de cateterización cardíaca en instalaciones no-hospitalarias.

Implementación

La fecha de implementación para esta instrucción es el 27 de febrero, 2006.

Medical Policy

CARDIAC CATHETERIZATION IN OTHER THAN A HOSPITAL SETTING

Provider Types Affected

Physicians and/or providers who bill Medicare carriers for cardiac catheterizations performed in freestanding facilities

Important Points to Remember

Effective for services performed on or after January 12, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) is repealing section 20.25, titled Cardiac Catheterization In Other Than A Hospital Setting, of publication 100-03 (National Coverage Determinations Manual).

Repeal of this section will result in determinations of coverage for cardiac catheterization when performed outside the hospital setting at the discretion of the local Medicare carrier through their local medical review policies.

Background

The original language from section 20.25 of publication 100-03 required that Medicare carriers, in consultation with the Peer Review Organizations (PROs), renamed Quality Improvement Organizations (QIOs), review freestanding cardiac catheterizations facilities to determine that procedures can be performed safely.

This function of the QIOs is no longer in their scope of work as their focus has shifted to include other functions. It will now be at the carrier's discretion through local medical review policies to make decisions regarding the coverage of cardiac catheterization in freestanding facilities.

Implementation

The implementation date for this instruction is February 27, 2006.

Política Médica

Información Adicional

Las instrucciones finales emitidas a su contratista en relación a este cambio pueden encontrarse en: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R46NCD.pdf> en el portal de CMS.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor comuníquese al 1-877-715-1921.

Medical Policy

Additional Information

The official instructions issued to your carrier regarding this change can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R46NCD.pdf> on the CMS web site.

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

CR4280/Trans. R46NCD/5-10-06 jsr

PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA LOS CAMBIOS DE MICROVOLTAJE DE LA ONDA-T

Tipo de Proveedores Afectados

Médicos, suplidores, y proveedores que facturan a contratistas de la Parte B y/o intermediarios fiscales (FIs, sus siglas en inglés) de Medicare por servicios de la prueba diagnóstica para los cambios de micro voltaje de la onda T (MTWA, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 4351 el cual, anuncia que vigente para fechas de servicio a partir del 21 de marzo de 2006, las pruebas diagnósticas por MTWA están cubiertas para la evaluación de pacientes en riesgo de un muerte cardiaca súbita (SCD, por sus siglas en inglés) solamente cuando se utiliza el método de análisis espectral.

Trasfondo

La prueba MTWA es una prueba diagnóstica no-invasiva que detecta una actividad eléctrica minúscula en una porción del electrocardiograma (EKG) conocida como Onda-T. La prueba se realiza colocando electrodos altamente sensitivos en el pecho del paciente antes de un período de ejercicio controlado.

Estos electrodos detectan fluctuaciones de voltaje bien pequeñas (una millonésima de voltio) de latido a latido en la onda-T del electrocardiograma. Análisis Espectral (un

MICROVOLT T-WAVE ALTERNANS (MTWA) DIAGNOSTIC TESTING

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers and/or fiscal intermediaries (FIs) for MTWA diagnostic testing services

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4351, which announces that effective for dates of service on or after March 21, 2006, MTWA diagnostic testing is covered for the evaluation of patients at risk of sudden cardiac death (SCD), only when the spectral analysis method is used.

Background

MTWA testing is a non-invasive diagnostic test that detects minute electrical activity in a portion of the electrocardiogram (EKG) known as the T-wave. The test is performed by placing highly sensitive electrodes on a patient's chest prior to a period of controlled exercise.

These electrodes detect very small beat-to-beat voltage fluctuations (on the order of one-millionth of volt) in the EKG T-wave. Spectral analysis (a sensitive mathematical

Cont. on next page

Política Médica

método matemático sensitivo para medir y comparar el tiempo y las señales del EKG), se utiliza entonces para calcular estos cambios minúsculos de voltaje. Una aplicación de computadora analiza estos cambios de micro voltio y produce un informe para ser interpretado por un médico.

Dentro de grupos de pacientes que se pueden considerar como candidatos para terapia con un Desfibrilador Cardioversor Implantable (ICD, por sus siglas en inglés), existe literatura publicada que indica que una prueba negativa de MTWA puede ser útil para identificar pacientes de bajo riesgo que no se beneficiarían del mismo, ya que confrontarían resultados adversos si se le coloca un ICD.

Vigente para servicios realizados a partir del 21 de marzo de 2006, el siguiente código CPT será reconocido nacionalmente para el pago por la prueba diagnóstica de MTWA.

CPT Code	Descriptor	CPT Code
93025	MTWA for assessment of ventricular arrhythmias	93025

Esta es una determinación de cubierta nacional (NCD, por sus siglas en inglés) realizada bajo la sección 1862 (a) (1) del Acta del Seguro Social. Los NCD's son compulsorios para todos los Contratistas de la Parte B, los FIs, las Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad (QICs, por sus siglas en inglés) las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMOs por sus siglas en inglés), los planes médicos competitivos (CMPs, por sus siglas en inglés), los planes pre-pagados para el cuidado de la salud (HCPPs, por sus siglas en inglés), el "Medicare Appeals Council" y los jueces de la Ley Administrativa (ALJs, por sus siglas en inglés) (vea 42 CFR 405, 1064, vigente al 1 de mayo 2005).

Un NCD que amplía la cubierta también es compulsorio para una organización Medicare Advantage. Además un ALJ no puede revisar un NCD (vea la sección 1869 (I) (A) (i) del Acta.)

NOTAS: LA PRUEBA DIAGNÓSTICA MTWA NO ESTÁ CUBIERTA PARA LA EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CON RIESGO DE SCD SI LA MEDIDA NO SE LLEVA A CABO UTILIZANDO EL MÉTODO DE ANÁLISIS ESPECTRAL.

Medical Policy

method of measuring and comparing time and the EKG signals) is then used to calculate these minute voltage changes. Computer software then analyzes these microvolt changes and produces a report to be interpreted by a physician.

Within patient groups that may be considered candidates for Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) therapy, published literature indicates that a negative MTWA test may be useful in identifying low-risk patients who are unlikely to benefit from, and who may experience worse outcomes from, ICD placement.

Effective for services performed on or after March 21, 2006, the following Current Procedural Terminology (CPT) code will be recognized as nationally payable for MTWA diagnostic testing.

This is a national coverage determination (NCD) made under section 1862(a)(1) of the Social Security Act (the Act). NCDs are binding on all carriers, FIs, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, health care prepayment plans, the Medicare Appeals Council, and administrative law judges (ALJs) (see 42 CFR section 405.1064, effective May 1, 2005).

An NCD that expands coverage is also binding on a Medicare Advantage Organization. In addition, an ALJ may not review an NCD. (See section 1869(f)(1)(A)(i) of the Act.)

NOTES: MTWA DIAGNOSTIC TESTING IS NON-COVERED FOR THE EVALUATION OF PATIENTS AT RISK FOR SCD IF MEASUREMENT IS NOT PERFORMED EMPLOYING THE SPECTRAL ANALYSIS METHOD.

Cont. on next page

Política Médica

Con anterioridad al 21 de marzo de 2006, la prueba diagnóstica MTWA estaba cubierta a discreción del contratista/FI local. La discreción del contratista local ya no aplica.

Implementación

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

Información Adicional

Para detalles completos, por favor revise la instrucción oficial (CR4351) emitida para su contratista/FI en relación a este cambio. Existen dos partes para el CR 4351, el "transmittal" R894CP, que incluye las instrucciones de Medicare Claims Processing en: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R894CP.pdf> y el "transmittal" R49NCD, el cual incluye la revisión del National Coverage Determination Manual en: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R49NCD.pdf> en el portal de CMS.

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

Medical Policy

Prior to March 21, 2006, MTWA diagnostic testing was covered at local carrier/FI discretion. Carrier/FI discretion is no longer applicable.

Implementation

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

Additional Information

For complete details, please see the official instruction (CR4351) issued to your carrier/FI regarding this change. There are two parts to CR4351, transmittal R894CP, which includes the Medicare claims processing instructions at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R894CP.pdf> and transmittal R49NCD, which includes the National Coverage Determination Manual revision at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R49NCD.pdf> on the CMS site.

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

Pub. MM4351/Trans. R894CP/R49NCD/CR4351/03-24-06/IP RRC

NESIRITIDE PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FALLO CARDÍACO

Nota: ESTE ARTÍCULO SE REVISÓ EL 19 DE MAYO DE 2006 PARA ACLARAR PARTE DEL LENGUAJE SOBRE EL USO DE NESIRITIDE

Proveedores Afectados

Proveedores y médicos que someten reclamaciones a Intermediarios Fiscales (FIs, por sus siglas en inglés) y contratistas de la Parte B de Medicare para Nesiritide, cuando se indica como tratamiento para el fallo cardíaco crónico.

Puntos Claves

- Vigente para fechas de servicio a partir del 2 de mayo de 2006, los Centros para Servicios de Medicare (CMS, por sus siglas en inglés), denegarán la cubierta de Nesiritide para el

NESIRITIDE FOR TREATMENT OF HEART FAILURE PATIENTS

Note: THIS ARTICLE WAS REVISED ON MAY 19, 2006, TO CLARIFY SOME OF THE LANGUAGE REGARDING THE USE OF NESIRITIDE.

Provider Types Affected

Providers and physicians that submit claims to Medicare fiscal intermediaries (FIs) and carriers for Nesiritide when provided as a treatment for chronic heart failure.

Key Points

- *Effective for dates of service on or after March 2, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will deny coverage of Nesiritide for the treatment*

Cont. on next page

Política Médica

tratamiento de fallo cardíaco crónico en beneficiarios de Medicare. Para las guías sobre facturación acerca del uso no cubierto de Nesiritide, refiérase por favor a la Sección de Información Adicional de este artículo.

- CMS ha determinado que no hay suficiente evidencia para concluir que el uso de Nesiritide para el tratamiento de fallo cardíaco crónico es razonable y necesario para los beneficiarios de Medicare en cualquier ambiente médico.
- Esta determinación no cambia la capacidad discrecional del contratista local para el tratamiento del fallo cardíaco agudo descompensado, compatible con el uso aprobado de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para beneficiarios de Medicare que puedan tener un fallo cardíaco crónico subyacente. Tampoco afecta la capacidad discrecional del contratista local para otros usos de Nesiritide no indicados para beneficiarios que puedan tener un fallo cardíaco crónico subyacente.
- Para reclamaciones sometidas a los FIs, el requisito de denegar Nesiritide para el fallo crónico cardíaco, solamente afectará el tipo de reclamaciones (Type of Bills, TOBs) 13X y 85X.
- Los TOBs 11X y 12X se denegarán.
- CMS recomienda que los FIs creen parámetros en la política médica para denegar las reclamaciones para Nesiritide de pacientes ambulatorios con fallo crónico cardíaco que no están agudamente descompensados.
- CMS recomienda que el FI rechace las reclamaciones 11X y 12X de pacientes admitidos donde el diagnóstico primario es fallo cardíaco crónico que no estén agudamente descompensados cuando se facture Nesiritide para fallo cardíaco crónico.

Medical Policy

of chronic heart failure in Medicare beneficiaries. For billing guidelines about the non-covered use of Nesiritide, please refer to the Additional Information section of this article.

- *CMS has determined that there is insufficient evidence to conclude that the use of Nesiritide for the treatment of chronic heart failure is reasonable and necessary for Medicare beneficiaries in any setting.*
- *This determination does not change local contractor discretion for treatment of acute(ly) decompensated heart failure consistent with the FDA labeled indication in Medicare beneficiaries who may have underlying chronic heart failure. Nor does it affect local contractor discretion for other off-label uses of Nesiritide in Medicare beneficiaries who may have underlying chronic heart failure.*
- *For claims submitted to FIs, the requirement to deny Nesiritide for chronic heart failure will only affect 13X and 85X Type of Bill (TOBs).*
- *11X and 12X TOBs should be rejected.*
- *CMS recommends that FIs create medical policy parameters to deny outpatient claims for Nesiritide for chronic heart failure in the absence of acutely decompensated heart failure.*
- *CMS recommends that FIs reject inpatient claims where the primary diagnosis is chronic heart failure in the absence of acutely decompensated heart failure (11X and 12X) when billed with Nesiritide for chronic heart failure.*

Cont. on next page

Política Médica

- Para reclamaciones de pacientes hospitalizados donde el beneficiario se admite con un diagnóstico primario que no es fallo cardíaco y se le administra Nesiritide bajo un pago DRG, la administración de Nesiritide no debe ser la única base para la denegación de la reclamación completa.
- El proveedor se considerará responsable a menos que el código de ocurrencia (occurrence code) 32 o el modificador GA esté presente en la línea de una reclamación de un paciente ambulatorio cuando se use Nesiritide para el tratamiento de fallo cardíaco crónico sin evidencia documentada de descompensación aguda.
- Todas las demás indicaciones para el uso de Nesiritide que no están señaladas como no cubiertas, se dejan a la discreción del contratista local (contratista de la Parte B o Intermediario Fiscal). Esto es, para usos aparte de los indicados o usos compatibles con las indicaciones actuales de la Administración de Drogas y Alimentos [FDA, por sus siglas en inglés] para el tratamiento intravenoso de pacientes agudamente descompensados con fallo cardíaco congestivo [CHF, por sus siglas en inglés] que tienen disnea del sueño en descanso o con mínima actividad.
- Esta adición al capítulo 1 sección 200.1 del Medicare National Coverage Manual (publicación 100-03) es una determinación de cubierta nacional (NCD, por sus siglas en inglés) hecha bajo la sección 1862 (a) (I) de la Ley del Seguro Social.
- Los NCD's son compulsorios para todos los contratistas de la Parte B, los FIs, las Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad (QICs, por sus siglas en inglés) las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMOs por sus siglas en inglés), los planes médicos competitivos (CMPs, por sus siglas en inglés), los planes prepagados para el cuidado de la salud (HCPPs, por sus siglas en inglés), el

Medical Policy

- *For inpatient claims where the beneficiary is admitted with a primary diagnosis other than heart failure and Nesiritide is administered under a DRG payment, the administration of Nesiritide should not be the sole basis for denial of the entire inpatient claim.*
- *The provider will be held liable unless occurrence code 32 is present on the claim, or modifier GA is present on the line on an outpatient bill when Nesiritide is used to treat chronic heart failure without documented evidence of acute decompensation.*
- *All other indications for the use of Nesiritide not otherwise indicated as noncovered (other off-label uses or uses consistent with the current Food and Drug Administration (FDA) indication for intravenous treatment of patients with acutely decompensated congestive heart failure (CHF) who have dyspnea at rest or with minimal activity) are left to local contractor (carrier or FI) discretion.*
- *This addition to Chapter 1, Section 200.1, of the Medicare National Coverage Determinations Manual, (Publication 100-03) is a national coverage determination (NCD) made under section 1862(a)(1) of the Social Security Act (the Act).*
- *NCDs are binding on all carriers, FIs, quality improvement organizations, health maintenance organizations, competitive medical plans, health care prepayment plans, the Medicare Appeals Council, and administrative law judges (ALJs) (see 42 CFR 405.1064, effective May 1, 2005).*

Cont. on next page

Política Médica

“Medicare Appeals Council” y los jueces de la Ley Administrativa (ALJs, por sus siglas en inglés) (vea 42 CFR 405, 1064, vigente al 1 de mayo 2005).

- Un NCD que amplía la cubierta también es compulsorio para una organización Medicare Advantage. Además un ALJ no puede revisar un NCD (vea la sección 1869 (l) (A) (i) del Acta.)

Trasfondo

Nesiritide está aprobado por la FDA para un tratamiento intravenoso a corto plazo de pacientes con CHF agudamente descompensado; y que experimentan disnea (dificultad respiratoria) en descanso o con actividad mínima.

Estudios publicados recientemente sobre Nesiritide han enfatizado ciertos aspectos de preocupación sobre su seguridad, específicamente, un aumento en la mortalidad y una disminución de la función renal en pacientes tratados con Nesiritide.

Además, un panel independiente de consulta compuesto por expertos en cardiología y auspiciado por Scios, el fabricante de Natrecor® (Nesiritide), recomienda que “el uso de Nesiritide debe restringirse estrictamente al tratamiento de pacientes presentándose al hospital con CHF agudamente descompensado y con disnea en descanso....”.

Información Adicional

Las reclamaciones sometidas con el código del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (HCPCS, por sus siglas en inglés) J2325 (Injection, Nesiritide) con códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) de:

- 428.0, 428.1, 428.20, 428.22, 428.30, 428.32, 428.40, 428.42, ó 428.9; **y no acompañados** por:
- 428.1, 428.23, 428.31, 428.33, 428.41 ó 428.43 **serán denegadas.**

Las reclamaciones denegadas serán devueltas con los siguientes códigos de ajuste en la reclamación:

Medical Policy

- *An NCD that expands coverage is also binding on a Medicare advantage organization. In addition, an ALJ may not review an NCD. (See section 1869(f)(1)(A)(i) of the Act.)*

Background

Nesiritide is FDA-approved for the short-term intravenous treatment of patients with acutely decompensated CHF who have dyspnea (shortness of breath) at rest or with minimal activity.

Recent published studies of Nesiritide have highlighted safety concerns, specifically increased mortality and decreased renal function in patients treated with Nesiritide.

In addition, an independent advisory panel of cardiac experts sponsored by Scios, manufacturer of Natrecor® (Nesiritide), recommended that “The use of Nesiritide should be strictly limited to patients presenting to the hospital with acutely decompensated congestive heart failure who have dyspnea at rest”

Additional Information

Claims submitted with Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code J2325 (Injection, Nesiritide) with International Classification of Diseases (ICD-9) codes of:

- 428.0, 428.1, 428.20, 428.22, 428.30, 428.32, 428.40, 428.42, or 428.9; **and not accompanied by:**
- 428.21, 428.23, 428.31, 428.33, 428.41, or 428.43, **will be denied.**

Denied claims will be returned with the following claims adjustment codes:

Cont. on next page

Política Médica

- **Código de Razón:** Estos son servicios no cubiertos debido a que no se consideran como “necesidad médica” por el pagador;
- **Código de Comentario M76:** Condición o diagnóstico que falta, incompleto, o que no tiene validez.

Los contratistas deben aplicar los siguientes mensajes del Resumen de Medicare:

- **15.20:** Las siguiente política [NCD 200.1] se utilizó al tomar esta decisión.
- **15.4:** La información que se provee no sustenta la necesidad para este servicio o artículo

Los contratistas no buscarán reclamaciones para ajustar, pero ajustarán reclamaciones traídas a su atención con fechas de servicio del 2 de Marzo de 2006 hasta la implementación.

Enlaces Relevantes

La Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 4312 es la instrucción oficial emitida a su contratista o intermediario fiscal, en relación a cambios mencionados en este artículo MM4312. Hay dos “transmittals” relacionados al CR4312. Uno es el número de “transmittal” R51 NCD, el cual se relaciona a NCD y lo puede acceder en : <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R51NCD.pdf> en el portal de CMS. El segundo “transmittal”, R2180TN, se refiere a las instrucciones de procesamiento para reclamaciones de Medicare se puede acceder en: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R2180TN.pdf> en el portal de CMS.

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

Medical Policy

- **Reason Code:** *These are non-covered services because this is not deemed a “medical necessity” by the payer.*
- **Remark Code M76:** *Missing/incomplete/invalid diagnosis or condition.*

Contractors shall apply the following Medicare Summary Notice messages:

- **15.20:** *The following policy [NCD 200.1] was used when we made this decision.*
- **15.4:** *The information provided does not support the need for this service or item.*

Contractors shall not search for, but may adjust, claims brought to their attention with dates of service March 2, 2006, through implementation.

Relevant Links

CR4312 is the official instruction issued to your FI or carrier, regarding changes mentioned in this article. There are two transmittals related to CR4312. One is transmittal number R51NCD, which relates to the NCD. It may be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R51NCD.pdf> on the CMS web site. The second transmittal, R2180TN, relates to Medicare claims processing instructions, and it can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R2180TN.pdf> on the CMS web site.

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

MM4312/Trans. R2180TN/R51NCD/CR4312/05-19-06/IP RRC

Políticas de Pago

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

Proveedores Afectados

Médicos suplidores y proveedores que facturan a Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) de Medicare, incluyendo a Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) por concepto de estimuladores osteogénicos de ultrasonido.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4085, la cual suplementa al CR3836 – Requisitos para Cubierta y Facturación de Estimuladores de Ultrasonido en el Tratamientos de Fracturas no Consolidadas (Coverage and Billing Requirements for Ultrasound Stimulation for Nonunion Fracture Healing).

Lo Que Necesita Saber

Vigente para servicios prestados a partir del 27 de abril de 2005, los servicios de terapia de estimulación osteogénica de ultrasonido están cubiertos como “médicamente razonables y necesarios” para el tratamiento de fracturas no consolidadas, antes de una cirugía. Note, por favor, que hay cambios en los requisitos de negocios del CR 3836.

Estos cambios se discuten en la sección **Información Adicional** de este artículo. Cualquier otro material o información permanece igual que en el CR3836 original.

Lo Que Necesita Haber

Para más detalles relacionados a este cambio, refiérase a la sección **Trasfondo** de este artículo.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), determinaron que la evidencia es adecuada como para concluir que es razonable y necesario utilizar la estimulación osteogénica de ultrasonido no-invasiva para el tratamiento de fracturas no consolidadas, antes de una intervención quirúrgica.

Billing Policies

COVERAGE AND BILLING FOR ULTRASOUND STIMULATION FOR NONUNION FRACTURE HEALING

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare fiscal intermediaries (FIs), including regional home health intermediaries (RHHIs) for Ultrasound Stimulation for Nonunion Fracture Healing.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4085, which supplements CR3836 - Coverage and Billing Requirements for Ultrasound Stimulation for Nonunion Fracture Healing.

What You Need to Know

Effective for services performed on or after April 27, 2005, ultrasonic osteogenic stimulators are covered as medically reasonable and necessary for the treatment of nonunion bone fractures prior to surgery. Please note that there have been changes made to CR3836 business requirements.

*These changes are discussed in the **Additional Information** section of this article.*

All other material and information remain the same as in the original CR3836.

What You Need to Do

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

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) determined that evidence is adequate to conclude that it is reasonable and necessary to use non-invasive ultrasound stimulation for the treatment of nonunion bone fractures prior to surgical intervention.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Por lo tanto, a partir del 27 de abril de 2005, el uso de estimuladores osteogénicos de ultrasonido estará cubierto en casos considerados “médicamente razonables y necesarios” para el tratamiento de fracturas no consolidadas, antes de una cirugía.

Cubierta y Facturación de Servicios de Estimuladores Osteogénicos de Ultrasonido para el Tratamiento de Fracturas No Consolidadas

Un estimulador osteogénico de ultrasonido es un instrumento no-invasivo que emite pulsaciones de ultrasonido de baja intensidad. Este instrumento se aplica a la superficie de la piel en el lugar de la fractura y emite ondas ultrasónicas a través de una gelatina conductora para estimular la unión de dicha fractura.

Los estimuladores osteogénicos de ultrasonido no deben usarse concurrentemente con otros aparatos osteogénicos no-invasivos.

Requisitos de Cubierta

Vigente para fechas de servicio a partir del 27 de abril de 2005, el uso de estimuladores osteogénicos de ultrasonido está cubierto como “médicamente razonable y necesario” para el tratamiento de fracturas no consolidadas, antes de una cirugía. Para demostrar que se trata de fracturas no consolidadas, CMS espera recibir un mínimo de **dos** (2) conjuntos de radiografías, obtenidas antes de comenzar tratamiento con el estimulador osteogénico, y con una separación mínima de 90 días entre cada conjunto de radiografías.

Cada conjunto de radiografías debe incluir múltiples tomas del lugar de la fractura, debe estar acompañado de una interpretación médica, donde se indique que no existe evidencia clínica significativa de consolidación de la fractura entre ambas tomas de radiografías.

Para más información sobre cubierta, refiérase al Medicare National Coverage Determinations Manual (Pub.100-03), Capítulo 1, Sección 150.2, el cual está disponible en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/ncd103c1_Part2.pdf

Billing Policies

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

Coverage and Billing for Ultrasound Stimulation for Nonunion Fracture Healing

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

Ultrasonic osteogenic stimulators are not to be used concurrently with other non-invasive osteogenic devices.

Coverage Requirements

*Effective for dates of service on and after April 27, 2005, ultrasonic osteogenic stimulators are covered as medically reasonable and necessary for the treatment of nonunion bone fractures prior to surgical intervention. In demonstrating nonunion fractures, CMS expects a minimum of **two** sets of radiographs, obtained prior to starting treatment with the osteogenic stimulator, separated by a minimum of 90 days.*

Each radiograph set must include multiple views of the fracture site, accompanied with a written interpretation by a physician stating that there has been no clinically significant evidence of fracture healing between the two sets of radiographs.

For further coverage information, please refer to the Medicare National Coverage Determinations Manual (Pub.100-03), Chapter 1, Section 150.2, which can be found at http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/ncd103c1_Part2.pdf on the CMS web site.

Cont. on next page

Políticas de Pago

NOTA: LOS HOSPITALES DEBEN OBSERVAR QUE NO EXISTEN SERVICIOS DE ESTIMULACIÓN OSTEOGÉNICA DE ULTRASONIDO POR LOS QUE UN INTERMEDIARIO FISCAL (FI) LE PUEDE REEMBOLSAR. POR LO TANTO, LOS HOSPITALES NO PUEDEN FACTURARLE AL FI POR CONCEPTO DEL USO DE ESTIMULADORES OSTEOGÉNICOS DE ULTRASONIDO.

Tipos de Facturas Cuando Se Factura a Los RHHIs

Los Estimuladores Osteogénicos de Ultrasonido deben facturarse a los RHHIS, en el tipo de factura (TOB, por sus siglas en inglés) 32X, 33X, 34X; los mismos son pagaderos bajo la Tarifa de Pagos para Equipo Médico Duradero, Protéticos, Ortóticos y Suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés).

NOTA: LOS ESTIMULADORES OSTEOGÉNICOS DE ULTRASONIDO DEBEN FORMAR PARTE DEL PLAN DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR DEL PACIENTE, SI SE FACTURA EN LOS TOBs 32X O 33X.

Instrucciones para Facturar a los Contratistas de la Parte B de Medicare

A partir del 27 de abril de 2005, los contratistas permitirán el pago de estimuladores osteogénicos de ultrasonido con el siguiente código CPT:

- **20979:** Low intensity ultrasound stimulation to aid bone healing, noninvasive (nonoperative).

Instrucciones de Facturación para Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERC) e Intermediarios Regionales de Salud en el Hogar (RHHIs)

A partir del 27 de abril de 2005:

- Los DMERCs y los RHHIs permitirán el pago por concepto del uso de estimuladores osteogénicos de ultrasonido con los siguientes códigos HCPCS:
 - **E0760** for low-intensity ultrasound (incluya el modificador "KF"); o
 - **E1399** for other ultrasound stimulation (incluya el modificador "KF").

Billing Policies

NOTE: HOSPITALS SHOULD NOTE THAT THERE ARE NO COVERED SERVICES FOR ULTRASONIC OSTEOGENIC STIMULATION FOR WHICH HOSPITALS CAN BE PAID BY THE FI. THUS, HOSPITALS CAN NOT BILL FOR ULTRASONIC OSTEOGENIC STIMULATORS.

Bill Types When Billing RHHIs

When billed to RHHIs, Ultrasonic Osteogenic Stimulators must be billed on type of bill 32X, 33X, 34X, and is payable under the Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies (DMEPOS) Fee Schedule.

NOTE: ULTRASONIC OSTEOGENIC STIMULATORS MUST BE IN THE PATIENT'S HOME HEALTH PLAN OF CARE IF BILLED ON TOBs 32X OR 33X.

Billing Instructions When Billing Medicare Carriers

Effective for dates of service on or after April 27, 2005, carriers will allow payment for ultrasonic osteogenic stimulators with the following current procedural terminology (CPT) code:

- **20979** - Low intensity ultrasound stimulation to aid bone healing, noninvasive (nonoperative).

Billing Instructions for Durable Medical Equipment Regional Carriers (DMERCs) and Regional Home Health Intermediaries (RHHIs)

Effective for dates of service on or after April 27, 2005:

- DMERCs and RHHIs will allow payment for ultrasonic osteogenic stimulators with the following HCPCS codes:
 - **E0760** for low-intensity ultrasound (include modifier "KF"); or
 - **E1399** for other ultrasound stimulation (include modifier "KF").

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Los RHHIs:
 - Pagarán por estimuladores osteogénicos de ultrasonido, solamente cuando los servicios se sometán en TOBs 32X, 33X, or 34X;
 - Pagarán a los HHAs en los TOBs 32X, 33X y 34X para estimuladores osteogénicos de ultrasonido, según la tarifa de pagos DMEPOS.

NOTA: LOS CONTRATISTAS, FIs Y RHHIs DE MEDICARE AJUSTARÁN LAS RECLAMACIONES QUE TENGAN FECHA DE SERVICIO A PARTIR DEL 27 DE ABRIL DE 2005, SI LAS MISMAS SE TRAEN A SU ATENCIÓN.

Implementación

La fecha de implementación para este artículo es el 3 de abril de 2006.

Información Adicional

Algunas de las diferencias entre el CR3836 y el nuevo CR4085 incluyen lo siguiente:

- Como resultado del CR4085, no hace falta usar un modificador al facturar el código 20979 a un contratista.
- El modificador "KF" se utilizará ahora al facturar los códigos E0760 o E1399 a un DMERC o RHHI.

Puede encontrar la instrucción oficial enviada por Medicare a su Contratista/DMERC/FI/RHHI referente a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R816CP.pdf>

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

Billing Policies

- *RHHIs will:*
 - *Pay for ultrasonic osteogenic stimulators only when services are submitted on type of bills (TOBs) 32X, 33X, or 34X;*
 - *Pay HHAs on TOBs 32X, 33X, and 34X for ultrasonic osteogenic stimulators on the DMEPOS fee schedule.*

NOTE: MEDICARE CARRIERS, FIs, AND RHHIs WILL ADJUST CLAIMS WITH DATES OF SERVICE ON AND AFTER APRIL 27, 2005, IF BROUGHT TO THEIR ATTENTION.

Implementation

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

Additional Information

Some of the differences between CR3836 and the new CR4085 include the following:

- A modifier is not needed when billing code 20979 to a carrier as a result of CR4085.
- Modifier "KF" is now to be used when billing code E0760 or code E1399 to a DMERC or RHHI.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC/FI/RHHI regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R816CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM4085 / Trans R816CP / CR4085 / 01-20-2006 / mlv

Políticas de Pago

“PHYSICIAN VOLUNTARY REPORTING PROGRAM” (PVRP) UTILIZANDO LOS CÓDIGOS DE CALIDAD G Y CÓDIGOS CPT CATEGORÍA II

NOTA: VARIOS CÓDIGOS CPT DE MEDIDAS DE EJECUCIÓN DEL “PHYSICIAN VOLUNTARY REPORTING PROGRAM” EN LA PETICIÓN DE CAMBIO (CR) 4183 FUERON MODIFICADOS COMO RESULTADO DEL RECIBO DE INFORMACIÓN ADICIONAL DE PARTE DE LAS SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LOS CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CMS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). ADEMÁS, LOS CÓDIGOS CPT CATEGORÍA II ESTÁN DISPONIBLES PARA CIERTAS MEDIDAS. ESTOS CAMBIOS SE REFLEJAN EN EL CR 5036 Y, SI USTED TIENE ACCESO A ESTE ARTÍCULO IMPRESO A COLOR, NOTARÁ QUE ESTÁN RESALTADAS EN COLOR AMARILLO. ESTE ARTÍCULO CONTIENE LA MISMA INFORMACIÓN QUE EL ARTÍCULO DE *MEDICARE LEARNING NETWORK* MM 4183, CON LAS SIGUIENTES ADICIONES:

- Los cambios de códigos y la adición de códigos CPT Categoría II en los anejos.
- Una sección de introducción que ayuda a los médicos a entender quiénes pueden informar, y los beneficios de registrar su intención de participar en el programa.
- Notificación de una dirección Web que contiene información adicional sobre el PVRP a través del siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/PVRP>. Además, en la sección de **Información Adicional** de este artículo encontrará una nota sobre hojas de trabajo útiles que se colocarán en este sitio Web próximamente.

Proveedores Afectados

Médicos

Introducción

En enero de 2006, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) lanzaron el programa PVRP que contiene 16 medidas iniciales. La recopilación de data sobre las 16 medidas está actualmente en proceso.

Billing Policies

PHYSICIAN VOLUNTARY REPORTING PROGRAM (PVRP) USING QUALITY G-CODES AND CPT CATEGORY II CODES (CPT II CODES)

NOTE: THIS ARTICLE WAS REVISED ON MARCH 30, 2006, TO SHOW THAT THE IMPLEMENTATION DATE IS APRIL 3, 2006, AS SHOWN IN CR5036. SEVERAL PHYSICIAN VOLUNTARY REPORTING PROGRAM (PVRP) PERFORMANCE MEASURE CPT CODES IN CR4183 HAVE BEEN MODIFIED AS A RESULT OF ADDITIONAL INPUT RECEIVED BY CMS FROM MEDICAL SPECIALTY SOCIETIES. IN ADDITION, CPT CATEGORY II CODES ARE NOW AVAILABLE FOR CERTAIN MEASURES. THE CHANGES ARE REFLECTED IN CR5036 AND, IF YOU ARE VIEWING A COLOR PRINT OF THIS ARTICLE, ARE HIGHLIGHTED YELLOW.

This article contains the same information as MLN Matters article MM4183 with the following additions:

- *The code changes and the addition of Category II CPT codes in the attachments.*
- *An “Introduction” section that helps physicians understand who can report and the benefits of registering their intent to participate in the program.*
- *Announcement of a web site address that contains additional information on the PVRP. This web address is **http://www.cms.hhs.gov/PVRP**. Also, in the “Additional Information” section of this article is a note about some helpful worksheets that will be placed on this site in the near future.*

Provider Types Affected

Physicians

Introduction

In January of 2006, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) launched the PVRP with a core starter set of 16 measures. Collection of data on the 16 measures is currently underway.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Los médicos pueden informar las medidas del PVRP, sin importar que registren o no su intención de participar. Sin embargo, CMS está recomendando que registren su intención de participar a través del siguiente enlace completamente asegurado: <http://www.qualitynet.org>. Al registrar su intención de participar, los médicos recibirán información confidencial sobre retroalimentación en las tasas de informe y las tasas de ejecutoria para cada medida en la que someten información. El registrar su intención de participar es el primer paso para recibir el informe confidencial de retroalimentación. En el mes de junio, CMS comenzará a comunicarse con aquellos que registren su intención de participar para guiarles a través del proceso confidencial de registro. Al registrar su intención de participar, los médicos no sólo tendrán el beneficio de recibir informes de retroalimentación sobre las medidas PVRP, sino que también recibirán ayuda de parte de CMS para completar el proceso de registro de modo que puedan recibir estos reportes.

El registro para informar la intención de participar no obliga a un médico a participar.

CMS entiende que se pueden presentar eventos inesperados que podrían evitar que un médico participe del programa. Además, según se indica anteriormente, los médicos pueden someter data sobre las medidas PVRP sin registrar su intención de participar.

CMS recomienda a los médicos a registrar su intención de participar antes del 1 de abril de 2006. El primer informe de retroalimentación para los médicos estará disponible en el mes de diciembre de 2006. Los informes están basados en data del segundo trimestre, data recopilada de reclamaciones con fechas de servicio entre el 1 de abril y el 30 de junio. A pesar de que el registro de participar será recibido después del 1 de abril, CMS recomienda a los médicos que se registren antes de modo que los informes completos de retroalimentación reflejen toda la data recopilada en el segundo trimestre, según sea posible. Nuevamente, los médicos pueden continuar sometiendo data sobre medidas PVRP, ya sea que registren su intención de participar o no.

Billing Policies

Physicians can report on the PVRP measures regardless of whether or not they register their intent to participate. However, CMS is strongly encouraging physicians to register their intent to participate in the PVRP through the secured link <http://www.qualitynet.org>. By registering their intent to participate, physicians will be able to receive confidential feedback on their reporting rate and performance rate for each measure they report on. Registering the intent to participate is the first step to receiving the confidential feedback report. In June, CMS will begin contacting those who register their intent to participate to walk them through finishing the confidential registration process. By registering the intent to participate now, physicians not only have the ultimate benefit of receiving feedback reports on the PVRP measures, but will also have CMS assistance in completing the full registration for the feedback reports.

Registration of intent to participate does not obligate a physician to participate.

CMS understands that unpredictable events may occur that would ultimately prevent one from actually participating. Also, as stated earlier, physicians can submit data on the PVRP measures without registering their intent to participate.

CMS encourages physicians to register their intent to participate by April 1, 2006. *The first physician feedback reports will be available in December 2006. Reports will be based on second quarter data, collected from claims data with dates of service between April 1 and June 30. Although registration of intent to participate will be welcomed after April 1, CMS encourages physicians to register their intent by April 1 so that comprehensive feedback reports reflect as much data collected in the second quarter as possible. Again, physicians can continue to submit data on PVRP measures whether they register their intent or not.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo provee información sobre el programa PVRP de CMS. También ayuda a los médicos a entender el nuevo programa PVRP y la utilización de Códigos G o los nuevos códigos CPT Categoría II para informar data sobre la calidad de los servicios brindados a los beneficiarios de Medicare.

Trasfondo

Como parte sus esfuerzos para mejorar la calidad en general, CMS lanzó el programa PVRP en enero 2006. Este nuevo programa añade a los esfuerzos abarcadores para mejorar la salud y función de nuestros beneficiarios. A través del programa se espera la prevención de complicaciones de enfermedades crónicas, evitando hospitalizaciones prevenibles y mejorando la calidad del cuidado de la salud brindado.

Bajo el programa voluntario para someter información, los médicos que eligen participar ayudarán a recopilar datos sobre la calidad de los cuidados de salud brindados a los beneficiarios de Medicare. Esto es con el fin de identificar las maneras más efectivas de hacer uso de medidas de calidad en la práctica rutinaria y para dar apoyo a los médicos en sus esfuerzos por mejorar la calidad de los cuidados de salud. El someter información sobre la calidad del servicio, de manera voluntaria, por medio del Programa RVRP, comenzó en enero del año 2006.

Medidas de Consenso Nacional e Indicadores

CMS ha comenzado el proceso de desarrollar un grupo completo de medidas e indicadores de consenso nacional que le permitirán a los médicos someter de manera más eficiente la información sobre los servicios de salud brindados a beneficiarios de Medicare.

CMS ha identificado 36 medidas clínicas válidas, basadas en evidencia, que han sido parte de las directrices endosadas por médicos y las sociedades de especialidades médicas. Éstas son el resultado de comentarios y retroalimentación recibida de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud.

Billing Policies

Provider Action Needed

This article provides information about the CMS PVRP. It will assist physicians in understanding this new voluntary reporting program and the use of G-codes or newly added CPT II codes to report data about the quality of care provided to Medicare beneficiaries.

Background

As part of its overall quality improvement efforts, CMS launched the PVRP in January 2006. This new program builds on Medicare's comprehensive efforts to substantially improve the health and function of our beneficiaries by preventing chronic disease complications, avoiding preventable hospitalizations, and improving the quality of care delivered.

Under the voluntary reporting program, physicians who choose to participate will help capture data about the quality of care provided to Medicare beneficiaries, in order to identify the most effective ways to use the quality measures in routine practice and to support physicians in their efforts to improve quality of care. Voluntary reporting of quality data through the PVRP began in January 2006.

National Consensus Measures and Indicators

CMS has begun the process of developing a comprehensive set of national consensus measures and indicators that will allow physicians to more efficiently report quality information on the health services provided to Medicare beneficiaries.

CMS identified 36 evidence-based clinically valid measures that have been part of the guidelines endorsed by physicians and medical specialty societies. The 36 measures are the result of extensive input and feedback from physicians and other quality care experts.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Sin embargo, luego de anunciar el programa PVRP, el 28 de octubre de 2005, se recibieron sugerencias de parte de numerosas organizaciones médicas para identificar un grupo inicial de medidas que alivie la potencial carga que representa para los médicos el reporte, y para alinear mejor el programa PVRP con otras actividades de medición de calidad que afectan a los médicos.

CMS decidió adoptar la sugerencia de establecer un pequeño grupo de medidas iniciales en el programa PVRP. Este grupo consiste de 16 medidas, las cuales reducirán significativamente el número de medidas aplicables a cualquier práctica de especialidad médica individual. A pesar de la reducción en el número de medidas iniciales a sólo 16, el programa PVRP mantiene el mismo enfoque de cobertura para especialidades médicas. Las medidas adicionales para cubrir un número más amplio de especialidades médicas serán desarrolladas en el futuro. CMS ha escogido medidas basadas en los trabajos del *National Quality Forum (NQF)* y del *Ambulatory Care Quality Alliance (ACAQ)*.

Los informes confidenciales de retroalimentación estarán limitados a información del grupo inicial de 16 medidas. Los informes confidenciales proveerán a los médicos información sobre su ejecutoria y tasas de reporte para medidas asociadas a la data sometida. Los informes de retroalimentación tienen la intención de ayudar a los médicos a mejorar sus tasas de exactitud de data y reporte de data. Este informe de retroalimentación estará disponible en diciembre de 2006 y reflejará data sometida durante el segundo trimestre (abril 1 a junio 30).

Recopilación de Data a través del Sistema Administrativo de Reclamaciones

La fuente usual de información clínica para medidas de calidad es el "*retrospective chart abstraction*", pero este proceso puede implicar una carga mayor de trabajo para el

Billing Policies

However, after announcing the PVRP on October 28, 2005, suggestions were made by several physician organizations to identify a starter set in order to lessen the potential reporting burden for physicians and better align the PVRP with other quality measurement activities affecting physicians.

CMS decided to adopt the suggestion of a smaller core starter set of PVRP measures. The core set consists of 16 measures, which will significantly reduce the number of measures applicable to any individual physician practice specialty.

Despite the reduction to a core starter set of 16 measures, the PVRP maintains the same scope of coverage for physician specialties. Additional measures to cover a broader set of specialties will be developed in the future.

CMS has selected measures based on the work of the National Quality Forum (NQF) and the Ambulatory Care Quality Alliance (ACAQ).

Confidential feedback reports available to physicians will be limited to the 16 core starter set. The confidential feedback reports will provide physicians with information about their performance and reporting rates for measures associated with submitted data. The feedback reports are intended to assist physicians in improving their data accuracy and reporting rate. The first feedback report will be available December 2006 and will reflect data submitted during the second quarter (April 1 – June 30).

Data Collection Through the Administrative Claims System

The usual source of the clinical data for quality measures is retrospective chart abstraction, but data collection through chart abstraction can be quite burdensome. In

Cont. on next page

Políticas de Pago

médico. Mientras los expedientes electrónicos de salud (EHRs, por sus siglas en inglés) facilitan el proceso de someter información clínica en un futuro, la mayoría de los médicos al presente no usan un EHR.

Por tanto, con el fin de evitar la necesidad de los “*chart abstraction*”, CMS comenzó el proceso de recopilación de información de calidad sobre los servicios brindados a la población de beneficiarios de Medicare por medio del sistema de reclamaciones administrativas (*administrative claims system*).

Uso de los Códigos G y los Códigos CPT Categoría II

Específicamente, CMS ha definido un grupo de códigos HCPCS (conocidos como los “G Codes”) para someter data utilizada en el cálculo de medidas de calidad. Estos nuevos códigos complementarán la información usual de reclamaciones con información clínica utilizada para medir la calidad de los servicios brindados a los beneficiarios.

Cada medida tiene un numerador definido (el Código G o CPT II apropiado) y un denominador (específicamente definido de acuerdo a los servicios o condición apropiada). La tasa de reporte se calcula como un porcentaje para cada una de las 16 medidas.

Usted puede utilizar los códigos “G” cuando cumpla con todas las siguientes circunstancias:

- El código “G” sometido en la reclamación se relaciona con diagnósticos cubiertos, tratamiento cubierto, o servicios preventivos cubiertos que aplican al beneficiario.
- La base para el uso de códigos G o CPT II se documentará en el expediente médico del beneficiario.

Nota: Someta un código G o un código CPT II, pero nunca ambos.

Puntos Importantes: Informe PVRP en Reclamaciones de Medicare

Billing Policies

addition, while electronic health records (EHRs) may greatly facilitate clinical data reporting in the future, most physicians currently are not using an EHR.

Therefore, to avoid the necessity for chart abstraction, CMS is beginning the process of collecting quality information on services provided to the Medicare population by using the administrative claims system.

Use of G-Codes and CPT II Codes

Specifically, CMS has defined a set of HCPCS codes to report data for the calculation of the quality measures. These new codes will supplement the usual claims data with clinical data that can be used to measure the quality of services rendered to beneficiaries.

Each measure has a defined numerator (the appropriate G-code or CPT II code) and a denominator (specifically defined according to the appropriate services or condition). The reporting rate is calculated as a percentage for each of the 16 measures.

You can use G-codes or CPT II codes when all of the following circumstances are met:

The G-code or CPT II code reported on the claim relates to a covered diagnosis, covered treatment(s), or covered preventive service(s) that are applicable to the beneficiary.

The basis for the G-code or CPT II code is documented in the beneficiary medical record.

Note: *Submit either a G-code or a CPT II code, but never both.*

Important Points: PVRP Reporting on Medicare Claims

Cont. on next page

Políticas de Pago

Los Códigos G y CPT II:

- Se informan en el formulario de reclamación creado por Medicare, luego de la prestación de un servicio cubierto.
- Deben informarse con un cargo sometido de “cero” (\$0.00).
- No son específicos por especialidad. Sin embargo, se anticipa que el informar ciertos códigos G o CPT II predominará por parte de ciertas especialidades médicas.

Información Adicional

Las medidas de calidad específicas relacionadas a los códigos G o CPT II en esta fase inicial del programa se incluyen en la tabla que se encuentra al final de este artículo.

Existe información adicional sobre el programa PVRP y los códigos de calidad G y CPT II en el CR 5036, disponible en el siguiente enlace del sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R43DEMO.pdf>

El CR 4183 también está disponible en el siguiente enlace del sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R35DEMO.pdf>

Puede encontrar información adicional sobre el programa en el siguiente enlace del sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/PVRP>. Recomendamos que visite este sitio Web periódicamente para obtener actualizaciones. CMS publicará próximamente una hoja de trabajo desarrollada específicamente para ciertas especialidades médicas con el fin de ayudarles a reportar información relevante al programa PVRP.

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

Billing Policies

G-codes or CPT II codes:

- Are submitted on the Medicare claim form generated after a covered service has been performed.
- Should be reported with a submitted charge of zero (\$0.00).
- Are not specialty specific. However, it is anticipated that the reporting of certain G-codes or CPT II codes will be predominated by physicians in certain specialties.

Additional Information

The specific quality measures related to the G-codes or CPT II codes in this initial program launch are reflected in the table at the end of this article.

You can find more information about the PVRP and quality G-Codes and CPT II codes in CR 5036. CR5036 is available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R43DEMO.pdf> on the CMS web site.

CR4183 is also available at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R35DEMO.pdf> on the CMS web site.

Additional information about the program is available at <http://www.cms.hhs.gov/PVRP> on the CMS site. You may want to visit this site periodically for updates. CMS will soon post the one-page worksheets developed specifically for certain specialties to assist in reporting relevant information to the PVRP.

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

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

Measure	G-Code/Descriptions
<p>Aspirin at arrival for acute myocardial infarction</p>	<p>--G8006: Acute myocardial infarction: patient documented to have received aspirin at arrival --G8007: Acute myocardial infarction: patient not documented to have received aspirin at arrival --G8008: Clinician documented that acute myocardial infarction patient was not an eligible candidate to receive aspirin at arrival measure</p>
<p>Beta blocker at time of arrival for acute myocardial infarction</p>	<p>--G8009: Acute myocardial infarction: patient documented to have received beta-blocker at arrival OR CPT Cat II code 4006F: Beta-blocker therapy prescribed --G8010: Acute myocardial infarction: patient not documented to have received beta-blocker at arrival --G8011: Clinician documented that acute myocardial infarction patient was not an eligible candidate for beta-blocker at arrival measure OR CPT Cat II code 4006F WITH modifier 1P, 2P, or 3P: Beta-blocker therapy prescribed with exclusion</p>
<p>Hemoglobin A1c control in patient with Type I or Type II diabetes mellitus</p>	<p>--G8015: Diabetic patient with most recent hemoglobin A1c level (within the last 12 months) documented as greater than 9% OR CPT Cat II code 3046F: Most recent hemoglobin A1c level > 9.0% --G8016: Diabetic patient with most recent hemoglobin A1c level (within the last 12 months) documented as less than or equal to 9% OR CPT Cat II code 3047F: Most recent hemoglobin A1c level ≤ 9.0% --G8017: Clinician documented that diabetic patient was not an eligible candidate for hemoglobin A1c measure OR CPT Cat II code 3046F WITH modifier 1P, 2P, or 3P: Most recent hemoglobin A1c level > 9.0% with exclusion --G8018: Clinician has not provided care for the diabetic patient for the required time for hemoglobin A1c measure (12 months)</p>
<p>Low-density lipoprotein control in patient with Type I or Type II diabetes mellitus</p>	<p>--G8020: Diabetic patient with most recent low-density lipoprotein (within the last 12 months) documented as less than 100 mg/dl OR CPT Cat II code 3048F: Most recent LDL-C < 100 mg/dL --G8019: Diabetic patient with most recent low-density lipoprotein (within the last 12 months) documented as greater than or equal to 100 mg/dl OR CPT Cat II code 3049F: Most recent LDL-C 100-129 mg/dL OR CPT Cat II code 3050F: Most recent LDL-C > 130 mg/dL --G8021: Clinician documented that diabetic patient was not eligible candidate for low-density lipoprotein measure OR CPT Cat II code 3048F WITH modifier 1P, 2P, or 3P: Most recent LDL-C < 100 mg/dL with exclusion --G8022: Clinician has not provided care for the diabetic patient for the required time for low-density lipoprotein measure (12 months)</p>
<p>High blood pressure control in patient with Type I or Type II diabetes mellitus</p>	<p>--G8024: Diabetic patient with most recent blood pressure (within the last 12 months) documented less than 140 systolic and less than 80 diastolic OR CPT Cat II code 3076F: Most recent systolic blood pressure < 140 mm Hg AND CPT Cat II code 3078F: Most recent diastolic blood pressure < 80 mm Hg --G8023: Diabetic patient with most recent blood pressure (within the last 12 months) documented as equal to or greater than 140 systolic or equal to or greater than 80 mmHg diastolic OR CPT Cat II code 3077F: Most recent systolic blood pressure > 140 mm Hg AND CPT Cat II code 3079F: Most recent diastolic blood pressure 80-89 mm Hg OR CPT Cat II code 3077F: Most recent systolic blood pressure > 140 mm Hg AND CPT Cat II code 3080F: Most recent diastolic blood pressure > 90 mm Hg --G8025: Clinician documented that the diabetic patient was not an eligible candidate for blood pressure measure OR CPT Cat II code 3076F WITH modifier 1P, 2P, or 3P: Most recent systolic blood pressure < 140 mm Hg with exclusion AND CPT Cat II code 3078F WITH modifier 1P, 2P, or 3P: Most recent diastolic blood pressure < 80 mm Hg with exclusion --G8026: Clinician has not provided care for the diabetic patient for the required time for blood pressure measure (within the last 12 months)</p>

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

Measure	G-Code/Descriptions
<p>Angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin-receptor blocker therapy for left ventricular systolic dysfunction</p>	<p>--G8027: Heart failure patient with left ventricular systolic dysfunction (LVSD) documented to be on either angiotensin-converting enzyme-inhibitor or angiotensin-receptor blocker (ACE-I or ARB) therapy OR CPT Cat II code 4009F: Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor or angiotensin receptor blocker (ARB) therapy prescribed</p> <p>--G8028: Heart failure patient with left ventricular systolic dysfunction (LVSD) not documented to be on either angiotensin-converting enzyme-inhibitor or angiotensin-receptor blocker (ACE-I or ARB) therapy</p> <p>--G8029: Clinician documented that heart failure patient was not an eligible candidate for either angiotensin-converting enzyme-inhibitor or angiotensin-receptor blocker (ACE-I or ARB) therapy measure OR CPT Cat II code 4009F WITH modifier 1P, 2P, or 3P: Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor or angiotensin receptor blocker (ARB) therapy prescribed with exclusion</p>
<p>Beta-blocker therapy for patient with prior myocardial infarction</p>	<p>--G8033: Prior myocardial infarction - coronary artery disease patient documented to be on beta-blocker therapy OR CPT Cat II code 4006F: Beta-blocker therapy prescribed</p> <p>--G8034: Prior myocardial infarction - coronary artery disease patient not documented to be on beta -blocker therapy</p> <p>--G8035: Clinician documented that prior myocardial infarction - coronary artery disease patient was not an eligible candidate for beta - blocker therapy measure or the patient had no prior myocardial infarction OR CPT Cat II code 4006F WITH modifier 1P, 2P, or 3P: Beta-blocker therapy prescribed with exclusion</p>
<p>Assessment of elderly patients for falls</p>	<p>--G8055: Patient documented for the assessment for falls within last 12 months</p> <p>--G8054: Patient not documented for the assessment for falls within last 12 months</p> <p>--G8056: Clinician documented that patient was not an eligible candidate for the falls assessment measure within the last 12 months</p>
<p>Dialysis dose in end stage renal disease patient</p>	<p>--G8075: End-stage renal disease patient with documented dialysis dose of URR greater than or equal to 65% (or Kt/V greater than or equal to 1.2)</p> <p>--G8076: End-stage renal disease patient with documented dialysis dose of URR less than 65% (or Kt/V less than 1.2)</p> <p>--G8077: Clinician documented that end-stage renal disease patient was not an eligible candidate for URR or Kt/V measure</p>
<p>Hematocrit level in end stage renal disease patient</p>	<p>--G8078: End-stage renal disease patient with documented hematocrit greater than or equal to 33 (or hemoglobin greater than or equal to 11)</p> <p>--G8079: End-stage renal disease patient with documented hematocrit less than 33 (or hemoglobin less than 11)</p> <p>--G8080: Clinician documented that end-stage renal disease patient was not an eligible candidate for hematocrit (hemoglobin) measure</p>
<p>Receipt of autogenous arteriovenous fistula in end-stage renal disease patient requiring hemodialysis</p>	<p>--G8081: End-stage renal disease patient requiring hemodialysis vascular access documented to have received autogenous AV fistula</p> <p>--G8082: End-stage renal disease patient requiring hemodialysis documented to have received vascular access other than autogenous AV fistula</p> <p>--G8085: End-stage renal disease patient requiring hemodialysis vascular access was not an eligible candidate for autogenous AV fistula</p>
<p>Antidepressant medication</p>	<p>--G8126: Patient documented as being treated with antidepressant medication during the entire 12 week</p>

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

Measure	G-Code/Descriptions
Antidepressant medication during acute phase for patient diagnosed with new episode of major depression	<p>--G8126: Patient documented as being treated with antidepressant medication during the entire 12 week acute treatment phase</p> <p>--G8127: Patient not documented as being treated with antidepressant medication during the entire 12 weeks acute treatment phase</p> <p>--G8128: Patient was not treated with antidepressant medication or was not an eligible candidate for completion of the entire 12 week acute treatment phase</p>
Antibiotic prophylaxis in surgical patient	<p>--G8152: Patient documented to have received antibiotic prophylaxis one hour prior to incision time (two hours for vancomycin and fluoroquinolone)</p> <p>--G8153: Patient not documented to have received antibiotic prophylaxis one hour prior to incision time (two hours for vancomycin and fluoroquinolone)</p> <p>--G8154: Clinician documented that patient was not an eligible candidate for antibiotic prophylaxis one hour prior to incision time (two hours for vancomycin and fluoroquinolone) measure</p>
Thromboembolism prophylaxis in surgical patient	<p>--G8155: Patient with documented receipt of thromboembolism prophylaxis</p> <p>--G8156: Patient without documented receipt of thromboembolism prophylaxis</p> <p>--G8157: Clinician documented that patient was not an eligible candidate for thromboembolism prophylaxis measure</p>
Use of internal mammary artery in coronary artery bypass graft surgery	<p>--G8158: Patient documented to have received coronary artery bypass graft with use of internal mammary artery</p> <p>--G8159: Patient documented to have received coronary artery bypass graft without use of internal mammary artery</p> <p>--G8160: Clinician documented that patient was not an eligible candidate for coronary artery bypass graft with use of internal mammary artery measure</p>
Pre-operative beta blocker for patient with isolated coronary artery bypass graft	<p>--G8161: Patient with isolated coronary artery bypass graft documented to have received pre-operative beta-blockade OR CPT Cat II code 4006F: Beta-blocker therapy prescribed</p> <p>--G8162: Patient with isolated coronary artery bypass graft not documented to have received pre-operative beta-blockade</p> <p>--G8163: Clinician documented that patient with isolated coronary artery bypass graft was not an eligible candidate for pre-operative beta-blockade measure OR CPT Cat II code 4006F WITH modifier 1P, 2P, or 3P: Beta-blocker therapy prescribed with exclusion</p>

Pub. MM5036/Trans. R43DEMO/CR 5036 & 4183/04-15-06/mlv

CAMBIO AL DESCRIPTOR AMPLIO DEL CÓDIGO HCPCS Q4080

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 a los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), incluyendo a los Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés), por servicios relacionados al tratamiento de inhalación ILOPROST brindados a beneficiarios de Medicare.

CHANGE IN THE LONG DESCRIPTOR FOR HCPCS CODE Q4080

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 related to ILOPROST inhalation treatment of Medicare beneficiaries.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Acción Necesaria Por Parte del Proveedor

Este artículo está basado en la Petición de Cambio (CR) 4324, la cual provee información sobre la revisión al descriptor del código de dosificación Q4080. Esta es una Petición de Cambio (CR) no relacionada a sistemas.

Trasfondo

Los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) establecieron el código HCPCS Q4089, con fecha de vigencia del 1 de julio de 2005, con un descriptor de código que leía como sigue:

“ILOPROST, SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN, ADMINISTRADA A TRAVÉS DE DME, 20 MICROGRAMOS.”

A partir del 1 de enero de 2006, el descriptor amplio para el código HCPCS Q4080 leerá como sigue:

“ILOPROST, SOLUCION PARA INHALACION, ADMINISTRADA A TRAVÉS DE DME, HASTA UN MÁXIMO DE 20 MCG.”

El descriptor breve para el Código HCPCS Q4080 continuará leyendo:

“Iloprost, solución para inhalación.”

El CR4324 aclara respecto al cambio efectuado en el descriptor amplio para el Código HCPCS Q4080 que entró en vigencia el 1 de enero de 2006.

Implementación

La fecha de implementación para este artículo es el 13 de marzo de 2006.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial enviada por Medicare al Contratista/DMERC/Intermediario/RHHI referente a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R209OTN.pdf>

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Billing Policies

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4324, which provides information on the revised code dosage descriptor for Q4080. This is a non-systems change CR.

Background

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) established Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) code Q4080 that was effective July 1, 2005, with a code descriptor that read:

“ILOPROST, INHALATION SOLUTION, ADMINISTERED THROUGH DME, 20 MICROGRAMS.”

Effective January 1, 2006, the long code descriptor for HCPCS code Q4080 will read:

“ILOPROST, INHALATION SOLUTION, ADMINISTERED THROUGH DME, UP TO 20 MCG.”

The short descriptor for HCPCS code Q4080 will continue to read:

“Iloprost inhalation solution.”

CR4324 provides clarification on the change in the long descriptor for HCPCS code Q4080 effective January 1, 2006.

Implementation

The implementation date for the instruction is March 13, 2006.

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/DMERC/intermediary/RHHI regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R209OTN.pdf> on the CMS web site.

Pub. MM4324 / Trans R209OTN / CR4324 / 02-10-06 / mlv RRC

Políticas de Pago

MÉTODO DE FACTURACIÓN PARA EL FACTOR HEMOFÍLICO

Este artículo provee clarificación para facturar correctamente los códigos para el factor hemofílico. Medicare Parte B procesará los códigos facturados basándose en las Unidades Internacionales (I.U. por sus siglas en inglés) de medicamentos administrados:

J7190 Factor VIII (anti-hemophilic factor, human) per IU

J7191 Factor VIII (anti-hemophilic factor, porcine) per IU

J7192 Factor VIII (anti-hemophilic factor, recombinant) per IU

J7193 Factor IX (anti-hemophilic factor, purified, non-recombinant) per IU

J7194 Factor IX complex, per IU

J7195 Factor IX (anti-hemophilic factor, recombinant) per IU

J7197 Antithrombin III (human), per IU
J7198 Anti-inhibitor, per IU

Los factores hemofílicos son facturados al Contratista por IU. Para simplificar el método de facturar, las reclamaciones deben ser facturadas con el total de unidades administradas en el encasillado 19 de la forma CMS 1500 (o su equivalente en EMC) y un número (1) en el encasillado 24G. La reclamación será procesada manualmente basándose en el total de unidades que se describa en el encasillado 19. Se debe tener en cuenta que si la información no se provee en el encasillado 19, se solicitará información al proveedor del servicio y el pago podría retrasarse.

En el siguiente ejemplo se ilustra como facturar en la forma CMS 1500 el factor hemofílico:

Billing Policies

CODING GUIDELINES FOR HEMOPHILIA DRUGS

This article provides clarification of the coding guidelines for hemophilia drugs. Medicare Part B will process the following procedures based on each international unit (I.U.) of drug administered:

J7190 Factor VIII (anti-hemophilic factor, human) per IU

J7191 Factor VIII (anti-hemophilic factor, porcine) per IU

J7192 Factor VIII (anti-hemophilic factor, recombinant) per IU

J7193 Factor IX (anti-hemophilic factor, purified, non-recombinant) per IU

J7194 Factor IX complex, per IU

J7195 Factor IX (anti-hemophilic factor, recombinant) per IU

J7197 Antithrombin III (human), per IU

J7198 Anti-inhibitor, per IU

Clotting factors are billed to the carrier per IU. To simplify billing methods, Medicare Part B is requesting claims be submitted with the total number of IU administered in item 19 (or the EMC equivalent) and a one (1) in item 24G. The claim will be manually priced based upon the total number of IU indicated in item 19. Please be aware that if the information is not given, a development request will be sent which could result in payment delays.

The following example illustrates how to file a claim on Form CMS 1500 for hemophilia clotting factors.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Ejemplo:

- Procedimiento J7190 (20,250 unidades)
- Encasillado 19: 20,250 IU
- Encasillado 24A: Fecha de servicio (01/01/06)
- Encasillado 24D: Procedimiento (J7190)
- Encasillado 24F: Cargos (\$13,344.75)
- Encasillado 24G: Unidades (1)

Billing Policies

Example:

- Procedure J7190 (20,250 units)
- Item 19: 20,250 IU
- Item 24A: DOS Procedure (01/01/05)
- Item 24D: Procedure (J7190)
- Item 24F: Charges (\$13,344.75)
- Item 24G: Units (1)

19. RESERVED FOR LOCAL USE										20,250 IU		20. OUTSIDE LAB? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		\$ CHARGES					
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY. (RELATE ITEMS 1,2,3 OR 4 TO ITEM 24E BY LINE)										1. _____		3. _____		22. MEDICAID RESUBMISSION CODE		ORIGINAL REF. NO.			
2. _____										4. _____		23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER							
24. A		B			C		D			E		F		G	H	I	J	K	
DATE(S) OF SERVICE		Place of Service			Type of Service		PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances)			DIAGNOSIS CODE		\$ CHARGES		DAYS OR UNITS	EFSDT Family Plan	EMG	COB	RESERVED FOR LOCAL USE	
MM	DD	YY	MM	DD	YY		CPT/HCPCS	MODIFIER											
01	01	06	01	01	06	12	J7190				13,344	75	1						
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER		SSN		EIN		26. PATIENT'S ACCOUNT NO.				27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For gov. claims, see back)		28. TOTAL CHARGE		29. AMOUNT PAID		30. BALANCE DUE			
										<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		\$ 13,344.75		\$		\$ 13,344.75			
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)										32. NAME AND ADDRESS OF FACILITY WHERE SERVICES WERE RENDERED (If other than home or office)									
SIGNED										DATE									
										PIN#		33. PHYSICIAN'S, SUPPLIER'S BILLING NAME, ADDRESS, ZIP CODE & PHONE #						GRP#	

Trans. 1851/CR2037/11-09-04/MRC

TARIFA ESTABLECIDA PARA RADIOFÁRMACOS 2006

En la tablas a continuación se presentan las tarifas para el 2006 de algunos radiofármacos, los que tienen la palabra **"Invoice"**, deberán ser facturados con dicho documento.

De ser facturados sin el **"Invoice"** serán rechazadas por falta de información.

ESTABLISHED FEE FOR RADIOPHARMACEUTICALS 2006

The following tables, includes the 2006 fees of some radiopharmaceuticals, those that have the word **"Invoice"** should be billed including this document.

If you submit a claim without the **"Invoice"**, it will be rejected due to missing information.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

Code	Previous Code	Description	Medicare 2006 Fee	End date Code
A4641		Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Noc	Invoice	
A9500		Supply or Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, Technetium TC-99M Sestamibi, Per Dose	\$121.70	
A9502		Technetium TC-99M Tetrofosmin, Per Unit	Invoice	
A9503		Technetium TC-99M, Medronate, Up to 30 MCI	\$18.91	
A9504		Technetium TC-99M Apcitide	\$475.00	
A9505		Thallous Chloride TI201, Per MCI	\$33.23	
A9507		Indium In 111 Capromab Pendetide, Per Dose	Invoice	
A9508		Iobenguane Sulfate I-131, Per 0.5 MCI	\$288.10	
A9510		Technetium TC99m Disofenin, Per Vial	\$43.54	
A9512		Technetium TC-99m Pertechnetate, Diagnostic, Per Millicurie	\$0.62	
A9516		Iodine I-123 Sodium Iodide Capsule(S), Diagnostic, Per 100 Microcuries	\$103.47	
A9517		Iodine I-131 Sodium Iodide Capsule(S), Therapeutic, Per Millicurie	\$15.77	
A9518		I-131 Sodium Iodide Solution, Per Uci		3/31/2004
A9521		Technetium TC-99m Exametazime, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 25 Millicuries	\$567.61	
A9522		Indium-111 Ibritumomab Tiuxetan, Per MCI		12/31/2005
A9524		Iodinated I-131 Serum Albumin, 5 Microcuries	Invoice	
A9526		Ammonia N-13, Per Dose	Invoice	
A9528		Iodine I-131 Sodium Iodide Capsule(S), Diagnostic, Per Millicurie	Invoice	
A9529		Iodine I-131 Sodium Iodide Solution, Diagnostic, Per Millicurie	Invoice	
A9530		Iodine I-131 Sodium Iodide Solution, Therapeutic Per Millicurie	Invoice	
A9531		Iodine I-131 Sodium Iodide, Diagnostic, Per Microcurie (Up to 100 Microcuries)	Invoice	
A9532		Iodine I-125 Serum Albumin, Diagnostic, Per 5 Microcuries	Invoice	
A9533		Supply of Radiopharmaceutical Diagnostic Imaging Agent, I-131 Tositumomab, Per Millicurie		12/31/2005
A9534		Supply of Radiopharmaceutical Therapeutic Imaging Agent, I-131 Tositumomab, Per Millicurie		12/31/2005
A9535		Injection, Methylene Blue, 1 MI	\$0.31	
A9536	A9511 (12/31/05)	Technetium TC-99m Depreotide, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 35 Millicuries	\$565.96	
A9537	A9513 (12/31/05)	Technetium TC-99m Mebrofenin, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 15 Millicuries	Invoice	
A9538	A9514 (12/31/05)	Technetium TC-99m Pyrophosphate, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 25 Millicuries	\$32.84	
A9539	A9515 (12/31/05)	Technetium TC-99m Pentetate, Diagnostic, Perstudy Dose, Up To 25 Millicuries	\$16.25	
A9540	A9519 (12/31/05)	Technetium TC-99m Macroaggregated Albumin, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 10 Millicuries	\$21.69	

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

Code	Previous Code	Description	Medicare 2006 Fee	End date Code
A9541	A9520 (12/31/05)	Technetium TC-99m Sulfur Colloid, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 20 Millicuries	Invoice	
A9542		Indium In-111 Ibritumomab Tiuxetan, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 5 Millicuries	Invoice	
A9544		Iodine I-131 Tositumomab, Diagnostic, Per Study Dose	\$132.10	
A9546		Cobalt Co-57/58, Cyanocobalamin, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 1 Microcurie	Invoice	
A9547		Indium In-111 Oxyquinoline, Diagnostic, Per 0.5 Millicurie	\$291.61	
A9548		Indium In-111 Pentetate, Diagnostic, Per 0.5 Millicurie	\$274.21	
A9549		Technetium TC-99m Arcitumomab, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 25 Millicuries	Invoice	
A9550		Technetium TC-99m Sodium Gluceptate, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 25 Millicurie	Invoice	
A9551		Technetium TC-99m Succimer, Diagnostic, Per Study Dose, Up To 10 Millicuries	\$126.63	
A9552		Fluorodeoxyglucose F-18 Fdg, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 45 Millicuries	(Invoice) \$ 490.00	
A9553		Chromium Cr-51 Sodium Chromate, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 250 Microcuries	\$403.22	
A9554		Iodine I-125 Sodium Iothalamate, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 10 Microcuries	Invoice	
A9555		Rubidium Rb-82, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 60 Millicuries	Invoice	
A9556		Gallium Ga-67 Citrate, Diagnostic, Per Millicurie	\$31.53	
A9557		Technetium TC-99m Biscate, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 25 Millicuries	Invoice	
A9558		Xenon Xe-133 Gas, Diagnostic, Per 10 Millicuries	\$38.96	
A9559		Cobalt Co-57 Cyanocobalamin, Oral, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 1 Microcurie	Invoice	
A9560		Technetium TC-99m Labeled Red Blood Cells, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 30 Millicuries	\$114.00	
A9561		Technetium TC-99m Oxidronate, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 30 Millicuries	Invoice	
A9562		Technetium TC-99m Mertiatide, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 15 Millicuries	Invoice	
A9565		Indium In-111 Pentetate, Diagnostic, Per Millicurie	\$744.80	
A9566		Technetium TC-99m Fanolesomab, Diagnostic, Per Study Dose, Up to 25 Millicuries	Invoice	
A9567		Technetium TC-99m Pentetate, Diagnostic, Aerosol, Per Study Dose, Up to 75 Millicuries	Invoice	
A9698		Non-Radioactive Contrast Imaging Material, Not Otherwise Classified, Per Study	Invoice	

Trans. 738/CR 4053/11-1-2005/mr-Reimbursement

Políticas de Pago

MEDICAMENTOS NO CLASIFICADOS

Los siguientes medicamentos inyectables no tienen un código establecido por los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), pero pueden facturarse al Programa Medicare al utilizar el código J3490 para la primera tabla y el código J9999 para la segunda tabla.

CÓDIGO J3490 CODE J3490		
Medicamentos Drugs	Dosis Dosage	Tarifa Fee
Famotidine (Pepcid)	10 mg/ml	\$0.27
Verapamil HCL(Isoptin)	2.5 mg/ml	\$0.41
Nitroglycerin(Tridil)	5 mg/ml	\$0.06
Cimetidine (Tagamet)	150 mg/ml	\$0.51
Cimetidine (Tagamet)	300 mg/ml	\$0.97
Cimetidine (Tagamet)	400 mg/ml	\$2.90
Enalaprilat (Vasotec)	1.25 mg/ml	\$4.50
Orencia (abatacept)	250 mg/ml	\$433.90
CÓDIGO J9999 CODE J9999		
Medicamentos Drugs	Dosis Dosage	Tarifa Fee
Pegasys - Peginterfero alfa-2a	1ml single dose vial	\$296.82

Para facturar estos medicamentos es necesario que se indique en la reclamación (forma CMS 1500) en el encasillado 19 o su equivalente en el formato de facturación electrónica la siguiente información:

- Nombre del Medicamento
- Concentración y dosis administrada

A continuación los códigos HCPCS asignados a los siguientes medicamentos previamente clasificados como nuevos.

Código Nuevo New Code	Medicamento Drug	Fecha efectividad Effective date
J9395	Faslodex 250 mg/ml	1/1/2004
J9263	Eloxatin - Oxaliplatin for injection	1/1/2004
J9041	Velcade(Bortezomib) 3.5 mg/ml	1/1/2005
J9055	ERBITUX (Cetuximab) 50mg /100ml	1/1/2005
J7192	ADVATE rAHF-PFM	7/25/2005
J9035	AVASTIN(Bevacizumab) 100 mg / 400 mg	1/1/2005
J9305	Alimta (Pemetrexed)	1/1/2005
J9225	Histrelin Implant 5mg	1/1/2006
J2780	Ranitidine Hydrochloride (Zantac) 50mg / 2ml	1/1/2006
J2805	Kinevac (CCK) 5mcg	1/1/2006
J9025	Vidaza (Azacitidine) 1mg	1/1/2006
J2503	Macugen (generic name pegaptanib sodium injection)	1/1/2006

Billing Policies

UNCLASSIFIED DRUGS

The following injectable drugs do not have a permanent billing code established by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), but the Medicare Program can be billed using code J3490 for the first table codes and J9999 for the second table codes.

When you submit a claim for any of these drugs, its necessary that you specify on the claim form (CMS 1500) in block 19 or its equivalent electronic claims format the following information:

- Name of the Drug*
- Concentration and dose administered*

The following HCPCS codes were assigned to previously unlisted drugs mentioned bellow.

Políticas de Pago

ACTUALIZACIÓN DE LA LISTA DE CÓDIGOS DE TERAPIA

Proveedores Afectados

Terapeutas en práctica privada, médicos, suplidores y proveedores de servicios de terapia, que facturan a los Contratistas de Medicare y/o a Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés), incluyendo a los Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés) por concepto de servicios de terapia de rehabilitación.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4226, que implementa cambios en la política discutida en la reglamentación final del “*Outpatient Prospective Payment System*” (OPPS) para el Año Calendario 2006. Incluye, además, la determinación final para el Año Calendario 2006 del Manual de Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés).

Lo Que Necesita Saber

El CR4226 describe los cambios a las políticas de pago, así como las instrucciones de facturación respecto a las mismas, por concepto de servicios de terapia de rehabilitación, incluyendo terapia física, terapia ocupacional y terapia de patología del habla-lenguaje. También actualiza la lista de códigos que algunas veces o siempre describen los servicios de terapia y las políticas relacionadas.

Lo Necesita Hacer

Para más detalles relacionados a estos cambios, refiérase a la sección Trasfondo de este artículo.

Trasfondo

La Ley del Seguro Social (Sección 1834(k)(5)) requiere que todas las reclamaciones para los servicios de terapia de rehabilitación y todos los servicios denominados “Comprehensive Outpatient Facility” (CORF) se reporten bajo un sistema de codificación uniforme.

Billing Policies

ANNUAL UPDATE TO THE THERAPY CODE LIST

Provider Types Affected

Private practicing therapists, physicians, suppliers, and providers of therapy services billing Medicare carriers and/or fiscal intermediaries (FIs), including regional home health intermediaries (RHHIs) for rehabilitation therapy services.

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4226, which implements policy changes discussed in the Outpatient Prospective Payment System (OPPS) final rule for Calendar Year (CY) 2006 and the Medicare physician fee schedule (MPFS) final rule for CY2006.

What You Need to Know

CR4226 describes changes to, and billing instructions for, payment policies for rehabilitation therapy services, including physical therapy, occupational therapy and speech-language pathology. It also updates the list of codes that sometimes or always describe therapy services and their associated policies.

What You Need to Do

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

Background

The Social Security Act (Section 1834(k)(5)) requires that all claims for outpatient rehabilitation therapy services and all Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) services be reported using a uniform coding system.

Políticas de Pago

El Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud/Manual de Códigos de Procedimientos 2006, Cuarta Edición, (HCPCS/CPT-4), es el sistema de codificación que se utiliza para reportar estos servicios. El requisito de codificación uniforme en la Ley del Seguro Social es específico para el pago de todos los servicios CORF y servicios de terapia de rehabilitación que se proveen y facturan a Contratistas e Intermediarios Fiscales incluyendo:

- Terapia Física
- Terapia Ocupacional y
- Patología del Habla-Lenguaje

Puede encontrar la Sección 1834(k)(5) del Acta del Seguro Social en el siguiente enlace: http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1834.htm.

El Manual de Tarifas Fijas de Medicare Para Médicos (MPFS por sus siglas en inglés) se utiliza para realizar pagos por estos servicios de terapia basado en tarifas de Instalación No-Hospitalaria. Los siguientes “proveedores de servicios de terapia” deben facturar a su FI o RHHI por los servicios de rehabilitación ambulatoria utilizando los códigos HCPCS:

- Hospitales (para pacientes hospitalizados o ambulatorios que no tienen cubierta de estadía bajo la Parte A¹).
- Centros de Enfermería Especializada (SNFs por sus siglas en inglés), (a residentes que no tienen cubierta de estadía bajo la Parte A y a no-residentes que reciben servicios ambulatorios de rehabilitación desde un SNF).

¹ Los requisitos para hospitales y SNFs aplican a servicios de pacientes hospitalizados de la Parte B y a los servicios de pacientes ambulatorios solamente. Los servicios de la Parte A para pacientes hospitalizados están englobados en el pago de sus respectivos sistemas de pago prospectivo. No se realizan pagos por separado.

Billing Policies

The Healthcare Common Procedure Coding System/Current Procedural Terminology, 2006 - Fourth Edition (HCPCS/CPT-4), is the coding system used for the reporting of these services. The uniform coding requirement in the Social Security Act is specific to payment for all CORF services and outpatient rehabilitation therapy services that are provided and billed to carriers and fiscal intermediaries (FIs) including:

- *Physical therapy;*
- *Occupational therapy; and*
- *Speech-language pathology.*

Section 1834(k)(5) of the Social Security Act can be found at http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1834.htm

The Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) is used to make payment for these therapy services at the nonfacility rate. The following “providers of therapy services” must bill the FI/RHHI for outpatient rehabilitation services using HCPCS codes:

- *Hospitals (to outpatients and inpatients who are not in a covered Part A1 stay¹);*
- *Skilled nursing facilities (SNFs) (to residents not in a covered Part A stay and to nonresidents who receive outpatient rehabilitation services from the SNF);*

¹*The requirements for hospitals and SNFs apply to inpatient Part B and outpatient services only. Inpatient Part A services are bundled into the respective prospective payment system payment; no separate payment is made.*

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Agencias de Salud en el Hogar (HHAs por sus siglas en inglés) (a individuos que no se dirigen a un programa residente o que, de otra forma, no están recibiendo servicios bajo un plan de cuidado de servicios en el hogar² (POC));
- Centros de rehabilitación ambulatoria completos (CORFs por sus siglas en inglés); y
- Proveedores de terapia física ambulatoria y servicios de patología del habla-lenguaje (OPSTs por sus siglas en inglés), también conocidos como agencias de rehabilitación (previamente conocidos como centros de rehabilitación ambulatoria).

Los siguientes profesionales de la salud deben facturar a los contratistas por los servicios ambulatorios de terapia de rehabilitación utilizando los siguientes códigos.

- Terapeutas físicos en práctica privada (PTTPs por sus siglas en inglés)
- Terapeutas ocupacionales en práctica privada (OTTOs por sus siglas en inglés)
- Médicos, incluyendo MDs, DOs, podiatras y optómetras;y
- Ciertos profesionales de la salud (NPPs por sus siglas en inglés), actuando dentro del alcance de su práctica en ese estado, por ejemplo, enfermeras prácticas y especialistas en enfermería clínica.

Requisitos del CR4226

La Petición de Cambio (CR) 4226:

- Describe los cambios a las políticas de pago, así como las instrucciones de facturación respecto a las mismas para servicios de terapia en rehabilitación, incluyendo terapia física, terapia ocupacional y patología del habla-lenguaje.

² Para los HHAs se requiere codificación HCPCS/CPT para los servicios ambulatorios de rehabilitación solamente cuando el HHA provee dicho servicio a individuos que no están confinados al hogar y que por lo tanto no están bajo un plan de cuidado de salud en el hogar.

Billing Policies

- *Home health agencies (HHAs) (to individuals who are not homebound or otherwise are not receiving services under a home health plan of care² (POC));*
- *Comprehensive outpatient rehabilitation facilities (CORFs); and*
- *Providers of outpatient physical therapy and speech-language pathology services (OPTs), also known as rehabilitation agencies (previously termed outpatient rehabilitation facilities).*

The following practitioners must bill the carriers for outpatient rehabilitation therapy services using HCPCS/CPT codes:

- *Physical therapists in private practice (PTPPs);*
- *Occupational therapists in private practice (OTPPs);*
- *Physicians, including MDs, DOs, podiatrists and optometrists; and*
- *Certain nonphysician practitioners (NPPs), acting within their state scope of practice, e.g., nurse practitioners and clinical nurse specialists.*

CR4226 Requirements

Change Request (CR) 4226:

- *Describes changes to, and billing instructions for, payment policies for rehabilitation therapy services, including physical therapy, occupational therapy and speech-language pathology;*

²For HHAs, HCPCS/CPT coding for outpatient rehabilitation services is required only when the HHA provides such service to individuals that are not homebound and, therefore, not under a Home Health plan of care.

Cont. on next page

Políticas de Pago

- Actualiza la lista de códigos que algunas veces o siempre describen servicios de terapia y las políticas relacionadas; y
- Refleja cambios en la política implementada en (a) la reglamentación final del Sistema de Pago Prospectivo para Servicios Ambulatorios (OPPS) para el año calendario 2006, y (b) la reglamentación final de las Tarifas Fijas de Medicare para Médicos (MPFS) para el año calendario 2006.

Otras políticas que forman parte del CR4226 corrigen o aclaran la política señalada previamente en el CR3647 (Transmisión 515, del 1 de abril de 2005).

La lista de códigos de terapia y las políticas relacionadas para el Año Calendario 2006 se actualizan por medio del CR4226, según se describe a continuación.

Puede encontrar el CR3647 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R515CP.pdf>. Puede revisar el artículo Medlearn Matters que corresponde al CR3647 en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/MM3647.pdf>

Servicios de Manejo Ortótico y Protético

Para crear una nueva categoría bajo la sección de medicina física y servicios de rehabilitación, HCPCS/CPT modificó los descriptores para uno de estos códigos, CPT 97504 (2005), y el mismo fue reenumerado junto con otros dos códigos HCPTS/CPT.

La nueva lista de códigos de terapia remueve los siguientes códigos del Año Calendario 2005: 97504, 97520 y 97703; los sustituye con los códigos CPT 99760, 97761 y 97762, respectivamente, para el uso en el Año Calendario 2006. La siguiente tabla contiene una lista de códigos CPT del Año Calendario 2006 y el nuevo descriptor breve para el código CPT 97760:

Billing Policies

- *Updates the list of codes that sometimes or always describe therapy services and their associated policies; and*
- *Reflects policy changes implemented in (a) the Outpatient Prospective Payment System (OPPS) final rule for CY 2006 and (b) the Medicare Physician Fee Schedule (MPFS) final rule for CY 2006.*

Other policies contained in CR4226 correct or clarify the previous policy noted in CR3647 (Transmittal 515 dated April 1, 2005).

The therapy code list and associated policies for CY 2006 is updated by CR4226 as described below.

CR3647 can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R515CP.pdf> on the CMS web site. The MLN Matters article that corresponds to CR3647 can be reviewed at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/MM3647.pdf> on the CMS web site.

Orthotic Management and Prosthetic Management Services

In order to create a new category under the section for physical medicine and rehabilitation services, HCPCS/CPT modified the descriptors of one of these codes, CPT 97504 (2005), and renumbered it as well as two other HCPCS/CPT codes.

The new therapy code list removes the CY 2005 CPT codes 97504, 97520 and 97703, and replaces them with CPT codes 97760, 97761 and 97762, respectively, for use in CY 2006. The following table contains a list of the added CY 2006 CPT codes and the new short descriptor for CPT code 97760:

Cont. on next page

Políticas de Pago

Billing Policies

2006 Code	2006 Short Descriptor	2005 Code
97760	Orthotic management and training	97504
97761	Prosthetic training	97520
97762	C/o for orthotic/prosth use	97703

Servicios de Manejo y Cuidado de Heridas Activas

La lista de códigos de terapia contiene cinco (5) códigos HCPCS/CPT que representan servicios de cuidado de heridas activas: códigos CPT 97602, 97605, 97606, 97597 y 97598. Tres de estos códigos CPT para cuidado de heridas (97602, 97605, y 97606) fueron previamente señalados como servicios “englobados”, para propósito de pago, bajo el MPFS y representados como servicios “siempre terapia”. Para el Año Calendario 2006, estos tres códigos se cambiaron a servicios “algunas veces de terapia”. Mientras que el código CPT 97602 permanece como servicio “englobado” bajo el MPFS, los códigos CPT 97605 y 97606, que representan servicios de presión negativa para terapia de heridas, ahora son códigos activos y valorizados bajo el MPFS.

Excepto para hospitales sujetos al Sistema de Pago Prospectivo Ambulatorio (OPPS por sus siglas en inglés), como se describe más adelante, los requisitos aplican para servicios “algunas veces de terapia”. Estos requisitos se describen en más detalle en la Publicación 110-04, Capítulo 5, Sección 20, del *Medicare Claims Processing Manual*, el cual se encuentra disponible en el enlace: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>

Se está implementando una nueva política de pago para hospitales pagados bajo el sistema OPPS para estos cinco códigos de cuidado de lesiones HCPCS/CPT - 97602, 97605, 97606, 97597 y 97598, y se añade el indicador “ε” como una nota a la lista de códigos. El indicador “ε” significa que estos códigos representan servicios “algunas veces de terapia” y se pagarán bajo el sistema OPPS cuando (a) el servicio no lo realizó un terapeuta (por ejemplo, bajo el beneficio de terapia); y (b) resulta inapropiado facturar el servicio bajo un plan de cuidado de terapia.

Active Wound Care Management Services

The therapy code list contains five (5) HCPCS/CPT codes that represent active wound care services: CPT codes 97602, 97605, 97606, 97597 and 97598. Three of these CPT codes for wound care (97602, 97605, and 97606) were previously noted as “bundled” services for payment purposes under the MPFS and represented “always therapy” services. For CY 2006, these three codes were changed to “sometimes therapy” services. While CPT code 97602 remains a bundled service under the MPFS, CPT codes 97605 and 97606, which represent services for negative pressure wound therapy, are now valued and active codes under the MPFS.

Except as noted below for hospitals subject to the Outpatient Prospective Payment System (OPPS), the requirements for “sometimes therapy” apply. These requirements are described in more detail in Publication 100-04, Chapter 5, Section 20, of the Medicare Claims Processing Manual. That manual is available at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage> on the CMS web site.

A new payment policy for hospitals paid under the OPPS is being implemented for these five wound care HCPCS/CPT codes – 97602, 97605, 97606, 97597, and 97598, and the indicator “ε” is being added as a note to the code list. The indicator “ε” signifies that these codes represent “sometimes therapy” services and will be paid under the OPPS when (a) the service is not performed by a therapist (i.e., under the therapy benefit); and (b) it is inappropriate to bill the service under a therapy plan of care.

Cont. on next page

Políticas de Pago

El cuidado de heridas provisto, que satisface los dos requisitos, no debe facturarse con el modificador de la terapia (por ejemplo: GP, G0, o GN) o un código de terapia de ingreso (por ejemplo: 42X, 43X, o 44X). En relación a los otros códigos para “*terapia algunas veces*”, estos servicios se consideran servicios de terapia (por ejemplo: bajo el beneficio de terapia) cuando se ofrecen por un terapeuta.

También se consideran servicios de terapia cuando los ofrecen médicos u otros profesionales de la salud que no son terapeutas, en situaciones donde el servicio provisto está integrado a un plan de cuidado en una terapia de rehabilitación ambulatoria. Cuando tales servicios son servicios de terapia, según se describe anteriormente, se requiere el modificador apropiado en relación a la terapia.

Billing Policies

Wound care provided, which meets these two requirements, should not be billed with a therapy modifier (e.g., GP, G0, or GN) or a therapy revenue code (e.g., 42X, 43X, or 44X). As for other “sometimes therapy” codes, these services are considered therapy services (i.e.; under the therapy benefit) when rendered by a therapist.

They are also considered therapy services when rendered by physicians and nonphysician practitioners who are not therapists in situations where the service provided is integral to an outpatient rehabilitation therapy plan of care. When such services are therapy services as noted above, the appropriate therapy modifier is required.

2006 Status	HCPSC/CPT Code	Short Descriptor	2005 Status
Bundled service for payment purposes under the MPFS; sometimes therapy service.	97602	Wound (s) care, non-selective	Bundled service for payment purposes under the MPFS; always therapy service.
Valued and active code under the MPFS; sometimes therapy service.	97605	Neg press wound tx, < 50 cm	Bundled service for payment purposes under the MPFS; always therapy service.
Valued and active code under the MPFS; sometimes therapy service.	97606	Neg press wound tx, > 50 cm	Bundled service for payment purposes under the MPFS; always therapy service.
Sometimes therapy service.	97597	Active wound care/20 cm or <	Sometimes therapy service.
Sometimes therapy service.	97598	Active wound care > 20 cm	Sometimes therapy service.

Tarifa del Contratista para Códigos de Terapia No Especificados

La política 2006 añade la Nota “◊” a los códigos HCPSC/CPT 97039 y 97139, con el fin de indicar que los pagos MPFS han cambiado a “precios establecidos por el contratista” (*carrier-pricing*) y estos dos (2) códigos ya no serán pagados utilizando unidades de valor relativo listadas en el *Addendum B* de la disposición final MPFS para el año 2006.

Carrier Pricing of Unspecified Therapy Codes

The 2006 policy adds Note “◊” to HCPSC/CPT codes 97039 and 97139 to indicate that the MPFS payment has changed to carrier-pricing and these two codes will no longer be paid using the relative values units previously listed in Addendum B of the 2006 MPFS final rule.

Cont. on next page

Políticas de Pago

Al igual que otros servicios que son valorados por el contratista, donde los códigos HCPCS/CPT no describen exactamente los servicios realizados, el proveedor somete la información a la revisión del contratista para describir la modalidad “no especifica” del procedimiento de terapia realizado.

Además de una descripción detallada del servicio para el código CPT 97039, la información sometida al contratista debe especificar el tipo de modalidad utilizada y si la modalidad requiere la constante atención del terapeuta. También se debe indicar el tiempo invertido por el terapeuta en la reunión cara a cara con el beneficiario.

Para el código CPT 97139, la información suministrada al contratista debe especificar el procedimiento sometido, y también debe cumplir con otros requisitos para procedimientos de terapia; por ejemplo, el proceso de efectuar cambios, a través de la aplicación de destrezas clínicas o servicios que intentan mejorar la función. Los códigos CPT 97039 y 97139 permanecen designados como “siempre de terapia” y requieren el uso de un modificador GP o GO, según sea apropiado.

Billing Policies

As with other carrier-priced services, where an existing HCPCS/CPT code does not accurately describe the services performed, the provider submits information, for the contractor’s review, to describe the “unspecified” modality(s) or therapeutic procedure(s) performed.

In addition to a detailed service description for CPT code 97039, information submitted to the contractor must specify the type of modality utilized and, if the modality requires the constant attendance of the therapist, the time spent by the therapist one-on-one with the beneficiary must also be noted.

For CPT code 97139, the information supplied to the carrier must specify the procedure furnished and also meet the other requirements for therapeutic procedures, i.e., the process of effecting change, through the application of clinical skills or services that attempt to improve function. CPT codes 97039 and 97139 remain designated as “always therapy” and require the use of the GP or GO modifier, as appropriate.

HCPCS/CPT Code	Short Descriptor
97039	Physical therapy treatment
97139	Physical medicine procedure

Habla, Lenguaje, Voz, Comunicación y/o Procesamiento Auditivo

La política del 2006 ha creado un indicador “**Δ**” para resaltar que los descriptores de códigos del Año Calendario 2006 fueron revisados para los siguientes códigos CPT: 92506 y 92507. El código 97760 también ha sido marcado con el indicador “**Δ**”. A pesar de que se trata de un código con un número nuevo, el mismo refleja una revisión al descriptor del código al que reemplaza, el Código CPT 97504. Los descriptores 2006 revisados para los códigos 95206 y 95207 son los siguientes:

Speech, Language, Voice, Communication and/or Auditory Processing

*The 2006 policy creates a “**Δ**” indicator to indicate that the CY2006 code descriptors were revised for the following CPT codes: 92506 and 92507. CPT code 97760 is also flagged with the “**Δ**”. Although this code number is new, it reflects a revision to the descriptor of the code it replaces, CPT 97504. The revised 2006 descriptors for 95206 and 95207 are the following:*

2006 Code	2006 Short Descriptor
92506	Speech/hearing evaluation
92507	Speech/hearing therapy

Cont. on next page

Políticas de Pago

Modalidad de Microonda

La política 2006 removi6 los c6digos HCPCS/CPT 96115 y 97020 que fueron eliminados. El c6digo CPT 96115 fue removido para el CY2006. El c6digo CPT 97020, para la modalidad de microonda, fue combinado con el c6digo CPT 97024 para diatermia.

2006 Code	2006 Short Descriptor
97024	Diathermy e.g., microwave

C6digo 0019T

La pol6tica 2006 a6ade el c6digo HCPCS/CPT 0019T, como servicio "algunas veces de terapia" para reemplazar los c6digos HCPCS G0279 y G0280, los cuales fueron removidos para el CY2006. Este c6digo es valorizado por el contratista.

2006 Code	2006 Short Descriptor	2006 Status
0019T	Extracorp shock wv tx, ms nos	Sometimes therapy

Servicios Diagn6sticos

La pol6tica 2006 clarifica en el *Medicare Claims Processing Manual* (Publicaci6n 100-04, Cap6tulo 5, Secci6n 20, Subsecci6n C (C6digos HCPCS Adicionales)), que los c6digos HCPCS/CPT listados, 95860, 95861, 95863, 95864, 95867, 95869, 95870, 95900, 95903, 95904 y 95934 representan servicios diagn6sticos, bajo MPFS, y no representan servicios de terapia, por tanto, no pueden facturarse como tales. Estos c6digos y sus descriptores breves se encuentran en la tabla que sigue:

HCPCS/CPT Code	Short Descriptor	Status under MPFS
95860	Muscle trest, one limb	Diagnostic Service
95861	Muscle test, 2 limbs	Diagnostic Service
95863	Muscle test, 3 limbs	Diagnostic Service
95864	Muscle tesl, 4 limbs	Diagnostic Service
95867	Muscle test cran nerv unilat	Diagnostic Service
95868	Muscle test cran nerve bilat	Diagnostic Service
95869	Muscle test, thor paraspinal	Diagnostic Service
95870	Muscle test, nonparaspinal	Diagnostic Service
95900	Motor nerve conduction test	Diagnostic Service
95903	Motor nerve conduction test	Diagnostic Service
95904	Sense nerve conduction test	Diagnostic Service
95934	H-reflex test	Diagnostic Service

Billing Policies

Microwave Modality

The 2006 policy removes deleted HCPCS/CPT codes 96115 and 97020. CPT 96115 was deleted for CY 2006. CPT code 97020, for the microwave modality, was combined with CPT code 97024 for diathermy.

Code 0019T

The 2006 policy adds HCPCS/CPT code 0019T, as a "sometimes" therapy service, to replace HCPCS codes G0279 and G0280 that were both deleted for CY2006. This code is carrier priced.

Diagnostic Services

The 2006 policy clarifies in the *Medicare Claims Processing Manual* (Publication 100-04, Chapter 5, Section 20, Subsection C (Additional HCPCS Codes)), that the listed HCPCS/CPT codes 95860, 95861, 95863, 95864, 95867, 95869, 95870, 95900, 95903, 95904 and 95934 represent diagnostic services, under MPFS, and do not represent therapy services and cannot be billed as such. Those codes and their short descriptors are in the following table:

Cont. on next page

Políticas de Pago

Código 96110

La política del 2006 remueve la nota “□” para el código CPT 96110, porque ya no es aplicable. La nota “□” indicaba que, vigente el 1 de enero de 2004, el código CPT 96110 se convirtió en un código activo en la tarifa fija para médicos y que los contratistas ya no tendrían a su cargo la valorización de ese código.

HCPCS/CPT Code	Short Descriptor
96110	Developmental test, lim

Resumen

En resumen, el CR4226 instruye al contratista y/o al FI/RHHI a cambiar cualquier política o édito que no es uniforme con las políticas o lista de códigos provistas en la CR4226.

Los cambios señalados en CR4226 son efectivos para servicios provistos a partir del 1 de enero de 2006. Las adiciones, cambios y eliminaciones en la lista de códigos de terapia reflejan aquellos realizados a la lista de códigos HCPCS/CPT correspondiente al Año Calendario 2006.

Implementación

La fecha de implementación de este artículo es el 6 de febrero de 2006.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial sobre este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R805CP.pdf>

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

Billing Policies

Code 96110

The 2006 policy removes the “□” note for CPT code 96110, because it is no longer applicable. The “□” note indicated that, effective January 1, 2004, CPT 96110 became an active code on the physician fee schedule and that carriers no longer priced this code.

Summary

In summary, CR4226 instructs your carrier and/or FI/RHHI to change any policies or edits that are not consistent with the policies or list of codes provided in CR 4226.

The changes noted in CR4226 are effective for services furnished on or after January 1, 2006. The additions, changes, and deletions to the therapy code list reflect those made in the CY 2006 HCPCS/CPT-4.

Implementation

The implementation date for the instruction is February 6, 2006.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/FI/RHHI regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R805CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM4226 / Trans R805CP / CR4226 / 01-06-2006 / mlv/RRC

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

INSTRUCCIONES PARA EL PAGO DE BONIFICACIONES EN HPSAS Y PSAS CUANDO EL LUGAR DE SERVICIO (POS) ES EL HOGAR

Proveedores Afectados

Médicos que facturan a los Contratistas de Medicare por concepto de servicios provistos en el hogar de beneficiarios de Medicare en Áreas de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSAs por sus siglas en inglés) y en Áreas de Escasez de Médicos (PSAs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 4275, la cual provee instrucciones para el pago de bonificaciones HPSA/PSA cuando el Lugar de Servicio (POS por sus siglas en inglés) es el hogar del beneficiario. Este cambio es necesario para permitir que las bonificaciones se paguen correctamente en las reclamaciones HPSA/PSA elegibles para servicios provistos en el “Hogar” como Lugar de Servicio (POS), cuando la dirección donde se prestó dicho servicio no coincide con la dirección indicada en el expediente del beneficiario.

Trasfondo

Cuando un médico provee servicios a un beneficiario de Medicare y el POS es el “Hogar”, se le ha instruido a los Contratistas a utilizar la dirección domiciliaria que tienen registrada en el expediente del beneficiario para determinar elegibilidad para bonificaciones médicas.

Sin embargo, algunas veces esta dirección es una dirección representativa o la dirección postal que no refleja la dirección física del beneficiario. Esto puede causar que las bonificaciones no se paguen o que se paguen incorrectamente.

Health Professional Shortage Area (HPSA)

INSTRUCTIONS FOR THE PAYMENT OF HPSA AND PSA BONUSES WHEN THE PLACE OF SERVICE POS IS HOME

Provider Types Affected

Physicians billing carriers for services provided in the home of Medicare beneficiaries in Health Professional Shortage Areas (HPSAs) and Physician Scarcity Areas (PSAs)

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4275, which provides instructions for the payment of HPSA/PSA bonuses when the Place of Service (POS) is home. This change is necessary to allow bonuses to be paid correctly on HPSA/PSA claims eligible for bonuses that are provided in the POS “Home,” when the address of where the service was rendered does not match what is on the beneficiary’s file.

Background

When a physician provides services to a Medicare beneficiary and the POS is “Home,” carriers have been instructed to use the home address they have recorded in the beneficiary’s file to determine eligibility for physician bonuses.

However, sometimes this address is a representative payee address or mailing address that does not reflect the physical location of that beneficiary. This can cause incorrect payment/non-payment of the bonuses.

Cont. on next page

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

El CR4275 indica que esta situación debe resolverse cuando se publique la próxima versión de la Guía de Implementación ANSI X12 N837, ya que se le requerirá a los médicos que incluyan en la reclamación el lugar donde se prestó el servicio, aún cuando el POS sea "Hogar". El CR 4275 también instruye a los Contratistas a investigar una reclamación (para determinar la dirección exacta donde se prestó el servicio) cuando reciben una notificación de un médico que no ha recibido un bono HPSA/PSA para el cual es elegible y cuando el servicio fue provisto en el POS "Hogar".

Si el Contratista determina que la dirección donde el servicio fue, en efecto, provisto es elegible para un pago de bono por área HPSA/PSA (aún si no corresponde con la dirección en el archivo del beneficiario), se pagará el bono en la reclamación. El médico también será instruido a someter reclamaciones futuras para este beneficiario, cuando se proveen servicios en dicha dirección, utilizando el modificador HPSA/PSA apropiado, de forma tal que reciba el pago de la bonificación.

Implementación

La fecha de implementación para este artículo es el 21 de febrero de 2006.

Información Adicional

Puede encontrar una descripción de las bonificaciones HPSA/PSA para médicos, incluyendo los modificadores HPSA y PSA, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/>.

Puede encontrar la instrucción oficial enviada por Medicare a su Contratista referente a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R813CP.pdf>

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

Health Professional Shortage Area (HPSA)

CR4275 indicates that this issue should be resolved when the next version of the ANSI X12 N837 Implementation Guide is published, because physicians will be required to enter where the service was performed on the claim, even when the POS is "Home." CR4275 also instructs carriers to investigate a claim (to determine the address where the service was actually performed) when they receive a notification from a physician that they have not received a HPSA/PSA bonus for which they are eligible, and the service was provided in the POS "Home."

If the carrier determines that the address where the service was actually performed is in an HPSA/PSA eligible bonus payment area (even if it does not match the address on the beneficiary file), they will pay the bonus on the claim. The physician will also be instructed to submit future claims for this beneficiary, when provided at that address, using the appropriate HPSA or PSA modifier so that the bonus shall be paid.

Implementation

The implementation date for this instruction is February 21, 2006.

Additional Information

An overview of the HPSA/PSA physician bonuses including HPSA and PSA modifiers can be found at <http://www.cms.hhs.gov/HPSAPSAPhysicianBonuses/> on the CMS web site.

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R813CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM4275/Trans. R813CP / CR4275 / 01-20-06 / mlv RRC

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

REEMPLAZO COMPLETO PARA LA PETICIÓN DE CAMBIO (CR) 4266, REVISIÓN DE LA FACTURACIÓN DEL BONO HPSA Y PSA PARA ALGUNOS SERVICIOS FACTURADOS GLOBALMENTE. SE ELIMINA EL CR 4266

Proveedores Afectados:

Médicos que le facturan a contratistas de Medicare para los bonos de áreas de Escasez de Profesionales de la Salud (HPSA, por sus siglas en inglés) y Áreas de Escasez de Médicos (PSA, por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria del Proveedor:

Este artículo se basa en la Petición de Cambio 5015, la cual permitirá que los médicos sometan servicios globales y reciban los bonos de pago de HPSA y PSA sin tener que someter el componente profesional y técnico (PC/TC) por separado.

Trasfondo:

Actualmente, los componentes de servicio con un indicador de componente profesional/componente/Técnico (PC/TC) de 4 deben someterse por separado para poder recibir los bonos de pago de HPSA y PSA. La Petición de Cambio CR5015 es similar a la Petición de Cambio CR4266 (Transmittal 834) en el sentido de que también permite someter el servicio global y recibir el pago de bonos en todo código con un indicador PC/TC 4.

No obstante, la Petición de Cambio CR 5015 indica que se excluye el pago del siguiente código CPT:

- **Código CPT 93015** (es una prueba de tensión cardiovascular que utiliza una trotadora o bicicleta para ejercitarse y monitorizar la tensión electrocardiográfica y farmacológica con supervisión médica e informe con interpretación).

Health Professional Shortage Area (HPSA)

FULL REPLACEMENT FOR CHANGE REQUEST 4266, REVISION FOR HPSA AND PSA BONUS BILLING FOR SOME GLOBALLY BILLED SERVICES. CR4266 IS RESCINDED

Provider Types Affected

Physicians billing Medicare carriers for the Health Professional Shortage Area (HPSA) and Physician Scarcity Area (PSA) bonus

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 5015, which will allow physicians to submit global services and receive the HPSA and PSA bonuses without having to submit the professional component and technical component (PC/TC) separately.

Background

Currently, components of services with a professional component/technical component of four must be submitted separately in order to receive the HPSA and PSA bonus payments. CR5015 is similar to CR4266 (Transmittal 834) in that it also allows you to submit the global service and receive the bonus payment on all professional component/technical component (PC/TC) 4 codes.

However, CR5015 further instructs that payment is excluded for the following Current Procedural Terminology (CPT) code:

- **CPT Code 93015** (cardiovascular stress test using maximal or submaximal treadmill or bicycle exercise, continuous electrocardiographic monitoring, and/or pharmacological stress; with physician supervision; with interpretation and report.)

Cont. on next page

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

Nota: EL PAGO DEL "COMPONENTE TÉCNICO" DE LOS SERVICIOS SE RELACIONA A FACILIDADES, EQUIPO Y PERSONAL TÉCNICO O DIRECTIVO REQUERIDO PARA LA PRESTACIÓN DE ESOS SERVICIOS, EL "COMPONENTE PROFESIONAL" QUE CONSISTE DE TARIFAS PAGADAS A MÉDICOS POR PROVEER ESTOS SERVICIOS. LA COMBINACIÓN DEL COMPONENTE "PROFESIONAL Y TÉCNICO" DE UN SERVICIO SE CONOCE COMO "SERVICIO GLOBAL".

La Petición de Cambio CR5015 informa que vigente para reclamaciones recibidas a partir del 1 de julio 2006:

- Cuando su contratista reciba una reclamación por un servicio con PC/TC de 4, **excepto por código CPT 93015**; y
- El servicio se provee en un área HPSA o PSA; entonces
- Su reclamación será aceptada

La cantidad pagada del bono se calcula a base de la cantidad del pago asociado al componente Profesional del código.

Su contratista realizará cualquier revisión necesaria a sus sistemas para poder calcular el pago de bono solamente para el componente profesional del servicio.

Esta acción se tomará para bonos que se pagan automáticamente al igual que los bonos que se pagan basados en los modificadores QB, QU, AR, o AQ.

Debido a que hay dos componentes profesionales asociados al 93015, su contratista seguirá las instrucciones del Medicare Claims Processing Manual **y devolverá las reclamaciones para el 93015 como no procesables**. Los servicios deben volver a someterse como componentes separados para poder recibir el bono por el componente profesional adecuado.

Los contratistas continuarán permitiendo la opción de detener los bonos HPSA/PSA si así lo solicitan los médicos. Además los contratistas no pagarán el bono PCTC 4 para códigos a aquellos médicos que ya les han notificado su decisión de no recibir los bonos HPSA/PSA.

Health Professional Shortage Area (HPSA)

NOTE: THE "TECHNICAL COMPONENT" OF SERVICES RELATES TO FACILITIES, EQUIPMENT, AND TECHNICAL STAFF REQUIRED FOR THE DELIVERY OF THOSE SERVICES, AND THE "PROFESSIONAL COMPONENT" CONSISTS OF FEES PAID TO THE PHYSICIAN FOR PROVIDING THOSE SERVICES. WHEN COMBINED, THE "PROFESSIONAL AND TECHNICAL" COMPONENTS OF A SERVICE ARE REFERRED TO AS "GLOBAL" SERVICE.

CR5015 instructs that, effective for claims received on or after July 1, 2006:

- When your carrier receives a claim for a service with a PC/TC of 4, **except for CPT Code 93015**; and
- The service is provided in a HPSA or PSA bonus payment area; then
- your claim will be accepted.

The bonus payment amount is calculated based on the payment amount for the associated professional component code.

Your carrier will make any necessary revision to their systems to be able to calculate the bonus payment just for the professional component of the service.

This action will be taken for bonuses paid automatically as well as bonuses paid based on the submission of the QB, QU, AR, or AQ modifiers.

Because there are two associated professional components to 93015, your carrier will follow the instructions in the Medicare Claims Processing Manual and **return claims for 93015 as unprocessable**. The services must then be resubmitted as separate components in order to receive the bonus on the appropriate professional component.

Carriers will continue to allow the option of withholding HPSA/PSA bonuses if that is requested by physicians and the carriers will not pay the bonus on PCTC 4 to physicians who have already notified them of their decision to not receive HPSA/PSA bonuses.

Cont. on next page

Servicios en Áreas de Escasez (HPSA)

NOTA: LA PETICIÓN DE CAMBIO CR5015 NO AFECTA LA POLÍTICA ACTUAL DE PAGO HPSA O PSA.

Implementación

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

Información Adicional

El Manual revisado de Medicare Claims Processing Pub. 100.4, Cap.12 (Physician Practitioner Billing), Section 90.4.5 (Services Eligible for HPSA and Physician Scarcity Bonus Payments), se añade a la Petición de Cambio CR5015, que es la instrucción oficial emitida a su contratista en relación a este cambio. Dicha instrucción puede verse en la siguiente dirección electrónica: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R906CP.pdf> en el portal electrónico de CMS. Para más información puede llamar al 1-877-715-1921.

Health Professional Shortage Area (HPSA)

NOTE: CR5015 DOES NOT AFFECT CURRENT HPSA OR PSA PAYMENT POLICY.

Implementation

The implementation date for the instruction is July 3, 2006.

Additional Information

The revised Medicare Claims Processing Manual - Publication 100.4, Chapter 12 (Physician Practitioner Billing), Section 90.4.5 (Services Eligible for HPSA and Physician Scarcity Bonus Payments), is attached to CR5015, which is the official instruction issued to your carrier regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R906CP.pdf> on the CMS web site. If you have any questions, please contact us at 1-877-715-1921.

Pub. MM5015/ Trans R906CP / CR5015 / 04-14-06 / IP/ RRC

ACTUALIZACIÓN ANUAL DEL 2006 PARA LOS PAGOS DE LOS BONOS HPSA - RECORDATORIO

Existe nueva información publicada en el sitio web de Los Centros de Servicio para Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) sobre los nuevos pagos automatizados para los bonos de las áreas de escasez de profesionales de la salud (HPSA, por sus siglas en inglés).

La Sección 413(b) del Prescription Drug Improvement and Modernization Act del 2003 ordenó una actualización anual para los archivos de pago de los bonos automatizados de HPSA. La petición de cambio (CR, por sus siglas en inglés) 4113 provee esos archivos para las reclamaciones con fechas de servicio a partir del 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2006.

Usted debe revisar la información en el sitio web de CMS para determinar si cualifica para el pago del bono HPSA en el 2006.

Para ver este artículo completo, favor de ir al siguiente enlace: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM4113.pdf>

2006 ANNUAL UPDATE FOR THE HPSA BONUS PAYMENTS - REMINDER

New information on the new automated HPSA bonus payments for 2006 is posted on the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) web site.

Section 413(b) of the Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 mandated an annual update to the automated HPSA bonus payment files. CR 4113 provides those files for claims with dates of service on or after January 1, 2006, through December 31, 2006.

You should review the information on the CMS web site to determine if you qualify for the HPSA bonus payment for 2006.

To view the article in its entirety, please go to: <http://www.cms.hhs.gov/MLN MattersArticles/downloads/MM4113.pdf>

Trans. #722/CR4113/IMP

Medicamentos

PROBLEMAS CON LA FACTURACIÓN PARA INFUSIONES E INYECCIONES

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS según sus siglas en inglés), a través de sus contratistas de Medicare, han descubierto reclamaciones de medicamentos facturados en dosis que exceden las dosis máximas recomendadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, según sus siglas en inglés) y de las Guías para el uso clínico de terapias basadas en evidencia. Se notó problemas tanto con medicamentos inyectables como de infusión. Algunos de estos medicamentos (códigos J y Q del HCPCS) se facturaron en dosis que pueden resultar en la muerte de un paciente o morbilidad crítica. Esto levanta serios debates sobre la calidad de cuidado y la seguridad del paciente. Estas dosis de medicamentos que exceden las recomendaciones de la FDA y de las guías clínicas aceptadas no son razonables y ni necesarias, por ende, no se deben reembolsar.

Preocupado por la salud y la seguridad de los beneficiarios de Medicare, CMS ha tomado acción a nivel del proceso de la reclamación por los contratistas de Medicare para atender esta situación. Recientemente, éditos de prepago por Servicios Medicamento Increíbles se implementó para denegar automáticamente reclamaciones de medicamentos con dosis extremadamente altas en exceso a las guías del fabricante. Además, éditos de prepago para códigos específicos se implementó para suspender las reclamaciones y solicitar el expediente médico. Denegaciones resultarán por falta de documentación, y de revisiones médicas del expediente por servicios donde se encuentre que no son razonables o médicamente necesarios o que no se hayan prestados. Dado que estas denegaciones son por necesidad médica según la Sección 1861(a)(1)(A) de la Acta del Seguro Social, tienen derecho apelativo y están sujetas a limitaciones de responsabilidad. Proveedores que hayan sido

Drugs

PROBLEMS WITH MEDICARE BILLING FOR INFUSIONS AND INJECTIONS

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), through its Medicare contractors, have discovered claims for medications that are being billed in doses exceeding the Food and Drug Administration's Maximum Recommended Therapeutic Dosages and Evidence Based Therapeutic Guidelines for Clinical Use. Problems were noted with both injectable and infused medications. Some of these medications (J code and Q code HCPCS) were billed for dosages that could result in patient death or serious morbidity. This raises serious quality of care and patient safety issues. These medication doses exceeding FDA recommendations and accepted clinical guidelines are not reasonable and necessary and therefore should not be reimbursed.

Concerned with the health and safety of Medicare beneficiaries, CMS has taken action at the claim processing level at Medicare contractors to address this situation. Recently, prepayment edits of Medically Unbelievable Services have been implemented to automatically deny certain claims for medications at extremely high dosages in excess of manufacturers' guidelines. Additional code-specific prepay edits have been implemented to suspend claims and request medical records. Denials will result from failure to respond to these record requests and from review of medical records for services found not to be reasonable or medically necessary or not rendered. Because these are medical necessity denials per Section 1862(a)(1)(A) of the Social Security Act, they are appealable and are subject to limitation on liability. Providers who are identified as having aberrant or unusual drug prescription patterns may be

Cont. on next page

Medicamentos

identificados por tener patrones aberrantes inusuales de suscribir medicamentos pueden ser referidos a la oficina local del *Quality Improvement Organization*, las juntas de acreditación local y estatal o agencias para salvaguardar la calidad del cuidado de salud o en situaciones extremas, a las autoridades legales.

Si usted como proveedor, entiende que un servicio específico o una reclamación debe ser pagado, favor de seguir el proceso apropiado para solicitar una redeterminación en el tiempo límite estipulado. De tener alguna pregunta, favor de comunicarse al departamento de Relaciones con la Comunidad al 1-877-715-1921.

Drugs

referred to local Quality Improvement Organizations, State or local licensing boards or other health care quality oversight agencies or, in egregious situations, to law enforcement.

If you, as a provider, believe that a specific denied service or claim should be paid, please follow the appropriate process for requesting an appeal within the specified time limits. Should you have any questions, please contact the Community Relations Department at 1-877-715-1921.

MA-Comm./03/09/06

CUBIERTA DE PRODUCTOS RECETADOS DE NIACIN BAJO LA PARTE D PARA EL 2006

El 11 de abril de 2006, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, según sus siglas en inglés) informó la cubierta de los productos Niacin (Niaspan®, Niacor®) a través de la Parte D para el tratamiento terapéutico de dislipidemia. Dichos productos puede añadirse a los formularios del plan para medicamentos recetados. Esto revoca una decisión de CMS con fecha del 3 de febrero de 2006 donde se indica que los productos Niacin (Niaspan®, Niacor®) son vitaminas recetadas y por lo tanto están excluidas de la definición de medicamento bajo el estatuto de Medicare Parte D.

Para más información, favor visitar la siguiente página: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0626.pdf>

COVERAGE OF PRESCRIPTION NIACIN PRODUCTS UNDER PART D FOR 2006

On April 11, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) informed Medicare Part D prescription drug coverage plans that prescription Niacin products (Niaspan®, Niacor®) can be a covered Part D drug for treatment of dyslipidemic therapy. These products may be included on Medicare prescription drug plan formularies. This reverses an earlier February 3, 2006 decision by CMS that prescription Niacin products (Niaspan®, Niacor®) are prescription vitamins and therefore are excluded from the definition of a Medicare Part D drug under the statute.

For more information, please visit: <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0626.pdf>

SE0626/ab-dg

Laboratorio

CAMBIOS PARA ABRIL 2006 A LA APLICACIÓN DE ÉDITOS DE LA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA NACIONAL DE LABORATORIOS

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 laboratorio clínico.

Acción Necesaria de Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4328, la cual anuncia la implementación a partir del mes de abril de 2006, de cambios a la lista de códigos asociados a las 23 Determinaciones de Cubierta Nacional (NCDs por sus siglas en inglés) negociadas para laboratorios, y a la actualización del módulo de éditos para laboratorios relacionada a cambios en la lista de códigos de NCD para laboratorios.

Lo Que Necesita Saber

Estos cambios en la lista de códigos son el resultado de decisiones de análisis de codificación desarrolladas bajo los procedimientos de mantenimiento de códigos en los NCDs negociados. Muchos de los cambios enumerados hacen correcciones a los códigos para reflejar la actualización más reciente al Manual de Códigos de Procedimientos (CPT por sus siglas en inglés). Los mismos son necesarios para que el módulo de éditos de laboratorio pueda procesar reclamaciones adecuadamente haciendo uso de los NCDs de laboratorio negociados y de las listas de códigos más actualizados.

Lo Que Necesita Hacer

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

Trasfondo

De acuerdo con el *Balanced Budget Act* del 1997 (Sección 4554), los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) entraron en unos procesos negociados de

Laboratory

CHANGES TO THE LABORATORY NATIONAL COVERAGE DETERMINATION (NCD) EDIT SOFTWARE FOR APRIL 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) 4328, which announces the implementation of changes to the list of codes associated with the 23 negotiated laboratory NCDs, and the update of the laboratory edit module for changes in the laboratory NCD code lists for April 2006.

What You Need to Know

The changes to the list of codes are a result of coding analysis decisions developed under the procedures for maintenance of codes in the negotiated NCDs. Several of the listed changes correct codes to reflect the recent Current Procedural Terminology (CPT) update and are necessary so that the laboratory edit module will appropriately process claims using the most current negotiated laboratory NCDs and code lists.

What You Need to Do

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

In accordance with the Balanced Budget Act of 1997 (Section 4554), the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) entered

Cont. on next page

Laboratorio

creación de reglamentaciones para desarrollar *Determinaciones de Cubierta Nacional* (NCDs por sus siglas en inglés) para los servicios de laboratorio clínico. Bajo tales negociaciones, CMS desarrolló 23 NCDs para laboratorio, y esos NCDs son diferentes a la mayoría de los NCD de Medicare en el aspecto de que incluyen una lista de Códigos ICD-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 9na. Revisión-Modificación Clínica). Todos los códigos se incluyen en una de las siguientes listas:

- Códigos cubiertos;
- Códigos no cubiertos; y
- Códigos que no respaldan la necesidad médica

Los NCDs fueron publicados como parte del Administrative Procedures Act en el Federal Register del 23 de noviembre de 2001 (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a011123c.html). La lista de los 23 NCDs para laboratorios se incluye en la sección de Información Adicional en este artículo. Además, puede dirigirse al sitio Web de CMS para encontrar los NCDs para laboratorios en el siguiente enlace: http://www.cms.hhs.gov/CoverageGenInfo/05_LabNCDs.asp

La compañía CSC (Computer Sciences Corporation) desarrolló e incorporó aplicaciones de computadora uniformes a nivel nacional en los sistemas compartidos (shared systems) a fin de que las reclamaciones de laboratorio sujetas a uno de los 23 NCDs se procesaran de manera uniforme a través de toda la nación, a partir del 1 de enero de 2003. El módulo de éditos de laboratorio para los NCDs se actualiza trimestralmente, según sea necesario, para reflejar actualizaciones ministeriales de códigos y cualquier cambio significativo en los NCDs como resultado del proceso de NCD.

Refiérase al *Medicare Claims Processing Manual* (Pub. 100-4, Capítulo 16, Sección 120.2, en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage>

Laboratory

into negotiated rulemaking proceedings to develop national coverage determinations (NCDs) for clinical diagnostic laboratory services.

Under the negotiations, CMS developed 23 laboratory NCDs, and these NCDs are different than most other Medicare NCDs in that they include lists of ICD-9-CM codes. All codes are included on one of the following lists:

- Covered codes;
- Not covered codes; and
- Codes that do not support medical necessity.

The NCDs were published under the Administrative Procedures Act in the Federal Register of November 23, 2001 (http://www.access.gpo.gov/su_docs/fedreg/a011123c.html), and the list of 23 laboratory NCDs is included in the Additional Information section of this article. In addition, the CMS website for Laboratory NCDs can be found at http://www.cms.hhs.gov/CoverageGenInfo/05_LabNCDs.asp on the CMS web site.

Nationally uniform software was developed by Computer Sciences Corporation (CSC) and incorporated in the shared systems so that laboratory claims subject to one of the 23 NCDs are processed uniformly throughout the nation effective January 1, 2003. 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 NCD process.

(See the Medicare Claims Processing Manual (Publication 100-4, Chapter 16, Section 120.2, at <http://www.cms.hhs.gov/Manuals/IOM/list.asp#TopOfPage> on the CMS web site.)

Cont. on next page

Laboratorio

CMS actualiza la lista de códigos NCD trimestralmente, o según sea necesario, para incorporar nuevos códigos, corregir errores ministeriales, incorporar los resultados de los Análisis de Códigos publicados en otros lugares de ese sitio Web, y para incorporar reconsideraciones a los NCDs que alteran las indicaciones cubiertas. Estas revisiones trimestrales se publican en el Manual de Políticas de Codificación NCD (NCD Coding Policy Manual) y usted puede descargar versiones actualizadas o versiones previas de los manuales de codificación en ese sitio Web. Como alternativa, puede acceder NCDs individuales del índice de laboratorios incluido en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/mcd/index_section.asp?ncd_sections=40

La Petición de Cambio (CR) 4238 anuncia los cambios que se incluirán en la publicación de abril 2006 del Módulo de Éditos para Servicios de Laboratorio Clínico. Estos cambios son el resultado de decisiones de análisis de códigos desarrolladas bajo los procedimientos de mantenimiento de códigos en los NCDs negociados. Muchos de los cambios enumerados hacen correcciones a códigos para reflejar una actualización al CPT vigente. El CR4238 comunica los requisitos del Módulo de Éditos de Laboratorio con el fin de actualizarlo con los siguientes cambios en la lista de códigos de NCD de laboratorio para abril 2006.

NCD sobre Contaje de Sangre

Añada los siguientes códigos ICD-9-CM a la lista de códigos **que no respaldan la necesidad médica** de un NCD sobre Contaje de Sangre:

Add ICD-9-CM Code	Descriptor
V76.51	Special screening for malignant neoplasms, colon

Códigos ICD-9-CM Nunca Cubiertos por Medicare

Elimine el siguiente código ICD-9-CM de la lista de **códigos nunca cubiertos** por Medicare:

Delete ICD-9-CM Code	Descriptor
V76.51	Special screening for malignant neoplasms, colon

Laboratory

CMS updates the NCD code list quarterly as necessary to incorporate new codes, correct ministerial errors, incorporate the results of Coding Analysis published elsewhere on this site, and incorporate reconsideration of the NCDs that alter covered indications. The quarterly updates are published in the NCD Coding Policy Manual, and you can download the current and previous coding manuals from this site. Alternatively, you can access individual NCDs from the lab index included on the following CMS website: http://www.cms.hhs.gov/mcd/index_section.asp?ncd_sections=40

Change Request (CR) 4238 announces the changes that will be included in the April 2006 release of the edit module for clinical diagnostic laboratory services.

The changes are a result of coding analysis decisions developed under the procedures for maintenance of codes in the negotiated NCDs. Several of the listed changes correct codes to reflect the current CPT update. CR4238 communicates requirements to the laboratory edit module to update it for the following changes in laboratory NCD code lists for April 2006:

Blood Count NCD

Add the following ICD-9-CM code to the list of **codes that do not support medical necessity** for the Blood Count NCD:

ICD-9-CM Codes Never Covered by Medicare

Delete the following ICD-9-CM code from the list of ICD-9-CM **codes never covered** by Medicare:

Cont. on next page

Laboratorio

NCD de Pruebas para Detección de Sangre Oculta en Excreta

Añada el siguiente código CPT nuevo a la lista de códigos CPT/HCPSC cubiertos por Medicare para NCD de Pruebas para Detectar Sangre Oculta en Excreta:

Add CPT Codes	Descriptor
82272	Blood occult peroxidase

Elimine el siguiente código CPT de la lista de códigos HCPSC/CPT para NCD de Pruebas para Detectar Sangre Oculta en Excreta:

Delete CPT Code	Descriptor
82270	Fecal occult blood

NCD para Panel de Hepatitis/Panel de Hepatitis Aguda

Añada el siguiente código ICD-9-CM a la lista de códigos ICD-9-CM cubiertos por Medicare para NCD de Panel de Hepatitis/Hepatitis Aguda:

Add ICD-9-CM Code	Descriptor
790.4	Nonspecific Elevation of Levels of Transaminase or Lactic Acid Dehydrogenase

NCD Pruebas de Lípidos

Añada el siguiente código CPT a la lista de códigos HCPSC/CPT cubiertos por Medicare para NCD de Pruebas de Lípidos:

Add CPT Codes	Descriptor
83700	Lipoprotein bld, electrophoretic
83701	Lipoprotein bld, hr fraction

Elimine los siguientes códigos CPT de la lista de códigos HCPSC/CPT para NCD de Pruebas de Lípidos:

Delete CPT Codes	Descriptor
83715	Lipoprotein, blood: electrophoretic separation and quantitation
83716	High resolution fractionation and quantitation of lipoprotein cholesterol

NCD para Cultivo de Orina, Bacteriana

Elimine la Guía de Codificación 1 del NCD Cultivo de Orina, Bacteriana, y renumere el resto de las guías.

Laboratory

Fecal Occult Blood Test NCD

Add the following new CPT code to the list of HCPSC/CPT codes covered by Medicare for Fecal Occult Blood Test NCD:

Delete the following CPT code from the HCPSC/CPT code list for Fecal Occult Blood Test NCD:

Hepatitis Panel/Acute Hepatitis Panel NCD

Add the following ICD-9-CM code to the list of ICD-9-CM codes covered by Medicare for Hepatitis Panel/Acute Hepatitis Panel NCD:

Lipids Testing NCD

Add the following new CPT codes to the list of HCPSC/CPT codes covered by Medicare for Lipids Testing NCD:

Delete the following CPT codes from the HCPSC/CPT code list for Lipids Testing NCD:

Urine Culture, Bacterial NCD

Delete Coding Guideline 1 in the Urine Culture, Bacterial NCD, and renumber the remaining Coding Guidelines.

Cont. on next page

Laboratorio

NOTA: LOS CAMBIOS INCLUIDOS EN LA PUBLICACIÓN DE ABRIL 2006 DEL MÓDULO DE ÉDITOS PARA SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO SON VIGENTES PARA SERVICIOS PRESTADOS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2006.

Implementación

La fecha de implementación para este artículo es el 3 de abril de 2006.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial enviada por Medicare a su Contratista/Intermediario referente a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R864CP.pdf>

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

La siguiente tabla incluye la lista de las 23 Determinaciones de Cubierta Nacional (NCDs por sus siglas en inglés) para Laboratorios. Puede evaluar cada NCD en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/mcd/index_section.asp?ncd_sections=40

Laboratory

NOTE: CHANGES INCLUDED IN THE APRIL 2006 RELEASE OF THE EDIT MODULE FOR CLINICAL DIAGNOSTIC LABORATORY SERVICES BECOME EFFECTIVE FOR SERVICES FURNISHED ON OR AFTER APRIL 1, 2006.

Implementation

The implementation date for the 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/R864CP.pdf> on the CMS web site.

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

The following table includes the list of all twenty-three (23) Laboratory National Coverage Determinations, and each NCD can be reviewed at http://www.cms.hhs.gov/mcd/index_section.asp?ncd_sections=40 on the CMS web site.

Laboratory National Coverage Determination (NCD)	
1	Alpha-fetoprotein (AFP) (190.25)
2	Blood Counts (190.15)
3	Blood Glucose Testing (190.20)
4	Carcinoembryonic Antigen (CEA) (190.26)
5	Collagen Crosslinks, any Method (190.19)
6	Digoxin Therapeutic Drug Assay (190.24)
7	Fecal Occult Blood Test (FOBT) (190.34)
8	Gamma Glutamyl Transferase (GGT) (190.32)
9	Glycated Hemoglobin/Glycated Protein (190.21)
10	Hepatitis Panel/Acute Hepatitis Panel (190.33)
11	Human Chorionic Gonadotropin (hCG) (190.27)
12	Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing (Diagnosis) (190.14)
13	Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing (Prognosis Including Monitoring) (190.13)
14	Lipid Testing (190.23)
15	Partial Thromboplastin Time (PTT) (190.16)
16	Prostate Specific Antigen (PSA) (190.31)
17	Prothrombin Time (PT) (190.17)
18	Serum Iron Studies (190.18)
19	Thyroid Testing (190.22)
20	Tumor Antigen by Immunoassay - CA 125 (190.28)
21	Tumor Antigen by Immunoassay - CA 15-3/CA 27.29 (190.29)
22	Tumor Antigen by Immunoassay - CA 19-9 (190.30)
23	Urine Culture, Bacterial (190.12)

MM4328/Trans. R864CP/CR4328/02-17-06/mlvRRC

Reclamaciones

CONCEPTO DE LOS SISTEMAS QUE UTILIZA MEDICARE PARA PROCESAR SUS RECLAMACIONES

Proveedores Afectados

Todos los médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a Medicare.

Introducción

Este artículo de Edición Especial le provee un resumen profundo de los sistemas de computadora que utiliza Medicare para procesar sus reclamaciones. Frecuentemente, los artículos *MLN Matters* hacen referencia a los sistemas de Medicare y este artículo nos ayudará a explicarles brevemente cuáles son esos sistemas:

En ocasiones, usted puede ver documentos de los Centros de Servicio de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) que hacen referencia a los “Sistemas Compartidos” (*Shared Systems*), o sistemas acrónimos, tales como FISS, MCS o CWF. El propósito de este artículo de Edición Especial es brindarle información sobre estos sistemas y explicarles cómo se utilizan para el procesamiento de sus reclamaciones.

Resumen

Cuando un beneficiario visita al médico, un hospital, o cualquier otro suplidor de servicios de salud, ese proveedor envía una factura por concepto de ese servicio brindado a un Contratista o Intermediario Fiscal (FI por sus siglas en inglés) de Medicare, incluso a Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), a Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHs por sus siglas en inglés). Colectivamente, nos referimos a los Contratistas de la Parte B, FIs, DMERCs, y RHHs como “Contratistas”.

Haciendo uso de ciertos sistemas, conocidos en CMS como “Sistemas Compartidos” o “Shared Systems”, los Contratistas de Medicare llevan a cabo

Claims

EXPLANATION OF SYSTEMS USED BY MEDICARE TO PROCESS YOUR CLAIMS

Provider Types Affected

All physicians, providers, and suppliers who submit claims to Medicare

Introduction

This Special Edition article provides a high-level overview of the software systems Medicare uses to process your claims. Frequently, MLN Matters articles reference Medicare systems and this article will help explain briefly what those systems are.

Sometimes, you may see documents from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) that reference the “Shared Systems,” or system acronyms, such as FISS, MCS, or CWF. The purpose of this Special Edition article is to provide you with some understanding of these systems and how they are used to process your claims.

Overview

When a beneficiary visits a physician, hospital, or other supplier of health care services, a claim is sent by the provider of the service to a Medicare fiscal intermediary (FI) or carrier, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and regional home health intermediaries (RHHs). Collectively, the carriers and FIs, DMERCs, and RHHs are referred to as Medicare contractors.

Using certain systems, known within CMS as “Shared Systems,” the Medicare contractors perform traditional claims processing services, and send claims to

Cont. on next page

Reclamaciones

servicios tradicionales de procesamiento de reclamaciones y envían las mismas a otro sistema de Medicare, conocido como el “Archivo Común de Trabajo” o “Common Working File” (por eso sus siglas CWF) para la verificación, validación y autorización del pago.

Las respuestas son devueltas desde el CWF con respecto a pagos a los FIs, RHHIs, DMERCs o Contratistas, quienes posteriormente pagan por el servicio, en caso de que fuera necesario. Solamente CMS y el Contratista de Medicare tienen comunicación directa con el Sistema CWF. El CWF provee una interacción entre CMS y sus Contratistas.

El Diagrama de Reclamaciones de Medicare que se encuentra en la última página de este artículo ilustra el flujo del procesamiento de reclamaciones. Resumiendo, los diferentes sistemas que procesan las reclamaciones de Medicare se describen de la siguiente manera:

Sistemas Compartidos

Hay tres “Sistemas Compartidos” que procesan las reclamaciones de Medicare:

- Uno procesa las reclamaciones de Medicare sometidas a los FIs y los RHHIs;
- Otro procesa reclamaciones sometidas a los Contratistas; y
- El tercero procesa reclamaciones sometidas a los DMERCs.

Los tres “Sistemas Compartidos” interactúan con el CWF, tema que se discute a continuación. Estos sistemas aplican ciertos éditos a las reclamaciones recibidas. Las reclamaciones que no pasan esos éditos son rechazadas (RTP), y frecuentemente se refieren a ellas como las reclamaciones RTP (Return to Provider). Ejemplos de reclamaciones que puedan ser RTP incluyen aquellas donde se provee un número de reclamación de seguro médico invalidado (HICN), o un número de proveedor invalidado en la reclamación inicial.

Claims

another Medicare system, known as the Common Working File (CWF) System for verification, validation, and payment authorization.

Responses are returned from the CWF concerning payments to the FI, RHHI, DMERC, or carrier, who subsequently pays for the service, if appropriate. Only CMS and the Medicare contractors have direct communication with the CWF System. CWF provides an interface between CMS and its contractors.

The Medicare Claims Flow Diagram on the last page of this article illustrates the claims processing flow. In brief, the various systems that process Medicare claims are described as follows:

Shared Systems

There are three “Shared Systems” that process Medicare claims:

- *One processes Medicare claims submitted to FIs and RHHIs;*
- *Another processes claims submitted to carriers; and*
- *The third processes claims submitted to DMERCs.*

All three of the “Shared Systems” interface with the CWF, which is addressed below. These systems apply certain edits to claims received. Claims that do not pass those edits are returned to the provider (RTP) and are often referred to as RTP claims. Examples of claims that may be RTP’ed include those where an invalid health insurance claim number (HICN) or an invalid provider number is supplied on the initial claim.

Cont. on next page

Reclamaciones

Sistema Fiscal Intermediario Estándar (FISS)

El Sistema Fiscal Intermediario Estándar (FISS) es un sistema de ordenador central que utilizan los FIs y los RHHIs para procesar reclamaciones de Medicare Parte A, a través de toda la nación, incluyendo las reclamaciones de pacientes ambulatorios sometidas bajo Parte B. En el sistema FISS, las reclamaciones son entradas, corregidas, ajustadas o canceladas. También se atienden las preguntas sobre el estatus de las reclamaciones, solicitudes adicionales de desarrollo, elegibilidad o varios códigos.

Sistema Multi-Contratista (MCS)

MCS es un sistema de ordenador central (computadora) que los contratistas de Medicare de la Parte B utilizan para procesar reclamaciones a nivel nacional. El mismo procesa reclamaciones de cuidado médico, equipo médico duradero y otros servicios ambulatorios. Así como su contraparte, la Parte A, las reclamaciones son entradas, corregidas, ajustadas o canceladas. También se atienden las preguntas sobre el estatus de las reclamaciones, solicitudes adicionales de desarrollo, elegibilidad o varios códigos.

Sistema Compartido VMS

Este sistema tiene algunas de las mismas características del sistema MCS, pero procesa reclamaciones sometidas por suplidores a los DMERCs de Medicare.

CMS-Módulos Provistos y Archivos de Precio/Codificación

Además del "Sistema Compartido", CMS le provee otros módulos uniformes a los FIs, RHHIs, DMERCs, y a los Contratistas. Estos módulos también son utilizados por los sistemas compartidos en el procesamiento de las reclamaciones de Medicare. Generalmente, estos módulos establecen tarifas (o precios) y la logística del procesamiento, de acuerdo al tipo de servicio.

Estos módulos o programas incluyen lo siguiente:

Claims

Fiscal Intermediary Standard System (FISS)

FISS is a mainframe system that FIs and RHHIs use to process Medicare Part A claims nationwide, including outpatient claims submitted under Part B. Within FISS, claims are entered, corrected, adjusted, or canceled. Inquiries for status of claims, for additional development requests, or for eligibility and various codes are processed.

Multi-Carrier System (MCS)

MCS is a mainframe system that Medicare Part B carriers use to process Medicare Part B Claims nationwide. It processes claims for physician care, durable medical equipment, and other outpatient services. Like its Part A counterpart, claims are entered, corrected, adjusted, or canceled. Inquiries for status of claims, for additional development requests, or for eligibility and various codes are processed.

VMS Shared System

This system has some of the same characteristics as the MCS, but processes claims submitted by suppliers to the Medicare DMERCs.

CMS-Supplied Modules and Pricing/Coding Files

In addition to the "Shared Systems," CMS supplies other uniform modules to FIs, RHHIs, DMERCs, and carriers, and these modules are used by the shared systems in processing Medicare claims. By and large, these modules establish rates (or prices) and processing logic according to type of service.

These modules or programs include the following:

Cont. on next page

Reclamaciones

Aquellos conocidos como PRICERs (*existen varios PRICERs, tales como un PRICER de paciente hospitalizado, o un PRICER de paciente ambulatorio, y así sucesivamente.*)

- OCE (Outpatient Code Editor);
- MCE (Inpatient Code Editor); y
- GROUPER, que traduce variables tales como la edad, el diagnóstico, y los códigos de cirugía a un grupo relacionado de diagnósticos (GRD)

Además, los itinerarios de tarifas y los códigos son suministrados por CMS en forma de archivos que pueden descargarse en su computadora y que son utilizados por los sistemas compartidos durante el procesamiento de las reclamaciones de Medicare.

Algunos de estos archivos incluyen: MPFSDB (*Medicare Physician Fee Schedule*) y sus varios formatos; DMEPOS (Equipo Médico Duradero, Protético, Ortótico y Suministros); el Itinerario de Pago por Servicios de Ambulancia; y el Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes del Cuidado de la Salud (Códigos HCPCS).

Archivo Común de Trabajo (CWF)

El CWF contiene información sobre todos los beneficiarios de Medicare. Los Sistemas Compartidos establecen comunicación con el CWF para verificar la elegibilidad de los beneficiarios Medicare, el estatus de sus deducibles, y los beneficios disponibles, tales como los días disponibles en la reserva de por vida. El CWF es el que realmente aprueba el pago de cada reclamación. Bajo el CWF, la data de la Parte A y de la Parte B para cada beneficiario se combina en un solo archivo de trabajo común.

Favor referirse a la siguiente página en la cual se ilustra el Flujo de Procesamiento de Reclamaciones Medicare.

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Claims

Those referred to as the PRICERs (there are several PRICERs, such as an inpatient PRICER, an outpatient PRICER, and so on);

- OCE (*Outpatient Code Editor*);
- MCE (*Inpatient Code Editor*); and
- GROUPER, *which translates variables such as age, diagnosis, and surgical codes into a diagnosis related group (DRG).*

In addition, fee schedules and codes are supplied by CMS in the form of downloadable files which are used by the shared systems in processing Medicare claims.

Some of these files include: MPFSDB (Medicare Physician Fee Schedule) and its various forms; DMEPOS (Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics, and Supplies Schedule); Ambulance Fee Schedule; and HCPCS (Health Care Common Procedure Codes).

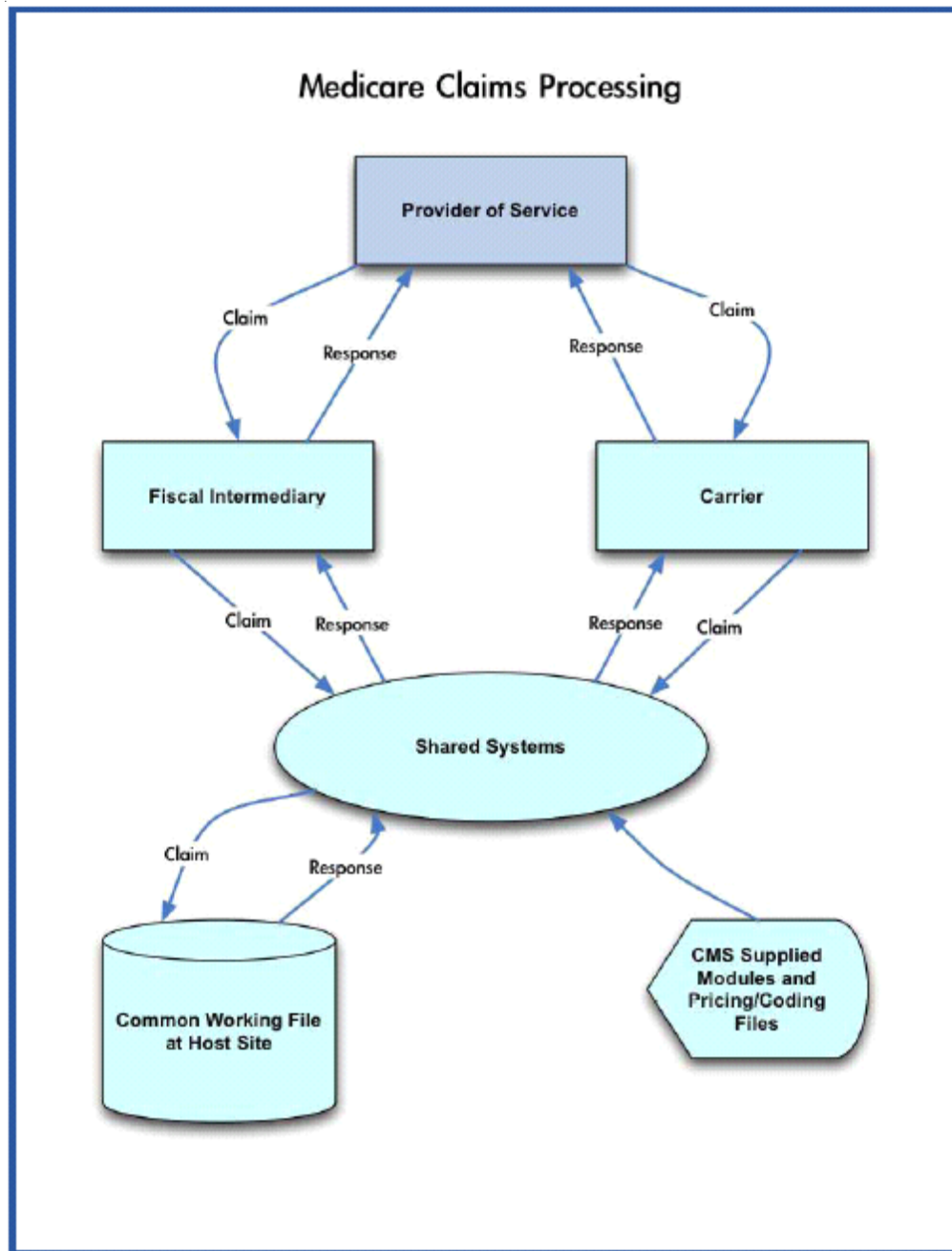
Common Working File (CWF)

The CWF contains information about all Medicare beneficiaries. The shared systems interface with the CWF to verify beneficiaries' entitlement to Medicare, deductible status, and benefits available, such as lifetime reserve days. The CWF actually approves payment of each claim. Under CWF, Part A and Part B data for each beneficiary is combined into a single, common working file.

Please refer to next page to view the Medicare Claims Flow Diagram.

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

Cont. on next page



Pub. SE5019 / Trans NA / CR / 04-22-06 / ml _dmg /SE0605

Medicare Pagador Secundario (MSP)

FACTURACION DE MEDICARE PAGADOR SECUNDARIO POR SES PROFESIONAL

Entrada de Información del Paciente MSP

Selecciona Pacientes/Facturar. Oprima **Añadir** y entra la siguiente información: nombre, inicial (si aplica), apellido paterno, fecha de nacimiento. Bajo **Parentesco con Asegurado**, escoja la opción **"Asegurado(a)"**, dirección, número de teléfono (opcional) y sexo del paciente. Luego, pase a **Plan Primario**.

Medicare Secondary Payer (MSP)

BILLING TO MEDICARE SECONDARY PAYER BY SES PROFESSIONAL

Entry of MSP Patient Information

Select Patients/Billing. Press **Add** and enter the following information: first name, initial (if applies), last name, date of birth, when choosing the **"Relationship" status, always select "Self"**, continue filling out the patient's address; telephone number (optional); and his/her sex. Next, continue with **Primary Payer**.

EJEMPLO:

Pacientes / Facturar

Paciente | Plan primario | Plan secundario | Aseg. principal

Núm. de record: 111

Información del paciente

Nombre: JANE | Dirección: 23 CALLE MUNOZ RIVERA | Sexo: F M

Apellido paterno: DOE | Apellido materno: | Pueblo: RIO GRANDE PR 00745- | Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Otro

Seguro social: . . | Tel. residencia: (787) - | Tel. oficina: (787) - Ext. | E-mail: |

Fecha de nacimiento: 10/20/1920 | Fecha de fallecimiento: / / | Parentesco con asegurado: ASEGURADO(A)

Principio | Anterior | Próximo | Final

Total de pacientes: 15

Guardar | Cancelar | Eliminar | Historial | Lista | Facturar | Imprimir | Salir

EXAMPLE:

Patients / Billing

Patient | Primary Payer | Secondary Payer | Insured

Record Number: 123456789

Patient information

First Name: JOHN | Initial: Q | Address 1: PO BOX 999 | Gender: F M

Last Name: PUBLIC | City/State/Zip: CHRISTIANSTED VI 00820- | Social Status: Single Married Other

Sec. Last Name: | Home Telephone: (787) - | Office Telephone: () - Ext. | E-mail: |

Social Security: . . | Birth Date: 01/23/1936 | Death Date: / / | Relationship: SELF

First | Previous | Next | Last

Total Patients: 4

Save | Cancel | Delete | History | List | Claim | Print | Exit

Cont. on next page

Medicare Pagador Secundario (MSP)

Seleccione el plan primario del paciente, el número de contrato y el número de grupo, si aplica. En **Tipo de Seguro** entre cualquier valor **excepto los siguientes: CP, MB, MC, MI o MP** al igual que en Tipo de Reclamación. Pulse dos veces sobre cada encasillado para ver la lista de los valores válidos. Marque el encasillado Información **plan secundario**. Pase ahora a **Plan secundario**.

Medicare Secondary Payer (MSP)

Select patient's primary plan, contract number and the group number, if applies. In the **Code Type** enter any value **except the following: CP, MB, MI, or MP**. Do the same with the **Source of Payment** field. Double-click in each set of squares to see the list of valid values. Select the square of **Secondary Payer Information**. Next, continue with **Secondary Payer**.

EJEMPLO:

EXAMPLE:

Cont. on next page

Medicare Pagador Secundario (MSP)

Escoja Medicare Part B y entre el número del paciente (HICN). Seleccione el **Tipo de Seguro** correspondiente a MSP (dale doble clic al encasillado para ver la lista de códigos) y escriba o seleccione **MB** (Medicare Part B) en **Tipo de Reclamación**. Marca “**Guardar**”.

Medicare Secondary Payer (MSP)

Choose Medicare Part B and enter the patient's (HICN). Select the **Code Type** that corresponds to MSP (double-click to the square to see the list of codes) and write or select **MB** (Medicare Part-B) in **Source of Payment**. Select “**Save**”.

EJEMPLO:

EXAMPLE:

Medicare Pagador Secundario (MSP)

Entrada de la Reclamación

Busque el paciente como de costumbre y seleccione **Facturar**. Si el plan primario del paciente es Triple-S cambie el plan médico a Medicare Part B en el área de Información Paciente. Entre el resto de la información requerida (UPIN, facilidad, etc.) y luego pase a **Servicios**.

EJEMPLO:

Factura Información Adicional Factura Información Plan Secundario

Información Paciente

Récord: 111 JANE DOE

Plan Médico: **MEDICARE PART B**

Contrato: 999999999A

Cubiertas: [] [] [] []

Firma del Paciente o Persona Autorizada Firma del Asegurado o Persona Autorizada **Actualizar**

Participante

0012345 MEDICARE DIVISION DIVISIO **Factura** 2006111085119

Firma del Participante Acepta Asignación Medicare

Médico Refiere: Número, Nombre y Apellido [] [] []

Número Referido []

Fecha Referido [] / [] / [] Número Preauto/ Predeterminación []

Id del Lugar de Servicios Comprados []

Facilidad donde ofrece servicio []

Peso (Lbs) []

Cuido en el Hogar

Tipo Accidente []

Estado []

Fecha Accidente [] / [] / []

Guardar Servicios Imprimir Salir

Recuerde validar el contenido de los campos de las líneas de servicio, especialmente, procedimiento, servicio, cargo usual y deducible.

EXAMPLE:

Add Claim Claim Additional Claim Information Secondary Payer

Patient Information

Record: 123456789 JOHN PUBLIC

Insurance/Payer: **MEDICARE PART B**

Patient Number /Contract Coverage: 123456789A

Patient or Authorized Person Signature Insured or Authorized Person Signature **Update**

Provider

0028896 JOSE MATOS **Claim** 2006130132445

Provider Signature Payment Acceptance

Referring Provider: Number, Name and Last Name [] [] []

Referring Number []

Referring or Preautho/Predetermination date [] / [] / [] Preautho/Predetermination Number []

Id for Place of Service Purchased []

Facility Service []

Weight (Pds) []

Homebound

Type of Accident []

State []

Accident Date [] / [] / []

Save Services Print Exit

Remember to validate the information of the fields from the service line, specially, procedure, service, charge and deductible.

Cont. on next page

Medicare Pagador Secundario (MSP)

En **Información por línea servicio (Plan Secundario)**, entre la siguiente información:

- Seleccione **CO** en Categoría General de Ajuste
- Entre **99** (cantidad de ajuste de Medicare como pagador secundario) en Código Ajuste
- Indique la cantidad que aprobó el plan primario para el servicio indicado en Permitido Plan Primario
- Si existe un acuerdo con el plan primario de cobrar una cantidad por ese servicio, colóquela en OTAF; de lo contrario ponga \$0
- Indique la cantidad pagada por el plan en Pagado Plan Primario
- Entre la fecha de pago del plan primario
- Añada el servicio como de costumbre
- Repita el proceso para los demás servicios, si aplica
- Seleccione **Salir** y luego **Guardar**

Cualquier pregunta sobre esta guía, favor de llamar al 787-749-4949 extensión 2381.

Medicare Secondary Payer (MSP)

In **Secondary Payer Information by service lines**, enter the following information:

- Select **CO** in "Group Adjustment Code".
- Enter **99** (amount of adjustment of Medicare as Secondary Payer) in "Adjustment Code".
- Indicate the amount approved by the primary plan for the indicated service in the "Allowed Primary Payer" field.
- If an agreement exists with the primary plan to collect an amount for the service, write it in OTAF; otherwise write \$0.
- Indicate the amount paid by the plan in "Primary Plan".
- Enter the date of payment of the primary plan.
- Add the service as usual.
- Repeat the process for the other services, if it applies.
- Select **Exit** and then **Save**.

If you have any question about this guide, please contact us at: 787-749-4949 extension 2381.

Ref. EMC/fa/imp/5-3-2006

Centro de Enfermería Especializada

ACTUALIZACIÓN TRIMESTRAL DE ABRIL A LA ACTUALIZACIÓN ANUAL 2006 DE CÓDIGOS HCPCS UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO CON LA FACTURACIÓN CONSOLIDADA DE LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

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 concepto de servicios provistos a beneficiarios de Medicare en Centros de Enfermería Especializada (SNFs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria Por Parte del Proveedor

Este artículo se basa en la Petición de Cambio (CR) 4298, la cual provee actualización a las listas de códigos HCPCS que están sujetos a la disposición de Facturación Consolidada (CB por sus siglas en inglés) del Sistema de Pago Prospectivo (PPS por sus siglas en inglés) de los SNFs.

Lo Que Necesita Saber

Los servicios incluidos en la lista de facturación consolidada de los SNFs se pagarán solamente a proveedores SNF de Medicare. Los servicios excluidos de la lista para el cumplimiento con la facturación consolidada de SNF pueden pagarse a proveedores de Medicare que no son SNFs. Para más detalles, refiérase a las secciones **Trasfondo** e **Información Adicional** de este artículo.

Lo Que Necesita Hacer

Para más detalles relacionados a estos cambios, refiérase a la sección **Trasfondo** de este artículo.

Trasfondo

La Ley del Seguro Social (Sección 1888, http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1883.htm) codifica el Sistema de Pago Prospectivo (PPS) y también la Facturación Consolidada (CB) para los SNFs. Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) actualizan

Skilled Nursing Facility

APRIL QUARTERLY UPDATE TO THE 2006 ANNUAL UPDATE OF HCPCS CODES USED FOR SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) ENFORCEMENT

Provider Types Affected

Physicians, suppliers, and providers billing Medicare carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs) and/or fiscal intermediaries (FIs), for services provided to Medicare beneficiaries in skilled nursing facilities (SNFs)

Provider Action Needed

This article is based on Change Request (CR) 4298, which provides updates to the lists of HCPCS codes that are subject to the Consolidated Billing (CB) provision of the SNF Prospective Payment System (PPS).

What You Need to Know

Services included on the SNF consolidated billing enforcement list will be paid to SNF Medicare providers only. Services excluded from the SNF consolidated billing enforcement list may be paid to Medicare providers other than SNFs. See Background and Additional Information sections for further explanation.

What You Need to Do

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

Background

The Social Security Act (Section 1888, http://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1883.htm) codifies both the SNF PPS and CB. The Centers for Medicare & Medicaid Services

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

periódicamente las listas de códigos de HCPCS sujetos a las disposiciones de Facturación Consolidada (CB) del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) para los SNFs.

Medicare no pagará por los servicios que aparecen en esta lista de códigos HCPCS que se sometan en reclamaciones para intermediarios fiscales [FIs por sus siglas en inglés] y para Contratistas de la Parte B de Medicare, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero [DMERCs por sus siglas en inglés]), a proveedores que no sean SNFs, cuando estos servicios estén incluidos en la Facturación Consolidada (CB) para los SNFs.

Para servicios que no sean de terapia, la Facturación Consolidada (CB) de los SNFs aplica solamente cuando los servicios se brindan a un residente de un SNF durante una estadía cubierta por la parte A. Sin embargo, la Facturación Consolidada (CB) de los SNFs aplica a los siguientes servicios, cuando éstos se le brindan a un residente SNF, sin importar si la Parte A cubre o no la estadía:

- Terapias Física y Ocupacional; y
- Patología del habla-lenguaje

Los servicios para beneficiarios que se excluyen del Sistema de Pago Prospectivo (PPS) y la Facturación Consolidada (CB) de los SNFs pueden pagarse a proveedores que no sean SNFs, aún cuando se trate de una estadía en un SNF. Para asegurar el pago apropiado en todos los lugares de servicio, los sistemas de Medicare deben editar para los servicios provistos a beneficiarios SNF, para ambos, los incluidos y los excluidos de la Facturación Consolidada (CB) de los SNFs.

Actualización Anual 2006

Durante el mes de enero de cada año, CMS publica una instrucción combinada para los FIs y los Contratistas de la Parte B/DMERCs sobre la notificación anual de Facturación Consolidada (CB) de los SNFs. Puede encontrar el archivo de Actualización Anual 2006 para los FIs en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/01a_SNFcbforFIs.asp#TopOfPage. Este archivo del 2006 se actualizará con los cambios señalados en la Petición de Cambio (CR, por sus siglas en inglés) 4928 para el 1 de marzo de 2006.

Skilled Nursing Facility

(CMS) periodically updates the lists of Healthcare Common Procedure Coding System (HCPCS) codes subject to the CB provision of the SNF PPS.

Services that appear on this HCPCS code list (that are submitted on claims to both Medicare fiscal intermediaries (FIs) and carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs)) will not be paid by Medicare to providers (other than an SNF) when included in SNF CB.

For non-therapy services, SNF CB applies only when the services are furnished to an SNF resident during a covered Part A stay. However, SNF CB applies to the following services whenever they are furnished to an SNF resident, regardless of whether Part A covers the stay:

- Physical and occupational therapies; and
- Speech-language pathology

Services for beneficiaries that are excluded from SNF PPS and CB may be paid to providers (other than SNFs) even when in an SNF stay. To assure proper payment in all settings, Medicare systems must edit for services provided to SNF beneficiaries both included and excluded from SNF CB.

2006 Annual Update

Each January, CMS publishes a combined instruction for FIs and Carriers/DMERCs for the annual notice on SNF CB. The 2006 Annual Update file for FIs can be found at http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/01a_SNFcbforFIs.asp#TopOfPage on the CMS web site. This 2006 file will be updated with the changes addressed in CR4298 by March 1, 2006.

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Puede encontrar la información sobre la Actualización Anual del 2006 para Contratistas de la Parte B en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/>

NOTA: LAS ACTUALIZACIONES TRIMESTRALES APLICAN A LOS FIs Y A LOS CONTRATISTAS DE LA PARTE B/DMERCs. LA ACTUALIZACIÓN PROVISTA EN EL CR4298 AFECTA LAS RECLAMACIONES CON FECHAS DE SERVICIO A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA DEL CR4298, A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO. LOS SIGUIENTES CÓDIGOS HCPCS ESTÁN LISTADOS COMO AÑADIDOS O REMOVIDOS DE LA ACTUALIZACIÓN ANUAL:

Códigos HCPCS Añadidos o Removidos de la Actualización Anual:

Skilled Nursing Facility

Information on the 2006 Annual Update for carriers can be found at <http://cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/> on the CMS web site.

NOTE: QUARTERLY UPDATES APPLY TO FIs AND CARRIERS/DMERCs. THE UPDATE PROVIDED BY CR4298 AFFECTS CLAIMS WITH DATES OF SERVICE ON OR AFTER THE EFFECTIVE DATE OF CR4298 UNLESS OTHERWISE INDICATED. THE FOLLOWING HCPCS CODES ARE LISTED AS BEING ADDED OR REMOVED FROM THE ANNUAL UPDATE:

HCPCS Codes Added or Removed from Annual Update:

Computerized Axial Tomography (CT) Scans (Major Category I, FI Annual Update, EXCLUSION)

HCPCS Code REMOVED	HCPCS Code REMOVED
76375	3D/holograph reconstr add-on

Radiation Therapy (Major Category I, FI Annual Update, EXCLUSION)

HCPCS Code REMOVED	Descriptor
C9722	KV imaging w/ir tracking
G0242	Lultisource photon ster plan
G0338	Linear accelerator stero pln

Angiography, Lymphatic, Venous (Major Category I, FI Annual Update, EXCLUSION)

HCPCS Code REMOVED	Descriptor
36598	Contrast injection, radiologic eval of existing cent venous access device

NOTA: ESTE CÓDIGO DEBE AÑADIRSE AL ARCHIVO FACTURACIÓN CONSOLIDADA (CB) DE LOS SNFs VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2006.

NOTE: THIS CODE SHOULD BE ADDED TO THE SNF CB FILE EFFECTIVE APRIL 1, 2006.

Outpatient Surgery and Related Procedures (Major Category I, FI Annual Update, INCLUSION)

HCPCS Code REMOVED	Descriptor
15810	Salabrasion
15811	Salabrasion
G0345	Intravenous infusion, hydration; initial, up to one hour

Cont. on next page

Ambulance Trips w/Application to Major Category II (Major Category I, FI Annual Update, EXCLUSION)

HCPCS Code REMOVED	Descriptor
Q3019	ALS vehicle used, emergency transport, no ALS service furnished
Q3020	ALS vehicle used, non-emergency transport, no ALS service furnished service furnished

Dialysis Supplies (Major Category II, FI Annual Update, EXCLUSION)

HCPCS Code REMOVED	Descriptor
A4656	Needle, any size, for dialysis, each

Chemotherapy Administration (Major Category III, FI Annual Update, EXCLUSION)

HCPCS Code REMOVED	Descriptor
96408	Chemotherapy, push technique
96410	Chemotherapy, infusion method
96412	Chemo, infuse method add-on
96414	Chemo, infuse method add-on
96520	Pump refilling, maintenance
96530	Pump refilling, maintenance
G0357	Intravenous, push technique, single or initial substance/drug
G0358	Intravenous, push technique, each additional substance/drug
G0359	Chemotherapy administration, intravenous infusion technique, up to one hour, single or initial substance/drug
G0360	Each additional hour, one to eight hours sequential infusion (different substance /drug), up to one
G0361	Initiation of prolonged chemotherapy infusion (more than 8 hours)
G0362	Each additional hour

HCPCS Code ADDED	Descriptor
96409	Chemo admin; IV, push; single/initial drug
96411	Chemo admin; IV, push; each add'l drug
96413	Chemo admin; IV, infusion; up to 1 hr; single/initial drug
96415	Chemo admin; IV, infusion; each add'l hr, 1-8 hrs
96416	Chemo admin; IV, infusion; initiation of prolonged chemo, requiring pump
96417	Chemo admin; IV infusion; each add'l sequential infusion, up to 1 hr
C8953	Chemo admin; IV, push
C8954	Chemo admin; IV, infusion; up to 1 hr
C8955	Chemo admin; IV, infusion; each add'l hr

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

Implementación

La fecha de implementación de este artículo es el 3 de abril de 2006.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial enviada por Medicare a su Contratista/ Intermediario referente a este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R826CP.pdf>

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

Skilled Nursing Facility

Implementation

The implementation date for the 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/R826CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM4298 / Trans R826CP / CR4298 / 02-01-06 / mlv RRC

NUEVA DIRECCIÓN ELECTRÓNICA PARA LOS CENTROS DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA (SNF) FACTURACIÓN CONSOLIDADA (CB)

Tipo de Proveedores Afectados

Médicos, profesionales de la salud, proveedores institucionales, y suplidores que facturan a contratistas de Medicare o intermediarios fiscales (FIs) por servicios ofrecidos a pacientes en Centros de Enfermería Especializada.

Acción Necesaria del Proveedor

El propósito de la instrucción en la Petición de Cambio (CR por sus siglas en inglés) 4297 es notificar a los proveedores afectados de la nueva dirección electrónica para información sobre facturación consolidada de los Centros de Enfermería Especializada.

La nueva dirección corresponde al nuevo lugar electrónico de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) y esta nueva dirección también se colocará en el manual de Medicare Claims Processing.

Trasfondo

El propósito de la Petición de Cambio (CR) 4297 es el colocar la siguiente nueva dirección

NEW SKILLED NURSING FACILITY (SNF) CONSOLIDATED BILLING (CB) WEB SITE ADDRESS

Provider Types Affected

Physicians, non-physician practitioners, institutional providers, and suppliers billing Medicare carriers or fiscal intermediaries (FIs) for services provided to SNF patients.

Provider Action Needed

The purpose of the instruction in CR4297 is to inform affected providers of the new web address for SNF consolidated billing information. The new address corresponds to the new web site from the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), and this new address is also being placed in the Medicare Claims Processing Manual.

Background

The purpose of Change Request (CR) 4297 is to place the following new Skilled Nursing

Cont. on next page

Centro de Enfermería Especializada

electrónica de Facturación Consolidada (CB, por sus siglas en inglés) de los Centros de Enfermería Especializada (SNF) en el manual de Medicare Claims Processing (Pub. 100-04) de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/>.

La información relacionada a la facturación consolidada de los Centros de Enfermería Especializada en esta página electrónica incluye lo siguiente:

- Servicios más allá del alcance de los Beneficios de la Parte A para Centros de Enfermería Especializada.
- Editar para servicios de terapia que se pagan por separado cuando se ofrecen por un médico.
- Proceso de actualización anual de Facturación Consolidada para los Centros de Enfermería Especializada.
- Procesamiento de Reclamaciones del Contratista de la Parte B de Facturación Consolidada sometidas por médicos y profesionales de la salud por servicios ofrecidos a beneficiarios en una estadía no cubierta de Centro de Enfermería Especializada.

Información Adicional

Para detalles completos por favor, revise la instrucción oficial emitida a su contratista/Fl en relación a este cambio. Dicha instrucción puede verse en: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R846CP.pdf> en el portal de CMS.

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

Skilled Nursing Facility

Facility (SNF) Consolidated Billing (CB) web site address into the CMS Medicare Claims Processing Manual (Pub. 100-04): <http://www.cms.hhs.gov/SNFConsolidatedBilling/>

Information regarding SNF consolidated billing at this web page includes the following:

- *Services Beyond the Scope of the Part A SNF Benefit*
- *Edit for Therapy Services Separately Payable When Furnished by a Physician*
- *Annual Update Process for SNF CB*
- *Carrier Claims Processing for Consolidated Billing for Physician and Non-Physician Practitioner Services Rendered to Beneficiaries in a Non-covered SNF Stay.*

Additional Information

For complete details, please see the official instruction issued to your carrier/Fl regarding this change. That instruction may be viewed at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R846CP.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM4297/Trans R846CP/CR4297 / 02-10-06 / IP RRC

Ambulancia

RECOPIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PERSONAL DE AMBULANCIA

Tipos de proveedores afectados

Proveedores y suplidores que facturan a contratistas de Medicare por servicios de ambulancia.

Puntos Clave

- A partir del 9 de febrero de 2006, los Centros de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) ya no requerirán que los suplidores registrados de servicios de ambulancia notifiquen cambios de personal en el anejo 1 CMS-855B (formulario de registro de suplidor).
- Este cambio en la política sólo aplica a compañías de ambulancia ya registradas con Medicare.
- Los suplidores de servicios de ambulancia que se están registrando en el programa de Medicare por primera vez, o que estén sometiendo un nuevo formulario de registro, se les requiere reportar información sobre el personal de ambulancia en el anejo 1 (CMS-855B) del formulario de registro de suplidor.
- Este cambio deberá reducir la cantidad de documentos a ser tramitados, según impuesto a los suplidores de ambulancia, y reducir el número de cambios en los suplidores de ambulancia que los contratistas procesan.

Trasfondo

El 27 de enero de 2006, CMS publicó una notificación de Registro Federal solicitando comentarios públicos respecto a revisiones al formulario de registro del proveedor.

Ambulance

COLLECTION AND VERIFICATION OF AMBULANCE CREW MEMBER INFORMATION

Provider Types Affected

Providers and suppliers who bill Medicare carriers for ambulance services

Key Points

- *Effective February 9, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) will no longer require enrolled ambulance suppliers to report crew member changes in Attachment 1 of the provider enrollment application CMS-855B.*
- *This policy change only applies to ambulance companies already enrolled with Medicare.*
- *Ambulance suppliers that are enrolling in the Medicare program for the first time or are submitting a new enrollment application are required to report ambulance crew member information in Attachment 1 of the provider enrollment application (CMS-855B).*
- *This change should reduce the paperwork burden imposed on ambulance suppliers and reduce the number of ambulance supplier changes processed by contractors.*

Background

On January 27, 2006, CMS published a Federal Register notice requesting public comments on revisions to the provider enrollment applications.

Cont. on next page

Ambulancia

Mientras CMS busca comentarios respecto a los posibles cambios a los formularios de registro de Medicare, también está adoptando un cambio de política que afecta a los suplidores de ambulancias, efectivo inmediatamente, en lo que se refiere a reportar información sobre el personal de ambulancia, tal como se indica arriba.

Enlaces Relevantes

Puede encontrar el formulario de registro CMS-855B “Medicare Federal Health Care Provider/Supplier Enrollment” en el siguiente enlace del sitio Web de CMS: http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/01_Overview.asp#TopOfPage

Si usted desea más información, puede llamar al 1-877-715-1921.

Ambulance

While CMS is seeking comments regarding proposed changes to its Medicare enrollment applications, it is also adopting a policy change that affects ambulance suppliers effective immediately with regard to reporting crew member information as noted above.

Relevant Links

The Medicare Federal Health Care Provider/Supplier Enrollment Application Form CMS-855B can be found at http://www.cms.hhs.gov/MedicareProviderSupEnroll/01_Overview.asp#TopOfPage on the CMS web site.

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

Pub. SE0610 / Trans NA / CR NA / 04-22-06 / mlv / 05-15-06 / jsr

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
Sostre Nevarez, Edgar	Ofic. 6 Edif. 4060 Carr. 2 Km. 4.40 Vega Baja, PR 00693	April 13, 2006
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

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
Romero Gross, Gloriana	Carr 172 Turabo Gardens San Juan Bautista Medical Mall Caguas, PR 00725	May 18, 2006
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

Updated: June 14, 2006-SS/SC

National Provider Identifier (NPI)

POLÍTICA DE DESIGNACIÓN DE SUB- PARTES DE MEDICARE – NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR (NPI)

Proveedores Afectados

Los proveedores afectados incluyen organizaciones de proveedores de servicios de salud y suplidores que son entidades cubiertas bajo la Ley HIPAA de 1996, y que están registrados en el programa de Medicare. Estos son proveedores y suplidores certificados, grupos de suplidores y organizaciones de suplidores, así como suplidores de Equipo Médico Duradero, Protético, Ortótico y Suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés).

(Esta información no aplica a proveedores de servicios de salud registrados en el programa Medicare como profesionales de la salud individuales, tal como, médicos y enfermeros; tampoco aplica a propietarios únicos.)

Puntos Clave

- Medicare se encuentra en una transición de los números de identificación que actualmente se utilizan en las transacciones estándares de HIPAA, hacia la integración de un nuevo Número de Identificación del Proveedor o **NIP** por sus siglas en inglés.
- Para las organizaciones de proveedores de servicios de salud de Medicare, los números de identificación actuales podrían incluir:
 - Números del Sistema OSCAR (Online Survey Certification and Reporting)
 - Números de NSC (National Supplier Clearinghouse)
 - Números de Identificación del Proveedor o PIN (Provider Identification Number)
 - Números de Identificación UPIN (Physician Identification Numbers) utilizados por Medicare

NPI – MEDICARE POLICY ON SUBPART DESIGNATION

Provider Types Affected

Provider types affected include organization health care providers and suppliers who are covered entities under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and who are enrolled in the Medicare program. These are certified providers and suppliers, supplier groups and supplier organizations, and suppliers of durable medical equipment, prosthetics, orthotics and supplies (DMEPOS).

(This information does not apply to health care providers who are enrolled in Medicare as individual practitioners, such as physicians and nurse practitioners, nor does it apply to sole proprietors.)

Key Points

- Medicare is transitioning from the provider identifiers it currently uses in HIPAA standard transactions to the new National Provider Identifier, or NPI.
- For Medicare organization health care providers, the current identifiers could include:
 - Online Survey Certification and Reporting (OSCAR) system numbers;
 - National Supplier Clearinghouse (NSC) numbers;
 - Provider Identification Numbers (PINs); and
 - Unique Physician Identification Numbers (UPINs) used by Medicare.

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

Estos números se consideran ahora **identificadores de sucesión** o **números de sucesión**. Medicare se encuentra en la transición del uso de esos números de sucesión para utilizar los Números de Identificación del Proveedor o NPIs (por sus siglas en inglés).

NOTA: AL SOLICITAR UN NÚMERO PIN, SE URGE A LOS PROVEEDORES DE MEDICARE A INCLUIR SU NÚMERO DESCONTINUADO, PARTICULARMENTE, SU NÚMERO DESCONTINUADO DE MEDICARE, EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE NPI.

De acuerdo a las regulaciones, las organizaciones de proveedores del cuidado de la salud de Medicare que son entidades cubiertas por HIPAA, tienen que obtener un número NPI. Los números NPI sustituirán a los identificadores actualmente en uso en transacciones estándares con Medicare y con otros seguros de salud. Además, estos **proveedores del cuidado de la salud tienen que determinar si tienen sub-partes que requieren un número único de identificación** en transacciones estándares con sus propios NPIs.

Trasfondo

Las organizaciones de proveedores del cuidado de la salud son corporaciones, sociedades, u otros tipos de negocios que el estado considera entes separados del individuo. Las sub-partes de tales organizaciones de proveedores del cuidado de la salud también se consideran Organizaciones. Todos estos proveedores del cuidado de la salud tendrían que solicitar un número de NPI como Organización (Tipo de Entidad 2).

NOTA: EN TÉRMINOS DE LA ASIGNACIÓN DE NÚMEROS NPI, UN INDIVIDUO ES UNA ENTIDAD TIPO 1 (INDIVIDUAL), Y ES ELEGIBLE PARA UN NÚMERO NPI. COMO INDIVIDUO, UN MÉDICO O ENFERMERA(O), POR EJEMPLO, ASÍ COMO UN PROPIETARIO ÚNICO, NO PUEDEN TENER SUB-PARTES, NI PUEDEN DESIGNAR SUB-PARTES.

La mayoría de las organizaciones de proveedores del cuidado de la salud de Medicare (Entidades Tipo 2) envían reclamaciones electrónicas a Medicare (transacciones estándar), lo que las convierte en proveedores de servicios de salud cubiertos por HIPAA.

*These numbers are now considered **legacy identifiers or legacy numbers**. Medicare is transitioning from these legacy identifiers to **National Provider Identifiers, or NPIs**.*

NOTE: WHEN APPLYING FOR AN NPI, MEDICARE PROVIDERS ARE URGED TO INCLUDE THEIR LEGACY NUMBERS, PARTICULARLY THEIR MEDICARE LEGACY NUMBER, ON THE NPI APPLICATION FORM.

*By regulation, Medicare organization health care providers who are HIPAA covered entities must obtain NPIs. The NPIs will replace the identifiers currently in use in standard transactions with Medicare and with other health plans. Additionally, these **health care providers must determine if they have subparts that need to be uniquely identified** in standard transactions with their own NPIs.*

Background

Organization health care providers are corporations, partnerships, or other types of businesses that are considered separate from an individual by the state in which they exist. Subparts of such organization health care providers are also Organizations. All of these health care providers would apply for NPIs as Organizations (Entity Type 2).

NOTE: IN TERMS OF NPI ASSIGNMENT, AN INDIVIDUAL IS AN ENTITY TYPE 1 (INDIVIDUAL), AND IS ELIGIBLE FOR A SINGLE NPI. AS AN INDIVIDUAL, A PHYSICIAN OR NURSE PRACTITIONER, FOR EXAMPLE, AS WELL AS A SOLE PROPRIETOR/SOLE PROPRIETORSHIP, CANNOT HAVE SUBPARTS AND CANNOT DESIGNATE SUBPARTS.

Most Medicare organization health care providers (Entity Type 2 providers) send electronic claims to Medicare (standard transactions), making them covered health care providers (HIPAA covered entities).

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

Guías para la Designación de Sub-Partes

Las organizaciones de proveedores del cuidado de la salud que están cubiertas son responsables de determinar si tienen “sub-partes” que requieren un NPI separado. De ser así, la organización cubierta debe asegurarse de que esas sub-partes obtengan su NPI único, o ellos lo podrán solicitar para esas sub-partes.

A continuación encontrará algunas guías que le ayudarán a determinar si una organización de proveedores del cuidado de la salud que está registrada con Medicare tiene una sub-parte que requerirá su propio NPI.

Con relación a todas las entidades que podrían considerarse “sub-partes”:

- Una “sub-parte” no es por sí sola una entidad legal, sino parte de una organización de proveedores del cuidado de la salud cubierta que es una entidad legal. (Todas las entidades cubiertas bajo HIPAA son entidades legales.)
- Una “sub-parte” provee servicios de salud según se define en el 45 CFR 160.103. (Puede encontrar esta información en el siguiente enlace en el sitio Web del Departamento de Salud y Recursos Humanos [DHHS]: <http://www.hhs.gov/ocr/regtext.html>)

Con relación a algunas o todas las entidades que una organización de proveedores de servicios de salud cubierta por Medicare podría considerar una “sub-parte”:

- Una sub-parte puede o no estar ubicada en la misma localización que la organización cubierta de la cual forma parte.
- Una sub-parte puede o no tener una taxonomía (especialidad con Medicare) que es la misma que posee la organización cubierta de la cual forma parte. Los estatutos o regulaciones federales que tienen que ver con los requisitos para tener un número de identificación único de proveedores registrados con Medicare se puede referir a entidades que podrían ser consideradas sub-partes, de acuerdo a la discusión de la Regulación Final del NPI. Si esos estatutos o regulaciones existen, los

Subpart Designation Guidelines

Covered organization health care providers are responsible for determining if they have “subparts” that need to have NPIs. If they do, the covered organization health care providers must ensure that the subparts obtain their own unique NPIs, or they must obtain them for them.

Below are some guidelines to help determine if an enrolled Medicare organization health care provider has a subpart which will need its own unique NPI.

Regarding all of the entities that could be considered subparts:

- *A subpart is not itself a separate legal entity, but is a part of a covered organization healthcare provider that is a legal entity. (All covered entities under HIPAA are legal entities.)*
- *A subpart furnishes health care as defined at 45 CFR 160.103. (This information can be found at <http://www.hhs.gov/ocr/regtext.html> on the Department of Health and Human Services (DHHS) web site.)*

Regarding some or all of the entities that a Medicare covered organization health care provider could consider as subparts:

- *A subpart may or may not be located at the same location as the covered organization health care provider of which it is a part.*
- *A subpart may or may not have a Taxonomy (Medicare specialty) that is the same as the covered organization health care provider of which it is a part. Federal statutes or regulations pertaining to requirements for the unique identification of enrolled Medicare providers may relate to entities that could be considered subparts according to the discussion in the NPI Final Rule. If such*

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

proveedores del cuidado de la salud a quienes ellos corresponden, necesitarían un número NPI para asegurar de que siguen teniendo un número de identificación único.

- Una sub-parte que lleva a cabo cualquiera de las transacciones estándares de HIPAA separadamente de la organización cubierta de la cual forma parte, requiere un número NPI único.

Ejemplos de Sub-Partes de Organizaciones de Medicare

Suplidores y Proveedores Certificados Registrados

Un suplidor registrado (un hospital), es dueño de 10 agencias de servicios de salud en el hogar; todas operando bajo el Número de Identificación Patronal (TIN por sus siglas en inglés) del hospital. Debido a que el hospital y cada una de las 10 agencias de servicios en el hogar son inspeccionadas por separado y hacen sus propios contratos de proveedor con Medicare, Medicare recomienda que el hospital modele el proceso de registro de Medicare y obtenga un total de 11 NPIs para evitar retrasos en el procesamiento de reclamaciones (esto es, un NPI para el hospital, y un NPI para cada una de las 10 agencias).

Organizaciones de Suplidores o Grupos de Suplidores Registrados

Un Centro Independiente de Pruebas Diagnósticas (IDTF por sus siglas en inglés) tiene cuatro localizaciones diferentes, y cada una de ellas debe ser inspeccionada por su Contratista. Cada una de las cuatro localidades debe operar bajo un TIN independiente. Debido a que cada localización es inspeccionada individualmente para poder registrarse con Medicare, Medicare recomienda a los IDTFs a que modelen el proceso de registro de Medicare y obtengan un total de cuatro NPIs para así evitar retrasos en el procesamiento de reclamaciones (esto es, uno por cada localidad).

Suplidores Registrados de Equipo Médico Duradero, Protético, Ortótico y Suministros (DMEPOS por sus siglas en inglés)

statutes or regulations exist, the health care providers to whom they apply would need NPIs in order to ensure they can continue to be uniquely identified.

- *A subpart that conducts any of the HIPAA standard transactions separately from the covered organization health care provider of which it is a part must have its own unique NPI.*

Medicare Organization Subpart Examples

Enrolled Certified Providers and Suppliers

An enrolled provider (a hospital) owns 10 home health agencies, all operating under the TIN (Tax Identification Number) of the hospital. Because the hospital and each of the 10 home health agencies is separately surveyed and enters into its own provider agreement with Medicare, Medicare encourages that the hospital mirror its Medicare enrollment and obtain a total of 11 unique NPIs in order to help avoid claims processing delays (one NPI for the hospital, and one for each of the 10 home health agencies).

Enrolled Supplier Group or Supplier Organization

An enrolled Independent Diagnostic Testing Facility (IDTF) has four different locations, and each one must be separately inspected by the carrier. All four locations operate under a single TIN. Because each location is separately inspected in order to enroll in Medicare, Medicare encourages the IDTF to mirror its Medicare enrollment and obtain a total of four unique NPIs in order to help avoid claims processing delays (one NPI for each location).

Enrolled Suppliers of Durable Medical Equipment, Prosthetics, Orthotics and Supplies (DMEPOS)

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

Cada suplidor DMEPOS registrado que sea una entidad cubierta HIPAA, debe designar cada localidad de negocios (si tiene más de una) como una sub-parte y asegurar que cada sub-parte obtenga su propio NPI. Las regulaciones federales requieren que cada localidad de suplidores DMEPOS de Medicare tengan su propio número de facturación.

Con el fin de cumplir con esa regulación, cada localidad tiene que poseer su propio NPI. Favor de notar que independientemente de cómo las sub-partes son determinadas y se obtenga el NPI, los pagos de Medicare, por ley, solamente se pueden hacer a un proveedor o suplidor registrado en Medicare.

Fechas Importantes de Implementación de Números NPI de Medicare

enero 3, 2006 - octubre 1, 2006

Los sistemas de Medicare aceptarán reclamaciones que contengan un NPI, pero también deben incluir el número sucesión de Medicare vigente. Tome en consideración que el sistema de procesamiento de reclamaciones de CMS rechazará, como no procesable, cualquier reclamación que incluya solamente el NPI. Medicare tendrá la capacidad de enviar el NPI como el identificador de proveedor primario y el identificador de sucesión como un identificador secundario en reclamaciones enviadas, respuestas de estatus de reclamaciones, y respuestas de elegibilidad de beneficios en transacciones electrónicas.

octubre 2, 2006 - mayo 22, 2007

Los sistemas de CMS aceptarán un número discontinuado de Medicare para facturación y/o el NPI en las reclamaciones. Si existe alguna situación con el número NPI del proveedor, y no se somete un número discontinuado, el proveedor podría **no recibir el pago** de dicha reclamación. Por lo tanto, Medicare recomienda a los proveedores, centros de facturación, y servicios de facturación, que continúen sometiendo el número discontinuado de Medicare como un identificador secundario.

Each enrolled supplier of DMEPOS that is a covered entity under HIPAA must designate each practice location (if it has more than one) as a subpart and ensure that each subpart obtains its own unique NPI. Federal regulations require that each location of a Medicare DMEPOS supplier have its own unique billing number.

In order to comply with that regulation, each location must have its own unique NPI. Please note that regardless of how subparts are determined and NPIs obtained, Medicare payments, by law, may be made only to an enrolled Medicare provider or supplier.

Important Medicare NPI Implementation Dates

January 3, 2006 - October 1, 2006

Medicare systems will accept claims with an NPI, but an existing legacy Medicare number must also be on the claim. Note that CMS claims processing systems will reject, as unprocessable, any claim that includes only an NPI. Medicare will be capable of sending the NPI as primary provider identifier and legacy identifier as a secondary identifier in outbound claims, claim status response, and eligibility benefit response electronic transactions.

October 2, 2006 - May 22, 2007

*CMS systems will accept an existing legacy Medicare billing number and/or an NPI on claims. If there is any issue with the provider's NPI and no Medicare legacy identifier is submitted, the provider **may not be paid** for the claim. Therefore, Medicare strongly recommends that providers, clearinghouses, and billing services continue to submit the Medicare legacy identifier as a secondary identifier.*

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

Medicare tendrá la capacidad de enviar el NPI como identificador primario del proveedor y el número discontinuado como identificador secundario en reclamaciones enviadas, respuestas de estatus de reclamaciones, remesa de pago (electrónicas, no en papel) y transacciones electrónicas en respuesta a consultadas sobre elegibilidad.

mayo 23, 2007 - en adelante

Los sistemas de CMS solamente aceptarán el NPI. Los planes de salud pequeños tendrán un año adicional para entrar en cumplimiento con el NPI.

Notas Finales sobre los NPIs

Con respecto a las organizaciones de proveedores de servicios de salud registradas o sub-partes **que facturan a más de un Contratista de Medicare:**

- Se espera que una organización registrada de proveedores del cuidado de la salud o una sub-parte utilice un mismo NPI al momento de facturar a más de un contratista de Medicare.
- Por ejemplo, una práctica médica grupal que factura a un contratista en Maryland, y que también factura a un contratista en Pennsylvania, utilizaría un sólo (el mismo) NPI para facturar a ambos contratistas.

Con respecto a organizaciones de proveedores de servicios de salud o sub-partes que facturan a **más de un tipo de contratista de Medicare:**

- Generalmente, el tipo de servicio reportado en las reclamaciones de Medicare determina el tipo de contratista que procesa dicha reclamación. Medicare esperarí que una organización registrada o sub-parte utilice un sólo (el mismo) NPI al facturar a más de un tipo de contratista de Medicare (FIs, Contratistas de la Parte B, RHHIs, DMERCs).
- En ciertas situaciones, Medicare requiere que las organizaciones de proveedores de servicios de salud (o posiblemente aún una sub-parte) se registre con Medicare como **más de un tipo de proveedor.**

Medicare will be capable of sending the NPI as primary provider identifier and legacy identifier as a secondary identifier in outbound claim, claim status response, remittance advice (electronic but not paper), and eligibility response electronic transactions.

May 23, 2007 - Forward

CMS systems will only accept NPI numbers. Small health plans have an additional year to be NPI compliant.

Final Notes About NPIs

*With regard to enrolled organization health care providers or subparts who **bill more than one** Medicare contractor:*

- *An enrolled organization health care provider or subpart is expected to use a single (the same) NPI when billing more than one Medicare contractor.*
- *For example, a physician group practice billing a Maryland carrier and also billing a Pennsylvania carrier would use a single (the same) NPI to bill both carriers.*

*With regard to enrolled organization health care providers or subparts who **bill more than one type** of Medicare contractor:*

- *Generally, the type of service being reported on a Medicare claim determines the type of Medicare contractor who processes the claim. Medicare will expect an enrolled organization health care provider or subpart to use a single (the same) NPI when billing more than one type (fiscal intermediary, carrier, RHHI, DMERC) of Medicare contractor.*
- *In certain situations, Medicare requires that the organization health care provider (or possibly even a subpart) enroll in Medicare as **more than one type of provider.***

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

Por ejemplo, un centro de cirugía ambulatoria se registra con Medicare como un Suplidor Certificado, y factura a un contratista por sus servicios. Si el centro de cirugía ambulatoria también vende equipo médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés), debe registrarse con Medicare como un Suplidor DME y facturar a su DMERC por los DMEs. Este centro de cirugía ambulatoria obtendría un sólo NPI, y lo usaría para facturar a su contratista y su DMERC.

- Medicare espera que este centro de cirugía ambulatoria informe dos taxonomías diferentes al momento de solicitar su NPI:
- Instalaciones Ambulatorias de Servicios de Salud - Clínicas/Centros de Cirugía Ambulatoria (261QA1903X); y
- Suplidores – Equipo Médico Duradero & Suministros Médicos (332B00000X) o la sub-especialización apropiada bajo la especialización 332B00000X.

Con respecto a organizaciones registradas de proveedores del cuidado de la salud que determinan tener sub-partes **por razones no relacionadas con los estatutos, regulaciones o políticas de Medicare**:

- Consistentemente con la Regulación Final del NPI, las organizaciones de proveedores del cuidado de la salud cubiertas pueden designar sub-partes por razones que no necesariamente estén relacionadas a los estatutos o regulaciones de Medicare.
- Si una organización de proveedores del cuidado de la salud de Medicare designa como sub-parte a entidades **aparte de aquellas ya registradas como proveedores de Medicare**, y esas sub-partes obtienen sus propios NPIs y los utilizan para identificarse a sí mismas en transacciones estándar HIPAA con Medicare, **esos NPIs no identificarán a los proveedores registrados con Medicare**. Medicare no está obligado a registrarlos.

La Regulación Final NPI, página 3441, dice lo siguiente: “Si una organización de proveedores

For example, an ambulatory surgical center enrolls in Medicare as a Certified Supplier, and bills its services to a carrier. If the ambulatory surgical center also sells durable medical equipment, it must also enroll in Medicare as a Supplier of DME and bill the DME to a DMERC. This ambulatory surgical center would obtain a single NPI and use it to bill the carrier and the DMERC.

- *Medicare expects that this ambulatory surgical center would report two different taxonomies when it applies for its NPI:*
- *Ambulatory Health Care Facility-Clinic/Center- Ambulatory Surgical (261QA1903X); and*
- *Suppliers—Durable Medical Equipment & Medical Supplies (332B00000X) or the appropriate sub-specialization under the 332B00000X specialization.*

*With regard to enrolled organization health care providers who determine subparts for **reasons unrelated to Medicare statutes, regulations or policies**:*

- *Consistent with the NPI Final Rule, covered organization health care providers may designate subparts for reasons that are not necessarily related to Medicare statutes or regulations.*
- *If a Medicare organization health care provider designates as subparts entities **other than** those who are enrolled Medicare providers, and those subparts obtain their own NPIs and use those NPIs to identify themselves in HIPAA standard transactions with Medicare, **those NPIs will not identify enrolled Medicare providers**. Medicare is not required to enroll them.*

NPI Final Rule, page 3441 says the following: “If an organization health care provider

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

del cuidado de la salud consiste de sub-partes que están identificadas con sus propios NPIs, un plan de salud puede decidir si registra a uno, varios o ninguno de ellos, y usar solamente el NPI de aquel o aquellos que se registren”.

Información Adicional

Responsabilidades de Medicare respecto a los NPIs

- Medicare hará uso del NPI para **identificar** al proveedor del cuidado de la salud y sus sub-partes en transacciones estándares de HIPAA; la Regulación Final NPI, página 3469, Sección 162.412(a): “*Un plan de salud debe usar el NPI de cualquier proveedor de servicios de salud (o sub-partes, si aplica) que le ha sido asignado un NPI para identificar el proveedor del plan de salud en todas las transacciones estándares donde el identificador de ese proveedor de servicios de salud es requerido.*”
- Medicare se asegurará de que el NPI que se indica en las transacciones estándares HIPAA es un número válido;
- Medicare rechazará las transacciones estándares de HIPAA que contengan NPIs inválidos.

Los NPIs válidos, sin embargo, como el identificador de proveedor que se utilizan actualmente, deben ser “conocidos” por Medicare. Medicare no podrá hacer pagos por servicios prestados por proveedores no registrados con Medicare. Tampoco se le permite rembolsar a los proveedores que no están registrados en el programa de Medicare. Medicare devolverá las transacciones que contengan NPIs válidos pero irreconocibles, con un mensaje pertinente a la devolución de la transacción.

Enlaces Relacionados

En preparación para la publicación del sistema *Electronic File Interchange* (EFI), CMS ha publicado varios documentos sobre el proceso de EFI. El proceso EFI, también conocido como “enumeración en bloque”, es un proceso por

consists of subparts that are identified with their own unique NPIs, a health plan may decide to enroll none, one, or a limited number of them (and to use only the NPIs of the one(s) it enrolls.”

Medicare’s NPI Responsibilities

Medicare will:

- *Use NPIs to **identify** health care providers and subparts in HIPAA standard transactions; NPI Final Rule, page 3469: section 162.412(a): “A health plan must use the NPI of any health care provider (or subpart(s), if applicable) that has been assigned an NPI to identify that health care provider on all standard transactions where that health care provider’s identifier is required.”*
- *Ensure that the NPIs it receives in HIPAA standard transactions are valid;*
- *Reject HIPAA standard transactions that contain invalid NPIs.*

Valid NPIs, however, like the provider identifiers used today, must be “known” to Medicare. Medicare is not permitted to make payments for services rendered by non-Medicare providers, nor is it permitted to reimburse providers who are not enrolled in the Medicare program. Medicare will return, with appropriate messages, any HIPAA standard transactions containing valid but unrecognizable NPIs.

Related Links

*In preparation for the release of the *Electronic File Interchange* (EFI) system, CMS released several documents on the EFI process. EFI, also referred to as “bulk*

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

medio del cual un proveedor del cuidado de la salud o grupo de proveedores puede tener a una organización particular (la "EFIO") que les solicite los números NPI por ellos.

Los documentos EFI publicados en el sitio Web incluyen un resumen, una guía para el usuario, y un documento de apoyo técnico. Visite el siguiente enlace para que pueda descargar estos artículos nuevos: http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/07_efi.asp

Información relacionada a los NPIs, incluyendo la forma de solicitar su propio NPI y una nueva Hoja de Datos para proveedores del cuidado de la salud que son individuos, está disponible en el siguiente enlace del sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/>

La Regulación Final NPI se encuentra en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/Downloads/NPIfinalrule.pdf>

enumeration," is a process by which a health care provider or group of providers can have a particular organization (the "EFIO") apply for NPIs on their behalf.

EFI documents posted to the web include a summary, user's guide, and technical companion manual. Visit http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/07_efi.asp to download these new items.

NPI-related information, including how to apply for an NPI and a new fact sheet for health care providers who are individuals, is available at <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/> on the CMS web site.

The NPI Final Rule can be found at: <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/Downloads/NPIfinalrule.pdf> on the CMS web site.

Pub. SE0608 /Trans. NA/CR NA/04-22-06/mlv/051-15-06 / jsr

EL CONTEO REGRESIVO NPI HA COMENZADO - RECORDATORIO

El conteo regresivo ha comenzado. ¿Tiene usted su NPI? No arriesgue el flujo de su dinero en efectivo. ¡Obtenga su NPI de inmediato! Los Identificadores Nacionales de Proveedores (NPI, por sus siglas en inglés) se requerirán en las reclamaciones enviadas a partir del 23 de mayo de 2007. Todo proveedor del cuidado de la salud tiene que obtener un NPI. Aprenda más sobre el NPI y como solicitarlo visitando al <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/> en el sitio Web de CMS.

Esta página además contiene una sección para proveedores de Medicare Fee-for-Service (pagos por servicios, FFS por sus siglas en inglés) con información útil sobre la implementación del NPI en Medicare. Un reloj con conteo regresivo ya está disponible en esta página electrónica para recordarles a los proveedores el número de días que quedan antes de la fecha de cumplimiento. Marque esta página, ya que se continuarán publicando recursos e información nueva.

NPI COUNTDOWN HAS BEGUN - REMINDER

Countdown has begun; do you have your NPI? Don't risk disruption to your cash flow - Get your NPI now! National Provider Identifiers (NPIs) will be required on claims sent on or after May 23, 2007. Every healthcare provider needs to get an NPI! Learn more about NPI and how to apply by visiting <http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/> on the CMS website.

This page also contains a section for Medicare Fee-For-Service (FFS) providers with helpful information on the Medicare NPI implementation. A Countdown Clock is now available on this page to remind health care providers of the number of days left before the compliance date; bookmark this page as new information and resources will continue to be posted.

JSM-06468/RRC

National Provider Identifier (NPI)

ETAPA 1 - USO Y EDICIÓN DE LOS NÚMEROS DE LOS IDENTIFICADORES NACIONALES DE LOS PROVEEDORES RECIBIDOS EN TRANSACCIONES DE INTERCAMBIO ELECTRÓNICO DE DATA (EDI) VÍA ENTRADA DIRECTA DE DATOS O POR MEDIO DE RECLAMACIONES EN PAPEL

Proveedores Afectados

Médicos, proveedores y suplidores que someten reclamaciones a los Contratistas de Medicare, incluyendo a los Contratistas Regionales de Equipo Médico Duradero (DMERCs por sus siglas en inglés), a los Intermediarios Fiscales (FIs por sus siglas en inglés) y a los Intermediarios Regionales de Servicios de Salud en el Hogar (RHHIs por sus siglas en inglés).

Acción Necesaria Por Parte del Proveedor

El "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA) de 1996 requiere expedir un identificador nacional único (NPI por sus siglas en inglés) a cada médico, suplidor y otros proveedores de servicios de salud (45 CFR, Parte 162, Subparte D (162.402-162.414).

Para cumplir con este requisito, los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) comenzaron a aceptar solicitudes y a expedir NPIs el 23 de mayo de 2005.

Las solicitudes pueden llevarse a cabo por correo y en línea a través del siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <https://nppes.cms.hhs.gov>. CMS ha endosado la estrategia "Workgroup for Electronic Data Interchange (WEDI) Dual NPI-Legacy Identifier". Esta estrategia abarca la implementación del NPI a través de toda la industria de servicios de salud.

El documento titulado "The Dual Use of NPI & Legacy Identifiers" está disponible en el siguiente enlace: <http://www.wedi.org/snip/public/articles/>. (Desde esa página, busque hacia abajo el documento de referencia publicado en 01/22/2006).

STAGE 1 - USE AND EDITING OF NATIONAL PROVIDER IDENTIFIER NUMBERS RECEIVED IN ELECTRONIC DATA INTERCHANGE TRANSACTIONS, VIA DIRECT DATA ENTRY SCREENS, OR PAPER CLAIM FORMS

Provider Types Affected

Physicians, providers, and suppliers who submit claims to Medicare carriers, including durable medical equipment regional carriers (DMERCs), fiscal intermediaries (FIs), and regional home health intermediaries (RHHIs)

Provider Action Needed

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 requires issuance of a unique national provider identifier (NPI) to each physician, supplier, and other provider of health care (45 CFR Part 162, Subpart D (162.402-162.414).

To comply with this requirement, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) began accepting applications for and issuing NPIs on May 23, 2005.

Applications can be made by mail, and online at <https://nppes.cms.hhs.gov> on the CMS web site.

CMS has endorsed the Workgroup for Electronic Data Interchange (WEDI) Dual NPI-Legacy Identifier strategy for cross-health care industry implementation of the NPI.

The Dual Use of NPI & Legacy Identifiers paper is available at: <http://www.wedi.org/snip/public/articles/>. (Once at the site, scroll down and look for the paper issued on 01/22/2006.)

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

El resto de este artículo describe los planes actuales de CMS para llevar a cabo un proceso por etapas conducente a la plena implementación de la adopción del NPI en las transacciones de Medicare que envuelven a proveedores.

Trasfondo

La implementación envuelve la aceptación y procesamiento de transacciones que utilizan el NPI en vez de las utilizadas previamente: OSCAR, UPIN, PIN, y los números del *National Supplier Clearinghouse* (NSC).

La implantación del NPI para transacciones de sistema de pago por servicios mediante tarifas fijas (Fee for Service, FFS, por sus siglas en inglés) ocurrirá en las siguientes etapas:

Etapa 1:

1 de enero de 2006 - 1 de octubre de 2006

Durante esta etapa, el NPI se aceptará en reclamaciones recibidas, que no sean facturas NCPDP, y en otras transacciones, pero no se utilizarán para procesamiento de Medicare.

El CR4320 se enfoca primordialmente en la Etapa 1 del proceso de implementación del NPI. Durante la etapa 1:

- El "Identificador Legado" ("Legacy Identifier", identificador del proveedor previo al NPI) será utilizado para identificar proveedores, mientras los Contratistas, DMERCs e Intermediarios Medicare se aseguran que la versión X12 837 de reclamaciones 4010A1 y otras transacciones X12 adoptadas por la Ley HIPAA no son rechazadas debido a la presencia de un NPI.

(Las transacciones pueden someterse con o sin un NPI durante la etapa 1, siempre que se incluya el identificador legado).

- Además, los NPIs serán editados para verificar que cumplen con los requisitos de estructura básica establecidos para los NPIs.

The remainder of this article describes CMS' current plans for a staged process leading to full implementation of the adoption of the NPI in Medicare transactions involving providers.

Background

Implementation involves acceptance and processing of transactions that use the NPI in lieu of the previously used OSCAR, UPIN, PIN, and National Supplier Clearinghouse (NSC) numbers. The WEDI strategy provides for four stages during which system change schedules of trading partners will occur independently of each other.

Medicare fee-for-service (FFS) transaction implementation for NPI will occur in the following stages:

Stage 1:

January 1, 2006 – October 1, 2006

During this stage, the NPI will be accepted on inbound claims, other than NCPDP claims, and other transactions but will not be used for Medicare processing.

CR4320 focuses primarily on Stage 1 of the NPI implementation process. During stage 1:

- *The "Legacy Identifier" (pre-NPI provider identifiers) will be used to identify providers while Medicare carriers, DMERCs, and intermediaries make sure that X12 837 version 4010A1 claims and other X12 HIPAA adopted transactions are not rejected due to the presence of an NPI.*

(Transactions may be submitted with or without an NPI during stage 1, as long as the Medicare legacy identifier is still reported.)

- *Additionally, NPIs will be edited to verify that they meet basic structure requirements established for NPIs.*

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

- Medicare permitirá los NPIs en la X12 270 versión 4010A1 consulta sobre elegibilidad, y en la consulta 276 sobre estatus, y las devolverá en su respectiva respuesta X12 271 o 277, siempre y cuando el identificador legado también haya sido reportado en la 270 o en la 276.
 - Los NPIs, al igual que los identificadores legados, serán reportados en reclamaciones de coordinación de beneficios enviadas a socios de negocio cuando se sometan en reclamaciones a Medicare.
 - Los NPIs NO se reportarán en las siguientes transacciones enviadas durante la Etapa 1, aún cuando se haya sometido un NPI en las reclamaciones relacionadas:
 - En reclamaciones X12 835; o
 - En formatos estándar de remesas en papel (SPRs, por sus siglas en inglés)
 - Los Contratistas de la Parte B, los DMERCs y los Intermediarios de Medicare deben **rechazar las siguientes transacciones si las mismas se someten con NPIs**, ya que no es posible reportar ambos números, el NPI y el identificadores de legados, en estas transacciones:
 - **En reclamaciones NCPDP;**
 - **En reclamaciones de entrada directa de datos (DDE, por sus siglas en inglés) consultas de estatus de reclamación y consultas sobre elegibilidad;**
 - **Las facturas en papel de la UB-92 (CMS-1450)** (el Comité Nacional de Facturación Uniforme [NUBC, por sus siglas en inglés] anunció que el uso de la UB-04, que es capaz de reportar el NPI y el identificador legado para cada proveedor envuelto en una reclamación, comenzará el 1 de marzo de 2007, y que el 22 de mayo de 2007 será el último día en que el pagador aceptará el formulario UB-92.) Como no es posible reportar un identificador legado y un NPI en el formulario UB-92, los que someten este formulario estarán limitados a reportar su identificador legado en dichas reclamaciones; y
- *Medicare will allow NPIs on the X12 270 version 4010A1 eligibility inquiry and the 276 claim status inquiry and return them in the respective X12 271 or 277 response, as long as the legacy identifier is also reported in the 270 or the 276.*
 - *NPIs, as well as legacy identifiers, will be reported in coordination of benefit claims sent to trading partners when submitted on claims submitted to Medicare.*
 - *NPIs will NOT be reported in the following outbound transactions during Stage 1, even if an NPI was submitted on related claims:*
 - *X12 835 claims; or*
 - *SPRs (standard paper remittance) formats.*
 - *Medicare carriers, DMERCs, and intermediaries must **reject the following transactions if submitted with NPIs**, since it is not possible to report both NPIs and legacy identifiers for providers in these transactions:*
 - ***NCPDP claims;***
 - ***DDE claims, claim status and eligibility inquiries;***
 - ***B-92 (CMS-1450) paper claims*** (the National Uniform Billing Committee [NUBC] announced that the use of the UB-04, which is able to report the NPI and a legacy identifier for each provider involved with a claim, will begin March 1, 2007, and that May 22, 2007, is the last day that a payer should accept a UB-92 form). Since it is not possible to report both a legacy identifier and an NPI on the UB-92, submitters of the UB-92 will be limited to reporting of their legacy identifier on those claims; and

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

- **Reclamaciones en papel de la CMS-1500:** Hasta que el Comité Nacional de Reclamaciones Uniformes (NUCC, por sus siglas en inglés) implemente un formulario 1500 revisado y CMS anuncie la implementación del mismo.

El NUCC aprobó un formulario revisado CMS-1500 y anunció que los pagadores deben comenzar a aceptar la versión revisada a partir del 1 de octubre de 2006. Entre el 1 de octubre de 2006 y el 31 de enero de 2007, los pagadores deberán aceptar o la versión actual o la revisada del formulario CMS-1500. A partir del 1 de febrero de 2007, los pagadores solamente aceptarán la versión revisada del formulario CMS-1500. El NPI y el identificador legado pueden reportarse en el formulario CMS-1500 revisado, pero no en el formulario actual. Hasta que un proveedor no comience a utilizar el formulario revisado, dicho proveedor solo podrá someter los identificadores legados en el formulario CMS-1500 no revisado.

Etapas 2: (2 de octubre de 2006 - 22 de mayo de 2007)

Durante esta etapa:

- Los proveedores, centros de facturación y los facturadores serán instruidos para que provean un identificador legado de Medicare como si fuera un identificador secundario cuando los NPI se someten como el identificador primario del proveedor en sus reclamaciones X12 837.
- El Identificador legado, por sí solo, aún puede utilizarse para identificar aquellos proveedores que todavía no han obtenido un NPI.
- La estrategia de transición del Identificador Dual Legado-NPI incluye el desarrollo de una correlación entre los números legados de Medicare y sus NPIs asociados.

- **CMS-1500 paper claims until the National Uniform Claim Committee implements a revised 1500 and CMS announces its implementation of that revised form.**

The NUCC has approved a revised CMS-1500 form and has announced that payers should begin to accept the revised form effective October 1, 2006. Between October 1, 2006, and January 31, 2007, payers should accept either the current or the revised CMS-1500 form. Effective February 1, 2007, and later, payers should accept only the revised CMS-1500 form. Both the NPI and the legacy identifier can be reported on the revised CMS-1500 form, but not on the form currently in use. Until a provider begins to use the revised form, that provider will be limited to submission of legacy identifiers on the non-revised CMS-1500 form.

Stage 2: (October 2, 2006 – May 22, 2007)

During this stage:

- *Providers, clearinghouses, and billing services will be directed to provide a Medicare legacy identifier as a secondary identifier when NPIs are submitted as the primary provider identifiers in their X12 837 claims.*
- *The Legacy Identifier alone can still be used to identify those providers that have not yet obtained an NPI.*
- *The transitional Dual NPI-Legacy Identifier strategy includes the development of a crosswalk between Medicare legacy numbers and their associated NPIs.*

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

- Esta correlación debe ayudar a Medicare a validar la mayor parte de los NPIs para determinar si estos fueron emitidos por los proveedores para los cuales se reportó, y ayudará a identificar errores de transcripción en un NPI reportado. La correlación comenzará a operar al comienzo de la Etapa 2.
 - Si usted utiliza un programa de facturación libre de costo provisto por su Contratista, DMERC, o Intermediario/RHHI, éste será modificado para la Etapa 2, a fin de que usted pueda reportar su NPI y su identificador legado de Medicare al momento de recibirlo. Usted podrá descargar la nueva versión del programa cuando se le notifique su disponibilidad.
 - El programa 835 *PC-Print and Easy Print* para impresión de remesas también se actualizará durante Etapa 2 para permitir reportar NPIs, así como números legados, cuando ambos se reportan en una transacción 835. Asegúrese de descargar la nueva versión del programa cuando se le notifique sobre su disponibilidad.
 - Las pantallas DDE se modificarán para esta etapa de modo que puedan aceptar y devolver tanto los NPIs como los Identificadores Legados, cuando se encuentren disponibles.
 - Durante la Etapa 2, los NPIs y los Identificadores Legados se devolverán en transacciones 835 y SPRs, cuando se encuentren disponibles en los archivos de proveedores de Medicare.
- *The crosswalk should help Medicare validate most NPIs to ascertain that they were actually issued to the providers for which reported, and will help to identify transcription errors in a reported NPI. The Crosswalk will begin operating at the onset of stage 2.*
 - *If you use free billing software supplied by your carrier, DMERC, or intermediary/RHHI, it will be modified for stage 2 to permit reporting of your NPI, once received, and your legacy Medicare provider identifier. You will need to download the new version of the software when notified it is available.*
 - *The 835 PC-Print and Easy Print software for printing of remittances will also be updated for stage 2 to permit reporting of NPIs as well as legacy numbers when both are reported in an 835 transaction. Be sure to download the new version of that software when notified it is available.*
 - *DDE screens will be modified for this stage to accept and return both NPIs, when available, and legacy identifiers.*
 - *NPIs, when available in Medicare provider files, as well as legacy identifiers will be returned in 835 transactions and SPRs during stage 2.*

Etapa 3 (A Partir del 23 de Mayo de 2007)

La Etapa 3 envuelve la transición a uso completo del NPI para aceptar y procesar transacciones, **excepto** para reclamaciones de coordinación de beneficios (COB por sus siglas en inglés) que Medicare envía a pequeños socios de negocio.

La Ley HIPAA prohíbe que se reporten los números de identificadores legados a cualquier proveedor que no sean pequeños planes de salud durante este período (por ejemplo, planes con menos de \$5 millones en recaudos anuales).

Stage 3 (May 23, 2007 – and Later)

*Stage 3 involves the transition to full use of the NPI for acceptance and processing of transactions, **except** for coordination of benefits (COB) claims that Medicare sends to small trading partners.*

HIPAA prohibits the reporting of any provider legacy identifiers to other than small health plans during this period (e.g., plans with less than \$5 million in annual receipts).

Cont. on next page

National Provider Identifier (NPI)

Todas las reclamaciones enviadas a Medicare, incluyendo reclamaciones NCPDP, y transacciones 270, 276 y 277, deben incluir el NPI en lugar del identificador legado (Refiérase a la Etapa 4 sobre reclamaciones). Aquellas que no incluyan el NPI serán rechazadas.

Los números de identificadores legados no se enviarán a los socios de negocio de Coordinación de Beneficios (COB). Tampoco se incluirán en correspondencia o transacciones electrónicas o en papel enviadas por Medicare.

Etapa 4 (23 de mayo de 2007 – 22 de mayo de 2008)

La Etapa 4 implica completar la transición al uso total del NPI por todos los pequeños socios de negocio. Se reportarán los NPIs, en lugar de los identificadores legados, en toda la versión 837 de reclamaciones 4010A COB y NCPDP enviadas a los pequeños socios de negocio.

Información Adicional

Puede encontrar la instrucción oficial enviada por Medicare a su FI, incluyendo a RHHIs o Contratistas de la Parte B, incluso a DMERCS, sobre este cambio en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R204OTN.pdf>

También puede revisar el artículo de Edición Especial de Medlearn Matters SE0555 en relación al NPI en el siguiente enlace en el sitio Web de CMS: <http://www.cms.hhs.gov/MedlearnMattersArticles/downloads/SE0555.pdf>

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

All claims, including NCPDP claims, and 270, 276, and 277 attachment transactions sent to Medicare, must contain the NPI in lieu of the legacy identifier (please see Stage 4 below regarding claims). Those that do not are to be rejected.

Legacy identifiers will no longer be sent to coordination of benefits (COB) trading partners or on outbound electronic or paper Medicare transactions or correspondence.

Stage 4 (May 23, 2007 – May 22, 2008)

Stage 4 involves completion of transition to the full use of NPI by all small trading partners. NPIs, rather than legacy identifiers, will be reported in all 837 version 4010A COB and NCPDP claims sent to small trading partners.

Additional Information

CR4320 is the official instruction issued to your FI, including RHHI, or carrier, including DMERC, regarding changes mentioned in this article. CR4320 can be found at <http://www.cms.hhs.gov/Transmittals/downloads/R204OTN.pdf> on the CMS web site.

You may also want to review MLN Matters Special Edition SE0555, concerning the NPI. That article is available at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0555.pdf> on the CMS web site.

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

Pub. MM4320 / Trans R204OTN / CR4320 / 02-01-06 / mlv RRC

Contrato

ANUNCIANDO LA NUEVA SOLICITUD (CMS 855) PARA INSCRIBIRSE COMO PROVEEDOR AL PROGRAMA MEDICARE

El 1 de mayo de 2006 los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) emitieron una solicitud revisada para la inscripción de proveedores.

Los proveedores y suplidores deben comenzar a utilizar la nueva solicitud de inmediato. Este artículo de edición especial resume las revisiones significativas que se le hicieron a la solicitud de inscripción para proveedores. Inicialmente las solicitudes estarán disponibles a través de la página electrónica de CMS. Este artículo está disponible en <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0632.pdf>

Enrollment

ANNOUNCING THE RELEASE OF THE REVISED CMS-855 MEDICARE ENROLLMENT APPLICATIONS

On May 1, 2006, the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) issued the revised CMS-855 Medicare enrollment applications. Providers and suppliers should begin to use the new Medicare enrollment applications immediately. This Special Edition outlines the significant revisions to the Medicare enrollment applications.

Initially, these applications will be available only from the CMS provider enrollment web site. The link for that CMS web site is listed in the Additional Information section of this article at <http://www.cms.hhs.gov/MLNMattersArticles/downloads/SE0632.pdf>

SE0632/mar-dg

MEDICARE INFORMA

BOX 71391

SAN JUAN, PR 00936

RETURN SERVICE REQUESTED

PRSR STD

U.S. POSTAGE PAID

SAN JUAN, P.R.

PERMIT NO. 2563